

ASIQUAS Review

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

Per una sanità pubblica ... anche dopo la pandemia
n. 15 del 1.06.2024



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

Review realizzata in collaborazione con:



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



UNIVERSITÀ
CATTOLICA
del Sacro Cuore

Nota redazionale.

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

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

Per le Istituzioni:

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

Per i dati:

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

Criteri di selezione:

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

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

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

I curatori

Giorgio Banchieri

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

Antonio Giulio de Belvis

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

Maurizio Dal Maso

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

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

Emanuele Di Simone

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

Nicoletta Dasso

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

Lidia Goldoni

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

Francesco Medici.

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

Maria Piane

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

Mario Ronchetti

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

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

Andrea Vannucci

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

Contatti.

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



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

- Volume 1 dal n. 1 al n. 14:
 - Volume 2 dal n. 14 al n.29:
 - Volume 3 dal n. 30 al n. 34:
 - Volume 4 dal n. 35 al n.
 - Volume 5 dal n. 16, Prima serie settimanale:
 - Volume 7 dal n.1 al n. 46, Seconda Serie Settimanale;
- Li trovate su www.asiquas.net

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

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

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

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

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

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

Indice

Articoli di apertura	10
Quotidiano sanità - <i>Nhs e Ssn, due sistemi sanitari, universalistici e... "anziani"</i> - G. Banchieri e A. Vannucci	10
Welforum - <i>Servono gli obiettivi di servizio nell'assistenza domiciliare sociale (SAD)</i> - Franco Pesaresi	14
Quotidiana sanità - <i>I principi fondanti del Nhs e del Ssn sono ancora appropriati?</i> -- G. Banchieri e A. Vannucci	19
Toscana Medica - <i>Le reti cliniche ieri, oggi e domani</i> - Maurizio Dal Maso	23
Quotidiano sanità - <i>Monitoraggio PNRR al 31 dicembre 2023: le criticità che persistono</i> - Giorgio Banchieri,	28
Il Sole 24Ore - <i>Un cambio di prospettiva sulla salute e il benessere della popolazione anziana</i> - Duilio Carusi	32
Scenari della sanità	34
Sanità Informazione - <i>Manifesto per il superamento delle povertà sanitarie, l'adesione unanime dei professionisti sanitari italiani</i> – Isabella Faggiano.	34
<i>Manifesto per il superamento delle povertà sanitaria</i>	36
Quotidiano sanità - <i>Demografia Ue. Eurostat: in 20 anni +4% popolazione europea, oggi 448,8 milioni. Italia ha l'età media più alta (48,4 anni), tasso di natalità e fertilità fra i più bassi</i>	39
Quotidiano sanità - <i>Il futuro della salute in Europa: tra innovazioni e sostenibilità</i> - Grazia Labate	40
Quotidiano sanità - <i>PNRR. Per migliorare la sanità europea stanziati 37 miliardi di euro.</i> - Ester Maragò	42
Foreign Affairs - <i>Prepararsi alla prossima pandemia</i> - Michael Osterholm	44
Il Magazine - <i>L'importanza della velocità e dell'adattamento in sanità</i> – Approfondimenti da Elio Borgonovi	49
Quotidiano sanità - <i>L'appropriatezza prescrittiva secondo Slow Medicine Ets</i> - Direttivo Slow Medicine ETS	51
La Repubblica - <i>Medicina di precisione: la prima mappa dei centri che analizzano il genoma</i> - Tiziana Moriconi	53
The BMJ - <i>La valutazione del rischio per il piano di forza lavoro a lungo termine del NHS England dovrebbe preoccupare i medici</i> - David Oliver	54
Scenari del SSN	55
Epidemiologia & Prevenzione - <i>SSN: così com'è, cos'è che non va?</i> - Cesare Cislighi	55
Il Magazine - <i>Il Declino della Sanità Pubblica in Italia? Uno Sguardo Critico</i> Nicola Montano	58
Il Magazine – <i>La crisi della spesa sanitaria italiana</i> – Nino Cartabellotta	59
Il Sole 24Ore - <i>Schillaci: al lavoro sul nuovo Piano sanitario come strumento di governance tra Stato-Regioni a garanzia dei Lea. Poi: Ddl Calderoli non mina diritto salute</i>	60
Panorama sanità - <i>Nuovi Lea, nuovi modelli di finanziamento del Ssn e governance dei dati: le proposte per la sanità del futuro</i>	61
Quotidiano sanità - <i>I sette vizi capitali della Sanità italiana</i> - Franco Cosmi	65
Quotidiano sanità - <i>Nessuno si salva da solo, neanche all'interno del Ssn</i> - Francesca Moggi	67
Quotidiano sanità - <i>La proposta di legge Schlein sulla sanità: ancora una visione miope della salute della popolazione</i> - Roberto Polillo, Mara Tognetti	69
Quotidiano sanità - <i>Ddl Schlein. "Importante iniezione di 4 mld l'anno per la sanità, ma non basteranno a ridurre gap con Europa". L'audizione di Gimbe</i>	70
Quotidiano sanità - <i>Un Ssn nuovo negli obiettivi ma antico nei valori e per i diritti da difendere</i> – A. Giustini	72
Sanità informazione - <i>Presentata "Agenda salute", per una riforma sostenibile del Servizio Sanitario Nazionale</i>	73
Il Sole 24Ore - <i>Liste d'attesa: arrivano monitoraggio e piattaforma, più fondi per privati accreditati e personale sanitario</i>	75
Quotidiano sanità - <i>Ssn e Società di Mutuo Soccorso, dove sta davvero il problema?</i> - Antonio Chelli	76
Quotidiano sanità - <i>Tremate: le mutue son tornate</i> - Enzo Bozza	77
Sostenibilità della sanità	78
Quotidiano sanità - <i>Perché il Jobs act non è al centro della battaglia referendaria Cgil?</i> - Ivan Cavicchi	78
Quotidiano sanità - <i>Le prescrizioni indotte e le autoprescrizioni: due fenomeni incontrollati dagli effetti disastrosi sulla appropriatezza</i> - Claudio Maria Maffei	79
FIASO - <i>Rapporto sulla spesa sanitaria italiana</i>	80
Sanità Informazione - <i>Liste d'attesa: nel decreto per abatterle c'è anche la Carta dei diritti dei cittadini</i>	86
Quotidiano sanità - <i>Autonomia differenziata. Corte dei Conti: "Sui LEP registrato solo qualche progresso". Dubbi anche sul sistema di perequazione</i>	88
Quotidiano sanità - <i>Personale Ssn. Cresce occupazione stabile e numero delle unità</i> - Giulio Nisi	89
Quotidiano sanità - <i>Finanziamento e spesa del Ssn, facciamo chiarezza</i> - Vittorio Mapelli	91
Quotidiano sanità - <i>La sostenibilità del Ssn e l'evasione fiscale</i> - Antonio Salvatore	93
NEJM Catalyst - <i>Navigare nella crisi della carenza di medici</i>	94

One Health, clima e salute	95
Quotidiana sanità - <i>Assemblea Oms piano quadriennale da 11,1 mld di \$ per promuovere salute globale</i>	95
Quotidiana sanità - <i>One Health. Quadro d'azione congiunto pubblicato da cinque agenzie dell'UE</i>	96
La Repubblica <i>The Lancet: 11% in più di decessi legati al caldo nel sud Europa in 30 anni</i> - Fiammetta Cupellaro	96
WHO – <i>Cross Agency One Health task force framework for action</i>	99
La Repubblica <i>Antartide, risolto il mistero del "buco" grande quanto la Svizzera</i> - Sandro Iannaccone	99
La Repubblica <i>Cosa ci insegna l'Artico senza permafrost: la lezione del Nobel per la Pace Terry Callaghan sulla crisi del clima</i> - Guido Andruetto	100
La Repubblica <i>Mediterraneo, l'inverno più caldo degli ultimi 40 anni: nel Golfo di Napoli un grado in più</i>	102
La Repubblica <i>Siccità globale, c'è anche l'Italia tra i 21 hotspot nel mondo per la scarsità idrica</i> - Paolo Traversi	103
The Lancet – <i>The 2024 Europe report of the Lancet countdown on health and climate change</i>	105
Pandemie, oggi e domani	106
The Lancet – <i>Precisione nell'input, eccellenza nell'output: l'importanza del controllo di qualità</i> S. Thaeri e altri	106
The Lancet – <i>Decolonizzare la salute globale ...</i> - T. Rudinsky e altri	108
The Lancet – <i>Considerazioni urgenti per le strategie di vaccinazione ... vs Ebola</i> – W. Adriansen e altri	112
The Lancet – <i>Caratteristiche virologiche della variante SARS-COV-2 KP2</i> – Y. Kaku e altri	113
Sanità Informazione - <i>Salute e sanità nelle grandi città, il Report Istat: "Nel 2021 oltre 100mila morti evitabili"</i> Isabella Faggiano	113
Fondazione Veronesi Magazine - <i>Il report dell'OMS parla chiaro: 14 vaccini hanno salvato milioni di vite, specialmente tra i neonati. L'impatto maggiore riguarda la vaccinazione contro il morbillo</i>	115
Corriere della sera - <i>Malattia X, Ilaria Capua: «Arriverà un'altra pandemia più pesante del Covid»</i> -L. Salonia	116
Il Sole 24 Ore - <i>La svolta delle Cart-T: risultati efficaci anche nelle patologie immunoreumatologiche</i> - A. Ferretti	117
Il Sole 24 Ore - <i>Car-T: accesso, utenza e gestione del Patient Journey Un'indagine sul Centro "A. Neri" di Reggio Calabria</i> - Francesco Schiavone* e Massimo Martino	119
ADN kronos - <i>Covid, Astrazeneca ritira il vaccino in tutto il mondo</i>	120
ADN kronos - <i>Covid, scoperta Mip-C nuova malattia letale associata al virus</i>	121
La Repubblica <i>Covid, l'Oms cambia le regole del contagio: ecco come si trasmette il virus</i> - Donatella Zorzetto	121
PNRR e sua implementazione	123
Quotidiano sanità - <i>PNRR Salute. Corte dei conti: Obiettivi 2023 raggiunti. Difficoltà su Adi e digitalizzazione</i>	123
Pagella Politica - <i>Il soldi del Pnrr per la sanità sono stati tagliati o no?</i>	127
Ministero Salute - <i>PNRR, approvate le graduatorie per il finanziamento di 334 progetti di ricerca biomedica per oltre 312 milioni di euro</i>	130
OpenPolis - <i>Il PNRR e la sanità territoriale</i>	131
Corriere della sera - <i>Perché è facile rubare i soldi del PNRR: cosa svela la truffa a un macellaio pakistano</i> <i>Milena Gabanelli e Andrea Priante</i>	148
L'ospedale che cambia	152
Il Sole 24 Ore- <i>Ospedali e medici di famiglia non si parlano: sprecati 6 miliardi in ricoveri</i> - Marzio Bartoloni	152
Quotidiano sanità - <i>Pronto Soccorso. Il 3,5% dei pazienti nel 2023 ha eseguito più di 5 accessi; utenti sempre più anziani. La SIMEU fotografa come è cambiata la domanda di assistenza</i>	153
La Repubblica - <i>Sanità, due milioni di ricoveri e 6 miliardi di spreco. Fadoi: "Tre ricoveri su dieci si potrebbero evitare se i medici di famiglia si consultassero con gli ospedalieri"</i>	154
Quotidiano sanità - <i>Nel 2022-2023 in Italia circa 430 mila persone ricoverate hanno contratto un'infezione ospedaliera (8,2%), un dato superiore alla media Ue (6,5%). L'analisi dell'ECDC</i>	155
Quotidiano sanità - <i>I buoni consigli del Consiglio Superiore di Sanità: il caso delle aree critiche. Ma chi ne tiene conto?</i> - Claudio Maria Maffei	158
Quotidiano sanità - <i>XXIV Convegno AIIC: Come sarà l'ospedale del futuro? Flessibile, digitale, sostenibile e (forse) senza reparti</i>	160
Quotidiano sanità - <i>Pronto soccorso. Potenziamento medicina del territorio, più posti letto, riduzione liste d'attesa e investimenti sul personale. Le conclusioni dell'indagine conoscitiva in Affari Sociali</i>	161
Quotidiano sanità - <i>Posti letto, cosa ci dice il confronto con il resto d'Europa</i> - Carlo Zocchetti	163
Quotidiano sanità - <i>Il blackout comunicativo tra ospedale e territorio causa oltre 2 milioni di ricoveri impropri per uno spreco di 6 miliardi</i>	164
Medicina territoriale	167
Quotidiano sanità - <i>Assemblea Oms. Approvata la prima risoluzione sulla partecipazione sociale per l'assistenza sanitaria di base</i>	167

Quotidiano sanità - <i>“Addio allo studio singolo del medico di famiglia? Le Case di Comunità spoke prendono forma. Intesa tra Fimmg e Legacoop</i>	168
Quotidiano sanità - <i>Medici di famiglia e coop, perché l'alleanza non convince</i> - Ivan Cavicchi	170
Quotidiano sanità - <i>Alleanza coop-medici di famiglia tra luci e ombre</i> - Ornella Mancin	172
Quotidiano sanità - <i>L'insostenibile fragilità dell'Atto di indirizzo sulle Case di Comunità</i> - Bruno Agnetti,	173
Quotidiano sanità - <i>Dotazioni infrastrutturali e Case della Comunità</i> - Bruno Agnetti, Giuseppe Campo, Vito Alessandro D'Ercole, Maina Antonioni	174
Quotidiano sanità - <i>Prescrivere farmaci con ricettario pubblico, in regime di attività libero-professionale costituisce danno erariale</i> Fernanda Fraioli	176
Toscana Medica - <i>Liste d'attesa, il maxi piano taglia tempi non funzionerà</i> - Intervista con Andrea Vannucci	179
Quotidiano sanità - <i>Pediatri cercasi. Gimbe: ne mancano almeno 827, due su tre in Lombardia, Piemonte e Veneto. Entro il 2026 previsti oltre 1.700 pensionamenti, incognita ricambio generazionale</i>	180
Domani - <i>Ambulatori Popolari - Federica Pennelli</i>	183
Quotidiano sanità - <i>Da SIMM e Periplo arriva SMART Care “Best Setting Model”: per dare concretezza ai principi del PNRR e del DM 77/2022</i>	185
Nursing	187
Il Sole 24 Ore - <i>Infermiere e maternità: il sindacato Nursind lancia l'allarme sulla corsa a ostacoli. Oltre il 30% dichiara di non fare figli per “colpa” del lavoro</i>	187
Il Sole 24 Ore - <i>Nursing Up: cresce in tutta Europa la richiesta di infermieri italiani</i>	188
Il Sole 24 Ore - <i>Inail: turni massacranti e stress, sono gli infermieri la categoria più a rischio nel Ssn</i> – P. Castiglia	189
Quotidiana sanità – <i>Infermieri. Indagine Nursing Up: l'Europa cerca i professionisti italiani. La Germania offre 3500 euro netti mensili, l'Olanda arriva a 2800. Norvegia e Svizzera superano i 4mila euro</i>	190
Quotidiana sanità – <i>Sempre meno giovani vogliono diventare infermieri. In Italia meno dell'1% dei 15enni aspira a questa professione. I dati Ocse</i>	190
Quotidiana sanità – <i>Psichiatria. Un professionista su due ha subito almeno un'aggressione, ma il 69% non denuncia. L'indagine Nursing Up</i>	192
Quotidiana sanità – <i>Comparto Sanità. Nursing Up: “Servono altri 452 mln per rinnovare il contratto”</i>	193
Journal of Nursing Scholarship – <i>Valutazione tramite machine learning delle iniquità e delle disparità associate agli eventi di sicurezza ...</i> - Erika R. Georgantes , Fatma Gunturkun, J. McGreevy , Mary E. Lough	194
<i>Journal of nursing management</i> - <i>Efficacia organizzativa percepita durante una crisi di salute pubblica e benessere morale tra i dirigenti infermieristici</i> - Cynda Rushton, Katie Nelson e altri	195
Sociale, long care e terza età	196
Welforum.it - <i>LEPS: servizi per la residenza fittizia per i senza dimora</i> - Franco Pesaresi	196
Welforum.it - <i>LEPS: L'Assistenza Domiciliare Sociale (SAD)</i> - Franco Pesaresi	199
Il Sole 24 Ore - <i>Anziani: per non escluderli serve coniugare intervento pubblico e attività sussidiarie</i> – C. Testuzza	203
Il Sole 24 Ore - <i>Istat: il 22,8% popolazione rischia la povertà nel 2023, il 4,7% in grave privazione</i>	204
Il Sole 24 Ore - <i>Il Long Covid raddoppia i ricoveri e produce ulteriori decessi: 4.200 le morti stimate a sei mesi dall'infezione</i> - Istituto superiore di sanità	205
Il Sole 24 Ore - <i>Veneto/ Anziani non autosufficienti, parte la riforma dei servizi basata sul case-mix</i>	206
I luoghi di cura – <i>Riforma non autosufficienza: tradimenti e rinvii</i> – Franco Pesaresi	207
Salute Internazionale - <i>Franco Basaglia 100 (3)</i> - Pier Aldo Rovatti, Rosy Bindi e Gianni Tognoni	209
Salute Internazionale - <i>Il diritto alla casa</i> – The Lancet	210
La voce Info - <i>Politiche di coesione: cruciali, ma interessano poco</i> - Ugo Fratesi	211
Digitalizzazione e telemedicina	214
JAMA – <i>Tre epoche dell'Intelligenza Artificiale in sanità</i> - Michael D. Howell e altri	214
Il Sole 24 Ore - <i>Sanità digitale: la spesa cresce a 2,2 miliardi (+22%), per il 52% dei pazienti porterà più benefici che rischi</i>	216
Il Sole 24 Ore - <i>Salute digitale/ Il ruolo dell'Intelligenza Artificiale in sanità e la strategia in via di costruzione coordinata dal Ministero della Salute</i>	219
Il Sole 24 Ore - <i>Ricerca: Ieo e Monzino, analisi dati 300 volte più rapida con AI. Clinical Data Platform in collaborazione con Google Cloud</i>	221
Il Sole 24 Ore - <i>Intelligenza Artificiale: tra opportunità e interrogativi etici priorità al dialogo medico-paziente</i> - Paolo Castiglia	222
Quotidiana sanità – <i>L'IA classica e generativa in sanità: una questione di costi–benefici</i> - Antonio Salvatore	223
Science - <i>La nuova rete statunitense di intelligenza artificiale mira a rendere i supercomputer disponibili a un numero maggiore di ricercatori</i> - Jeffrey Mervis	224

Wired - <i>Che ruolo giocano l'intelligenza artificiale e i dati nella sanità italiana?</i>	225
Economia e sanità	227
Idealista News - <i>PIL pro capite in 44 Paesi dell'Europa</i>	227
Limesonline - <i>l'incidente dell'occidente</i>	228
La Repubblica - <i>Ocse, "cauto ottimismo" sull'economia globale. L'attività in Italia resta "debole", Pil a +0,7% quest'anno</i>	228
La Repubblica - <i>L'occupazione sostenuta da over 50 e autonomi, ma crescono gli inattivi</i> -Rosaria Amato	230
La Repubblica - <i>Italia, stipendi "reali" fermi da decenni. A conti fatti, dove si può vivere meglio?</i>	231
La Repubblica - <i>Rallenta l'inflazione, ad aprile scende allo 0,9%. Nell'Eurozona ferma al 2,4%</i>	233
Corriere della sera - <i>In Italia si guadagna meno che nel 1990, è l'unico paese Ue dove i salari reali sono scesi: il grafico</i>	235
Corriere della sera - <i>Superbonus da 160 miliardi e conti pubblici allo sfascio: di chi è davvero la colpa</i> - Milena Gabanelli e Francesco Tortora	236
Fisco Equo - <i>Def: Confesercenti, senza taglio del cuneo fiscale nel 2025 si perderanno 5,5 miliardi di euro di consumi</i>	240
Fisco Equo - <i>Ocse: tasse sul lavoro aumentano in contesto inflazione persistente</i> - Luciano Cerasa	241
La Repubblica - <i>Oltre la metà degli italiani fatica ad arrivare a fine mese. Uno su tre chiede aiuto alla famiglia</i>	242



quotidianosanita.it

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

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

Lo scorso anno, in occasione della ricorrenza del suo 75° anno, una commissione di esperti, su mandato del BMJ, ha studiato lo stato dell'NHS UK, le sue manifeste criticità ma anche i perduranti punti di forza e le misure per salvarli. Molte osservazioni ed argomentazioni assomigliano a quelle del dibattito in corso sul nostro SSN (46 anni dalla sua istituzione) e le sue sorti. Ci sembra interessante riportarle e confrontarle con aspetti simili, e non, della nostra attuale realtà

10 MAG -

Le crisi parallele del NHS e dei SSR Italiani

IL NHS non è mai stato in una crisi più profonda e, sebbene i problemi possano sembrare insolubili, la Commissione BMJ scrive: "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?"

Una domanda e delle risposte che anche noi ci poniamo e che cerchiamo di trovare.

Nel Regno Unito, così come in Italia, ci sono più persone: politici, tecnici e cittadini che sono disposti a vedere la distruzione del sistema sanitario nazionale come lo conosciamo, per essere sostituito da una maggiore privatizzazione o da un sistema basato sulle assicurazioni.

Entrambi questi approcci amplieranno ulteriormente le disuguaglianze già esistenti.

Tabella 20 - La spesa sanitaria negli indicatori macroeconomici OCSE - Anni 2015-2022

Paese	Misura	Unità	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022
Italia	Quota sul Pil	percentuale	6,6	6,5	6,4	6,4	6,4	7,3	7,1	6,8
	Prezzi correnti	Euro, milioni	109.132	110.086	111.117	113.591	114.691	121.390	126.595	130.364
	Pro capite, prezzi correnti	Euro	1.797	1.816	1.836	1.880	1.920	2.042	2.141	2.208
Regno Unito	Quota sul Pil	percentuale	7,9	7,8	7,7	7,7	7,9	10,1	10,3	9,3
	Prezzi correnti	Euro, milioni	150.857	156.745	160.040	166.529	176.717	213.071	233.063	230.461
	Pro capite, prezzi correnti	Euro	2.317	2.388	2.423	2.507	2.646	3.176	3.460	3.409
	Pro capite, prezzi correnti, a parità di potere d'acquisto	USD	3.041	3.175	3.231	3.322	3.480	4.152	4.539	4.479

Fonte: elaborazioni Corte dei conti su dati OCSE; estrazione dati a dicembre 2023.

Erodere un servizio pubblico universalista?

In un mondo impegnato nella copertura sanitaria universale, in particolare se leggiamo il recente Briefing Paper "Achieving universal health coverage" del European Observatory of Health Systems and Policies - European Commission erodere quello che abbiamo ottenuto attraverso un servizio pubblico sembra un passo indietro incomprensibile.

Se guardiamo agli Stati Uniti c'è una lezione da imparare: più soldi non sono necessariamente la risposta per risolvere le crisi ma è solo spendere di più e lasciare indietro chi non può farlo. È vero che in Italia il fondo sanitario nazionale in % di PIL è il più basso rispetto alle nazioni più a noi simili (a parte il debito pubblico!).

Più disponibilità finanziaria potrebbe risolvere alcuni aspetti della crisi attuale. Le liste d'attesa, ad esempio; un punto molto sensibile per i cittadini.

Più soldi, nel medio periodo potrebbero dare anche la possibilità di migliori retribuzioni per i professionisti sanitari ma ricordiamo anche che tutte le evidenze internazionali in tema di misure per reclutare e trattenere il personale nei servizi sanitari pubblici non lo considerano il principale fattore chiave e comunque con effetto solo nel breve periodo.

Gli investimenti veri, quelli che daranno a lungo termine un ritorno significativo, sono la prevenzione e un sostanziale riassetto delle cure primarie integrate con le risorse dedicate all'assistenza sociale. Queste produrranno i migliori ritorni sanitari ed economici.

Lo sappiamo tutti, è ora di provare.

Tabella 21 – Variazioni percentuali spesa sanitaria e Pil in volume - Anni 2016-2022

Paese	Descrizione	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	Variazione % cumulata 2016-2019	Variazione % cumulata 2020-2022	Variazione % complessiva 2016-2022
Italia	Variazione% spesa sanitaria	0,7	-0,1	1,2	0,4	5,2	2,9	-3,7	2,2	4,4	6,6
	Variazione% Pil volume	1,3	1,7	0,9	0,5	-9	8,3	4,0	4,4	3,3	7,7
Regno Unito	Variazione% spesa sanitaria	2,6	0,6	2,2	4,1	13,9	9,0	-7,0	9,5	15,9	25,4
	Variazione% Pil volume	1,9	2,7	1,4	1,6	-10	8,7	4,3	7,6	2,6	10,2

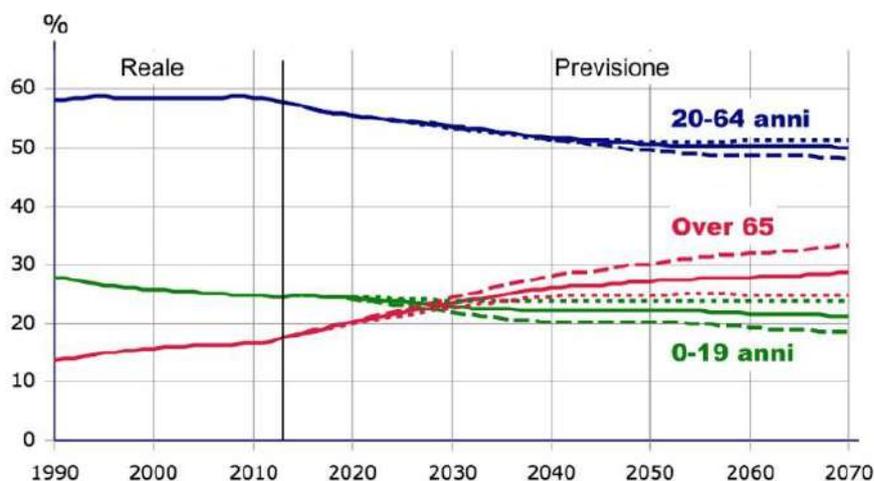
Fonte: elaborazione Corte dei conti su dati OCSE; per il Pil: tasso di crescita annuale del Pil in termini reali; per la spesa sanitaria: variazione spesa sanitaria pubblica a prezzi costanti, anno base OCSE. Estrazione dati: febbraio 2024

Invecchiamento delle popolazioni e bisogni di salute

Nella recente survey che ha visto la partecipazione di un selezionato comitato internazionale di esperti e stakeholder: EuroHealthNet “The future of public health in Europe” si mette in risalto il ruolo svolto dall'aumento dell'invecchiamento della popolazione e dal conseguente, ma di entità tutta da definire, aumento delle malattie croniche come minaccia per la sostenibilità della salute e dei sistemi di protezione.

Tuttavia ci sono anche due fattori da considerare:

- Tecnologie emergenti, digitalizzazione e progressi biomedici offriranno nuove opportunità per migliorare la salute della popolazione, ma anche tra cui il rischio di un divario digitale;
- È calcolato che la metà dell'intera spesa per curarsi avviene nell'ultimo anno di vita e questa è una condizione indipendente dall'aumentare della lunghezza della stessa. Cure appropriate, non futilmente rivolte a guarigioni impossibili, ma ad accompagnare le persone alle fine della vita in modo dignitoso ed attento al sollievo dei sintomi possono risultare di grande valore, proprio nei termini del rapporto costo/benefici.



C'è poi l'indiscussa realtà del cambiamento del clima e il suo impatto sulla salute pubblica.

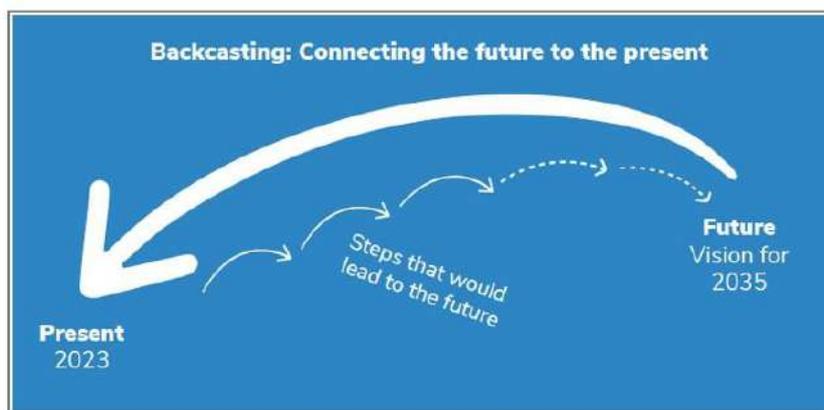
Qui va previsto un approccio olistico, che coinvolga l'intera società per lavorare insieme a perseguire la salute planetaria e garantire che gli impatti ambientali non aggravino disuguaglianze sociali e sanitarie.

La promozione della salute e la prevenzione delle malattie devono essere al centro di questi cambiamenti per garantire l'uso più efficiente ed equo delle limitate risorse sanitarie. Inoltre, le nuove quadri strategici che affrontano la salute.

Le transizioni delle nostre società e le risposte politiche correlate richiedono per la salute pubblica la sinergia di stakeholder lungimiranti nel prevedere e pianificare a lungo termine e stabilire una base per un'azione che possa consentire società più sane.

È necessario capire la sostenibilità per noi “umani” e per il pianeta con 8 miliardi di abitanti del modello di mercato globale.

Nelle Università americane e cinesi si studiano punti di forza e di debolezza dei modelli realizzati nei vari Paesi per trovare, tramite un approccio di verifica e contaminazione culturale e scientifica, come prefigurare nuovi modelli di sviluppo sostenibili per l'ecosistema, per la nostra specie, per le altre specie, per i vari Paesi. Si ritorna a parlare del ruolo dello Stato, del “pubblico” per regolare l'economia e proteggerla dalle sue pulsioni autodistruttive;



Fonte: EuroHealthNet “The future of public health in Europe”

“One-health” vuol dire innanzitutto renderci conto che siamo tutti sulla “stessa barca” e per uscirne dobbiamo decidere tutti insieme da che parte remare.

Non è facile, ma la realtà dei fatti e le condizioni di vita che stanno cambiando per tutti vanno inevitabilmente verso una crescita della consapevolezza collettiva della posta in gioco.

Le politiche di rinvio potranno protrarsi ancora per poco perché la realtà fattuale ci farà toccare con mano le vere priorità da affrontare, le scelte da fare, i prezzi da pagare.

Dagli ultimi decenni del secolo scorso si sono verificati enormi cambiamenti nelle cure.

L'aumento delle condizioni a lungo termine, insieme al passaggio a servizi più personalizzati, significano che gran parte dell'assistenza sanitaria deve essere a lungo termine e relazionale, non transazionale ed episodica. Nonostante ciò, l'NHS UK e SSN ITA utilizzano ancora modelli di servizio basati su ospedali ed episodi di cura, progettati per le diverse esigenze di una popolazione più giovane (più malattie infettive, traumi e malattie acute).

Usare un modello del 20° secolo per affrontare i problemi del 21° secolo è la principale fonte di inefficienza e sorprende leggere come da più parti si invochi un aumento dei letti ospedalieri.

I letti ospedalieri nei due ultimi decenni sono diminuiti perché la domanda ed il loro uso si è modificato. Andare a riaumentarne il numero non sarebbe saggio.

Inoltre, ormai sappiamo come la maggior parte dei problemi di salute può essere collegata a cause esterne (povertà, alloggio, istruzione, nutrizione e altre) e questo richiede interventi diversi.

Una nuova attenzione da parte della società in generale e un rinnovato impegno dei sistemi sanitari pubblici sulla prevenzione delle malattie e sulla creazione di salute.

I valori portanti anche nel 2035 per la salute pubblica europea

Ancora leggendo “The future of public health in Europe” del EuroHealthNet si riflette sul fatto che i valori più importanti che continueranno a essere centrali per la salute pubblica in Europa nel 2035, identificati dagli intervistati, sono:

- Equità e inclusività;
- Trasparenza e affidabilità;
- Promozione della salute e prevenzione;
- Efficacia e approccio basato sull'evidenza;
- Coinvolgimento e collaborazione con la comunità;
- Sostenibilità e responsabilità.

È questo il quadro di riferimento con cui guardare al futuro senza ricorrere a soluzioni e schemi mentali che appartengono ad un passato che non è più.

I Governi dei Paesi che hanno un sistema sanitario pubblico devono essere onesti sulla portata dei problemi, sui vincoli finanziari, sul personale e sulla lunghezza del tempo e degli sforzi che saranno necessari. Tutto il dibattito politico dovrebbe essere all'altezza di queste sfide e non correre dietro a soluzioni non serie ed inutili, ma magari suggestive per il senso comune. Che, ricordiamolo, non corrisponde necessariamente al buon senso.

Affrontare il nodo ambiente, salute, sanità, sviluppo, sostenibilità comporta ripensarci in una logica di comunità e di responsabilità collettiva, di “nuovi valori”, di nuove compatibilità, di una nuova idea di sviluppo possibile.

Se non si afferma un approccio collettivo, olistico e sistemico e si continua la deriva del tutto e subito, dell'individualismo, dell'edonismo, del consumismo sfrenato il prezzo che dovremo pagare rischia di essere altissimo ... lo stiamo già pagando in giro per il pianeta ... in specie i Paesi meno sviluppati e colpiti da siccità

e manifestazioni naturali estreme ... Incominciamo a pagarlo anche nei cosiddetti Paesi sviluppati, oggi obiettivamente in declino economico e sociale.

Ridare centralità ad una vera autonomia del sistema e a strutture “terze”

Adesso che c'è crisi ci rendiamo conto che la regionalizzazione della sanità italiana è un ostacolo per quella che sarebbe una misura necessaria (che anche la commissione BMJ per il salvataggio del NHS invoca): istituire un Ufficio per la Politica e la Responsabilità di Bilancio del Sistema Sanitario per fornire una valutazione indipendente ed esperta dei piani e delle politiche del sistema stesso, che contribuirebbe a proteggerlo da pressioni politiche a breve termine e politiche mal pensate.

Questo approccio è difficile, ma non impossibile.

In Italia potrebbe richiedere un ruolo autorevolmente attribuito ad AGENAS, ad esempio, e poi un sistema di finanziamento sostanzialmente “pay for value” per prevenire suggestioni sconsideratamente autonomistiche. Certo che se si guarda ai programmi del Governo in termini di autonomie regionali forse non è il momento più favorevole.

Allo stesso modo, il sistema sanitario dovrebbe dare priorità all'affrontare le disuguaglianze nell'accesso e nei risultati.

E anche in questo caso estendere al massimo l'uso degli indicatori del Piano Nazionale Esiti - per farne uno dei principali strumenti di pianificazione e controllo - diventa una necessità.

“Copertura universale” o “universalità selettiva”

I governi che si sono succeduti - in Inghilterra e in Italia - hanno introdotto politiche per gestire le tensioni tra la fornitura di un servizio completo e la sua gratuità nel momento del bisogno.

Questi includono:

- Esenzioni di tipologie di prestazioni a target di popolazione tipo pensionati, persone con disabilità o malattie a lungo termine, donne incinte, neomamme e coloro che ricevono determinate prestazioni.
- Disposizioni nazionali e regionali per la definizione delle priorità, che a volte sono in conflitto, e che consentono lo sviluppo di liste d'attesa per razionare e ritardare l'accesso.
- Gestire le risorse attraverso pratiche e protocolli basati sull'evidenza e introdurre nuove tecnologie in gran parte attraverso la formazione professionale e Agenzie Nazionali di riferimento quali il National Institute for Health and Care Excellence (NICE) in UK e AGENAS in Italia.

Questi dovrebbero fornire un quadro politico. Tuttavia, l'NHS e SSN/SSR e i loro medici e manager dovrebbero costantemente adattarsi alla situazione sul campo, formulare giudizi e gestire la politica e le aspettative dei loro pazienti.

Inoltre la più grande anomalia del sistema NHS, come per altro del SSN/SSR è che l'assistenza sociale, da cui dipende gran parte dell'assistenza sanitaria, è di responsabilità delle autorità locali, è per lo più valutata in termini di risorse e varia enormemente da una zona all'altra.

Per la sostenibilità del sistema salute dei due Paesi è fondamentale integrare le reti sanitarie e quelle sociali. L'Italia e il Regno Unito sostengono - ancora e per ora - la politica per la copertura sanitaria universale a livello di popolazione, in modo che tutti abbiano accesso all'assistenza sanitaria ovunque, ma i sistemi sanitari dei due Paesi sono in crisi, così come altri nell'Europa occidentale.

L'alternativa ad un servizio completo è quella di limitare i servizi a una determinata fascia disponibile per tutti e/o di limitarli a una parte della popolazione.

È comparso così nel dibattito pubblico un termine contraddittorio, praticamente un ossimoro: l'“universalità selettiva”. Ciò sarebbe tipico, ad esempio, di una polizza assicurativa che prevede una serie definita di prestazioni fornite solo ai suoi assicurati.

Le persone dovrebbero quindi pagare per eventuali servizi aggiuntivi direttamente o attraverso un ulteriore sistema assicurativo, se possono permetterselo, o farne a meno.

Un approccio incomprensibile per un sistema pubblico così come i cittadini lo conoscono.

Un sistema a “benefici definiti” presenta diversi inconvenienti. Il pacchetto di prestazioni può essere eroso nel tempo per diventare una rete minima di sicurezza dei servizi.

I Governi a corto di liquidità potrebbero esercitare pressioni per ridurre i benefici (l'austerità è un esempio recente) e gli interessi commerciali potrebbero promuovere opzioni più costose come alternative al pacchetto di base.

È probabile che un servizio di rete di sicurezza porti alla stagnazione e a servizi scadenti man mano che l'innovazione, lo sviluppo e gli investimenti si spostano in altre aree con una maggiore redditività.

È probabile che la disuguaglianza aumenti perché le persone più povere non possono pagare per servizi aggiuntivi e la qualità dei servizi e i risultati sanitari possono risentirne se vengono soddisfatte solo alcune esigenze.

Un sistema globale, al contrario, promuove l'innovazione nei servizi disponibili a tutti.



Noi pensiamo che un servizio completo debba rimanere un'aspirazione vitale che costringerà costantemente politici e tecnici a considerare il modo migliore per realizzarlo. È uno stimolo al progresso, ma funzionerà solo quando ci sarà trasparenza e fiducia.

Considerazioni finali

- Ripensare la Riforma del Titolo V della Carta Costituzionale, che così come è cristallizza le differenze dei SSR e parcellizza il diritto alla salute;
- Evitare una Autonomia differenziata che accentuerebbe solo diseguaglianze e diversità di salute;
- Ripensare il processo di aziendalizzazione in sanità garantendo gli strumenti necessari ai manager pubblici per agire gestioni efficaci e efficienti anche in deroga con la normativa vigente, come in permanenza della pandemia;
- Coinvolgere tutti gli attori delle filiere assistenziali in Piani di salute delle popolazioni in cui ricomporre e riconoscere gli interessi dei singoli erogatori in una logica, però, di "agenzie di salute pubbliche" e di governo integrato dei processi;
- Affermare una governance del sistema salute del nostro Paese in cui le policy sanitarie, sociosanitarie e sociali e di salute siano agite dal lato della lettura dei bisogni delle popolazioni e non dal lato della riproduzione nel tempo di una offerta che spesso ne induce la domanda, ma non sempre, anzi spesso, la distorce e non ne segue l'evoluzione;
- Coinvolgere fortemente le comunità, i cittadini, i pazienti, l'associazionismo e il Terzo Settore, come attori dei processi assistenziali e garanti della qualità delle prestazioni erogate.

https://www.quotidianosanita.it/studi-e-analisi/articolo.php?articolo_id=122047

Pubblicato su Welforum.it il 13/5/2024:

Servono gli obiettivi di servizio nell'assistenza domiciliare sociale (SAD)

Franco Pesaresi

I. Le criticità del SAD

Il servizio di assistenza domiciliare (Sad) dei Comuni, in Italia, è da lungo tempo in crisi. Questa situazione può essere sintetizzata in cinque punti.

Primo, la scarsità dell'offerta. I Comuni italiani, nel 2020 (più recenti dati disponibili¹), hanno assistito con il Sad una percentuale di anziani pari solo all'1,4%. Si tratta evidentemente di un valore ben lontano da quanto necessario.

Secondo, la costante riduzione nel tempo. Si registra una graduale contrazione del servizio, sceso da 2,1% anziani assistiti a domicilio del 2004 all'1,4% del 2020. Questo trend di diminuzione si riflette nella riduzione della spesa dedicata in valore assoluto, pari a 357 milioni di euro nel 2004 e a 328 milioni di euro nel 2020.

Terzo, l'estrema eterogeneità territoriale. Tra le diverse Regioni, e anche all'interno di una stessa Regione,

¹ Istat, 2023, *Interventi e servizi sociali dei Comuni singoli e associati - anno 2020*, Roma, Istat.

s'incontrano ampie differenze nelle percentuali di anziani seguiti così come nei modelli organizzativi utilizzati.

Quarto, la ridotta integrazione con la sanità. Nel 2020, solo 63.917 anziani, pari allo 0,5% degli anziani, ha ricevuto il Sad integrato con l'assistenza domiciliare sanitaria (Adi), una percentuale sostanzialmente invariata da 15 anni.

Quinto, la difficoltà ad aggiornare il modello. In gran parte del Paese, il Sad non ha saputo evolvere, mantenendo sostanzialmente la configurazione definita tra la fine degli anni '80 e l'inizio del decennio successivo, che prevede l'erogazione di prestazioni (alzata, igiene personale, vestizione, aiuto nei pasti, mobilitazione, pulizia della casa, ecc.) di durata oraria limitata (in media 78 ore annue), di supporto in specifici momenti critici della giornata o di funzioni domestiche. La staticità del servizio e la sua scarsa capacità di incidere nell'organizzazione familiare ne hanno ridotto l'appetibilità².

2. L'avvio di una nuova fase

A fronte del quadro assai critico riassunto sopra, alcuni recenti atti innovativi hanno costruito le condizioni per un'inversione di rotta. La Legge di Bilancio 2022³ e il successivo Piano nazionale per la non autosufficienza 2022-2024⁴, infatti, hanno inserito l'assistenza domiciliare sociale e quella integrata con i servizi sanitari tra i Livelli essenziali delle prestazioni (Leps). Questa sostanziale novità si colloca all'interno di una più ampia progettualità tesa ad attribuire un nuovo ruolo agli interventi sociali nel territorio rivolto agli anziani non autosufficienti. Il Piano per la Non Autosufficienza 2022-2024 (PNNA) precisa, inoltre, che i Leps relativi alla non autosufficienza sono finanziati attraverso il Fondo nazionale per le non autosufficienze. La già menzionata Legge di Bilancio 2022 ne ha incrementato le risorse dedicate per un ammontare pari a 200 milioni di euro per l'anno 2023, a 250 milioni di euro per l'anno 2024 e a 300 milioni di euro a decorrere dall'anno 2025. In quest'ultimo anno, di conseguenza, il Fondo nazionale raggiungerà la cifra di 963 milioni.

Un ulteriore aspetto di rilievo, da evidenziare in prospettiva della riforma, riguarda la tipologia degli interventi previsti. Mentre sino ad oggi le risorse del Fondo sono state utilizzate perlopiù per il trasferimento di contributi economici, se ne prevede un progressivo riorientamento verso i servizi allapersona⁵.

3. Definire gli obiettivi di servizio

Il passo successivo ed auspicabile del percorso avviato con la Legge di bilancio 2022 e dal PNNA 2022-2024 è quello di affiancare ai livelli essenziali la definizione dei relativi obiettivi di servizio, in relazione alle criticità attuali del settore e alle condizioni dei diversi territori, creando così i presupposti normativi per uno sviluppo realistico e graduale della domiciliarità sociale in tutta la Nazione.

La caratteristica principale dell'obiettivo di servizio è proprio quella di potersi modulare nel tempo nei contenuti in modo da far crescere quantitativamente e qualitativamente le prestazioni a cui fa riferimento. Compete al Governo la definizione degli obiettivi di servizio cui devono tendere le amministrazioni regionali e locali nell'esercizio delle funzioni riconducibili ai livelli essenziali delle prestazioni. Spetta sempre al Governo la definizione di un percorso di convergenza degli obiettivi di servizio verso i livelli essenziali delle prestazioni.

Nell'esperienza sanitaria, l'individuazione dei livelli essenziali di assistenza (Lea) ha spesso portato ad una elencazione generica delle prestazioni a cui aver diritto; un'impostazione che in un settore ancora fragile e da sviluppare come quello sociale non può funzionare. In questo ambito è cruciale che alla definizione dei livelli essenziali si affianchi l'ulteriore puntuale individuazione degli obiettivi di servizio da raggiungere in un tempo determinato. Questi ultimi sono di straordinaria importanza perché riempiono i contenuti dei livelli essenziali, permettono una verifica circa la loro attuazione e consentono una crescita graduale dell'intero Paese rispetto agli elementi quantitativi e qualitativi stabiliti per il livello essenziale.

Venendo ai contenuti degli obiettivi di servizio, il problema principale oggi è costituito dalla bassissima percentuale di anziani assistiti: bisognerebbe pertanto fissare un livello standard che tutti i Comuni o gli ambiti sociali devono raggiungere. Occorre innanzitutto raggiungere un livello base uguale per tutti per poi crescere

² Per maggiori approfondimenti si vedano Pesaresi, F., Gori, C., 2021, *Sad anziani: diventi livello essenziale*, 28 settembre, Paper tecnico – Patto per un nuovo welfare sulla non autosufficienza, disponibile in www.pattononautosufficienza.it; Tidoli, R., 2017, *La domiciliarità*, in NNA (a cura di) "L'assistenza agli anziani non autosufficienti – 6° Rapporto. Il tempo delle risposte", 2017, Rimini, Maggioli, pp. 77-100.

³ Legge 30 dicembre 2021, n. 234. Bilancio di previsione dello Stato per l'anno finanziario 2022 e bilancio pluriennale per il triennio 2022-2024.

⁴ Legge 30 dicembre 2021, n. 234. Bilancio di previsione dello Stato per l'anno finanziario 2022 e bilancio pluriennale per il triennio 2022-2024.

⁵ Pesaresi, F., 2023, *Leps 8: l'assistenza domiciliare sociale*, in <https://francopesaresi.blogspot.com/2023/04/leps-8-lassistenza-domiciliare-sociale.html>

gradualmente in una seconda fase.

Qui si ipotizza in una prima fase, da realizzarsi nel 2025, in cui tutti i territori dovrebbero raggiungere almeno l'obiettivo di assistere il livello medio attuale che è pari all'1,4% di anziani ogni 100. Si tratta di un obiettivo apparentemente modesto ma occorre rammentare che metà del Paese oggi è al di sotto di questo standard. D'altra parte, l'obiettivo di servizio dovrebbe annualmente crescere fino al raggiungimento del livello quantitativo stabilito a livello nazionale. Per questo obiettivo di servizio (ed altri eventuali), il requisito dovrebbe essere sempre assolvibile dal singolo comune o dall'Ambito territoriale sociale (ATS) o altro strumento di gestione associata quando questo è delegato alla gestione del Sad.

Maggiormente complesso è intervenire nel promuovere un più appropriato intervento a favore degli anziani non autosufficienti che è la cura della persona. Tale intervento costituisce una delle criticità del sistema perché non sempre è collocato quale priorità del servizio. Come primo passo, un obiettivo di servizio potrebbe prevedere che le ore di assistenza di cura della persona devono essere prevalenti rispetto a quelle di cura degli ambienti.

I problemi attuali del Sad non sono solo quantitativi, ma anche qualitativi. Per esempio, troppo modesta è l'integrazione del Sad con i servizi domiciliari sanitari (Adi): si tratta, d'altra parte, di uno degli obiettivi qualificanti della riforma approvata con la L. 33/2023 e non ancora attuata. Si potrebbe stabilire un obiettivo di servizio che preveda la presenza di un accordo formale del comune/ATS con l'Asl per l'erogazione dell'assistenza domiciliare integrata con i servizi sanitari. Questo elemento non determina di per sé un aumento dell'integrazione ma crea le condizioni perché questo possa avvenire. Si tratta del primo indispensabile passo, tenuto conto che la maggioranza dei Comuni (61%) oggi non eroga questa prestazione integrata.

Nella tabella 1 vengono sintetizzati gli obiettivi di servizio proposti per l'assistenza domiciliare sociale.

Le criticità del Sad e le necessità degli anziani ed in particolare di quelli non autosufficienti non sono solo quelle toccate in queste proposte. Ce ne sono anche altre. Ma per essere credibili e realisti occorre prefigurare una metodologia ed un programma graduale, effettivamente realizzabile che tenga conto della fase attuativa.

La presenza di finanziamenti statali in grado di incentivare l'attuazione degli obiettivi di servizio rappresenta uno snodo decisivo per il successo dell'intera operazione. Pertanto, è opportuno accompagnare il percorso degli obiettivi di servizio con dei finanziamenti statali, come illustrato di seguito.

Tab. 1 - Proposta degli obiettivi di servizio per il Sad

OBIETTIVI DI SERVIZIO DELL'ASSISTENZA DOMICILIARE SOCIO-ASSISTENZIALE		
	Descrizione	Attuazione
1. Anziani assistiti	Garantire l'assistenza domiciliare socio-assistenziale anche ad integrazione di quella sanitaria ad almeno 1,4 anziani ogni 100.	Il requisito è assolvibile dal singolo comune o dall'Ambito territoriale sociale.
2. Assistenza domiciliare integrata	Presenza di accordo formale del comune/ATS con la ASL per l'erogazione dell'assistenza domiciliare integrata con i servizi sanitari.	Il requisito è assolvibile dal singolo comune o dall'Ambito territoriale sociale.
3. Qualità dell'assistenza	Le ore di assistenza di cura della persona devono essere prevalenti rispetto a quelle di cura degli ambienti	Il requisito è assolvibile dal singolo comune o dall'Ambito territoriale sociale.
4. Coinvolgimento dei Comuni nell'integrazione sociosanitaria	L'assistenza domiciliare socio-assistenziale in integrazione con i servizi sanitari deve essere garantita in tutti i Comuni.	Il requisito è assolvibile dal singolo comune o dall'Ambito territoriale sociale.

4. Stime di spesa e di impatto

Un livello minimo pari all'attuale media nazionale

L'ipotesi di base degli obiettivi di servizio, indicata nella tabella 2, punta a far raggiungere a tutte le Regioni almeno un livello minimo pari alla media nazionale di anziani attualmente assistiti dal Sad. Gli ultimi dati del 2020 fissano, come già indicato, nell'1,4% il valore gli anziani che sono assistiti dal Sad a livello nazionale.

Rispetto a questa percentuale, sono 12 le Regioni che dovrebbero far crescere il numero di assistiti dato che il loro valore è inferiore. L'adeguamento alla percentuale minima dell'1,4% di queste 12 Regioni, ipotizzando che le altre Regioni mantengano le attuali percentuali di anziani assistiti, farebbe crescere il numero degli assistiti a domicilio di 43.334 unità, portando il totale degli anziani assistiti con il Sad a 241.068, con un aumento dello 0,3% rispetto al 1,4% da cui si parte. Con questi dati la percentuale degli assistiti salirebbe all'1,7%.

Un "costo standard" per il Sad

Il processo proposto ha possibilità di successo solo se accompagnato da un finanziamento ad hoc per il livello essenziale del Sad. D'altra parte, non è oggi immaginabile che questo finanziamento possa essere differenziato per singolo caso e per singola Regione, occorre pensare ad un "costo standard" di riferimento per singolo caso che in questo momento si può identificare nel costo medio annuo nazionale che nel 2020 è stato di 1.660 euro. Prendendo come punto di riferimento questo ultimo dato, il costo per l'adeguamento delle Regioni in ritardo sarebbe di 71.934.000 euro. Il costo standard utilizzato e cioè la spesa media italiana per singolo caso tiene conto sia dell'assistenza domiciliare socio-assistenziale sia di quella integrata con i servizi sanitari che hanno costi medi annui molto diversi (rispettivamente 2.025 e 896 euro). Il punto di debolezza, ma in questa fase insuperabile, è costituito dalla ampia diversità dei costi medi per singolo caso che si registra nelle diverse Regioni.

L'ulteriore crescita delle Regioni sopra la media

A questo punto sorge però un altro quesito: è ipotizzabile che lo Stato nel perseguire l'obiettivo dell'attuazione del livello essenziale dell'assistenza domiciliare socio-assistenziale finanzia solo le Regioni che offrono meno servizi della media nazionale, penalizzando i territori più attenti alle esigenze degli anziani? No, non è ipotizzabile. Non sarebbe né giusto né sopportabile dalle Regioni che hanno già raggiunto l'obiettivo di servizio dell'1,4% di anziani assistiti a domicilio. Un'ipotesi ben più equa, ma evidentemente molto più costosa per lo Stato, potrebbe essere quella di finanziare tutte le prestazioni di assistenza domiciliare necessarie per raggiungere il livello minimo dell'1,4% senza far differenze fra prestazioni già erogate o da incrementare per raggiungere il livello minimo. In questo caso il costo complessivo dell'operazione sarebbe di 328.238.000 euro utilizzando la spesa media nazionale per singolo caso. Da tale importo andrebbero detratte le entrate dei Comuni da compartecipazione alla spesa da parte degli utenti, che ammontano intorno al 10-15% del totale della spesa. In questa ipotesi la spesa per lo Stato sarebbe quindi di circa 300 milioni di euro da ripartire in modo proporzionale fra tutte le Regioni in base al numero di anziani presenti. Per le Regioni sopra la media dovrebbe essere indicato il vincolo che le risorse dovranno comunque essere utilizzate per aumentare il livello delle prestazioni (incremento degli assistiti e/o dell'intensità dell'assistenza).

Con queste regole il numero di anziani assistiti con il Sad dovrebbe salire a 319.518 (utilizzando sempre il costo medio attuale per singolo caso) portando al 2,2% la percentuale di anziani assistiti, molto più alta (+57%) rispetto all'attuale. Negli anni successivi al 2025, in relazione alla modifica periodica degli obiettivi di servizio, anche i finanziamenti statali dovrebbero adeguarsi ai nuovi target.

L'assistenza integrata socio-sanitaria

Oggi, come già visto, i Comuni assistono a domicilio solo 63.917 anziani integrando le prestazioni domiciliari sociali con quelle sanitarie. L'attuazione dell'obiettivo di servizio che prevede che tutti i Comuni siano in grado di fornire assistenza domiciliare integrata a quella sanitaria, illustrata nel paragrafo precedente, dovrebbe portare ad un aumento molto significativo di utenti, dato che oggi

solo il 39% dei Comuni fornisce assistenza domiciliare integrata con quella sanitaria. Allargando questa possibilità a tutti i Comuni/Ambiti sociali, il numero di anziani da assistere in modo integrato può crescere in modo significativo dando a chiunque la possibilità di assistenza integrata, indipendentemente dal suo luogo di residenza.

L'ipotesi precedente, che prevede lo stanziamento di 300 milioni di euro per lo sviluppo del Sad, permetterebbe di assorbire queste nuove domande di assistenza integrata. Stanziamenti significativamente inferiori non permetterebbero di raggiungere questo obiettivo. Detto in altro modo, senza lo stanziamento di finanziamenti adeguati non solo non si fa l'integrazione socio-sanitaria ma c'è addirittura il rischio che si facciano passi indietro.

Gli anni successivi al 2025

Negli anni successivi al 2025 si dovrebbe proseguire nell'ampliamento del Sad, utilizzando la stessa logica indicata per il 2025. L'obiettivo di servizio quantitativo minimo per il 2026 per tutte le Regioni dovrebbe crescere all'1,7% degli anziani e nel 2027 al 2,0% che quindi diventa il target che tutte le Regioni dovrebbero raggiungere mentre quelle che l'hanno già raggiunto devono obbligatoriamente utilizzare le risorse aggiuntive per aumentare il numero casi assistiti a domicilio in quantità o in intensità dell'assistenza. La spesa passerebbe dai 300 milioni del 2025 a 360 nel 2026 e 420 nel 2027.

Questa impostazione, oltre al raggiungimento del livello minimo in tutte le Regioni, dovrebbe garantire, a livello nazionale, il Sad al 1,7% degli anziani sin dal 2025, percentuale che crescerà fino al 2,2-2,5% nel 2027 (Cfr. Tab.2). Tale risultato sarà un po' più basso in quelle realtà che, una volta raggiunto comunque l'obiettivo di servizio, investiranno anche in un aumento dell'intensità del servizio domiciliare, aumentando cioè il numero di ore erogate per singolo caso.

Tab. 2 - Servizio di assistenza domiciliare sociale (Sad). Obiettivi di servizio 2025-2027

	2025	2026	2027
Anziani (stima)	14.489.000	14.675.000	14.881.000
Obiettivo di servizio	1,4	1,7	2,0
Anziani assistiti con l'obiettivo di servizio	121.784	Almeno 278.825	Almeno 395.468
Finanziamento dell'obiettivo di servizio	328.238.000	400.075.000	470.676.000
Finanziamento erogato detratto del 10% di compartecipazione (con arrotond.)	300.000.000	360.000.000	420.000.000
Anziani con il Sad nel 2020	197.734	197.734	197.734
Anziani assistiti complessivamente (2020 + ob. di servizio)	319.518	Almeno 476.559	Almeno 525.116
Stima copertura servizio	1,7%	Almeno 1,9%	2,2-2,5%

Le modalità di finanziamento

Le risorse aggiuntive per il finanziamento del livello essenziale relativo al Sad dovrebbero essere collocate all'interno del Fondo Nazionale per le Non Autosufficienze (Fna) che già finanzia, in parte, l'assistenza domiciliare socio-assistenziale. Lo stesso Fna prevede già un aumento del suo finanziamento di 300 milioni nel 2025 (che così raggiunge la cifra di 963,3 milioni) ma questo incremento non ha una destinazione specifica. Pertanto, non esiste alcuna garanzia specifica che venga utilizzato per il potenziamento dell'assistenza domiciliare.

Occorre quindi utilizzare il finanziamento aggiuntivo del Fna per il potenziamento del SAD attraverso l'individuazione degli obiettivi di servizio. Questo finanziamento, unitamente a quello previsto per il potenziamento delle cure domiciliari previsto dal PNRR, costituiranno una linea di finanziamento da utilizzare in modo coordinato per la nuova domiciliarità integrata sociale e sanitaria prevista dalla riforma approvata con la L. 33/2023 e non ancora sviluppata.

Questo percorso, come tutti quelli legati ai Livelli essenziali e ai relativi obiettivi di servizio, ha bisogno di un efficace sistema di monitoraggio centrale che accompagni con rigore il processo di riforma e di sviluppo dell'assistenza domiciliare socio-assistenziale e di quella

<https://www.welforum.it/servono-gli-obiettivi-di-servizio-nellassistenza-domiciliare-sociale-sad/>

I principi fondanti del Nhs e del Ssn sono ancora appropriati?

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

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

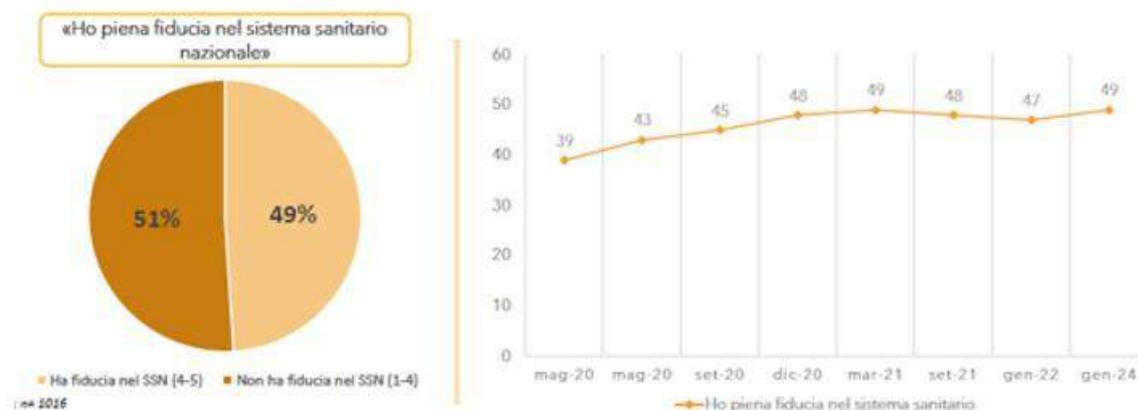
Sia il Ssn Italiano che il Nhs Inglese non sono mai stati in una crisi più profonda. Anche se i problemi sembrano insolubili crediamo che valga la pena impegnarsi e lottare per la loro premessa centrale del Ssn, ovvero offrire un servizio sanitario gratuito, universalista ed equo a tutta la popolazione

24 MAG -

In un sondaggio del BMJ nel 70° anniversario dell'NHS i lettori hanno indicato e identificato i suoi tre maggiori successi: fornire assistenza in base alle necessità e gratuitamente al momento del parto, la medicina generale come fondamento della cura del paziente e il personale che lavora per un bene comune. Oggi, ognuno di questi "valori" o "principi" è minacciato

(doi: [10.1136/bmj.k2121](https://doi.org/10.1136/bmj.k2121) doi: [10.1136/bmj.k1540](https://doi.org/10.1136/bmj.k1540)). 45

Analogamente un sondaggio svolto in Italia da Engage Minds HUB nel 2024 rileva come gli italiani siano divisi a metà nell'aver o meno fiducia nel nostro SSN con un 49% che ha ancora fiducia e il 51% che non si fida più. Questo con un trend di recupero del SSN da maggio 2020 al gennaio 2024 dal 39% al 49% (+10%).



(Fonte: Engage Minds HUB - Sanità pubblica e sanità privata a confronto, 2024)

(Fonte: Engage Minds HUB - Sanità pubblica e sanità privata a confronto, 2024] (www.engagemindshub.com)

Nel dibattito politico in entrambi i Paesi ci sono spinte potenti verso una privatizzazione dei servizi sanitari pubblici. In entrambi si osserva una deriva verso un ruolo crescente di assicurazioni e mutue. Queste spinte ormai molto forti da quasi dieci anni stanno creando un aumento delle disuguaglianze sociali e di salute.

Il Report OXFAM 2024 documenta la progressiva e costante concentrazione delle ricchezze nelle mani di una minoranza della popolazione e una "pauperizzazione" crescente della maggioranza, che viene privata non solo dei servizi del welfare in entrambi i Paesi, ma anche di diritti e tutele contrattuali nel lavoro. Stiamo assistendo al "roll back" dei sistemi sanitari italiano e inglese documentato in Italia dal rapporto del CENSIS presentato al "Welfare Day".

Una politica con orizzonte breve rifugge dalle "riforme strutturali" – perché non portano consenso subito, anzi spesso determinano conflitti con e tra le categorie interessate. I governi spesso hanno usato e usano il welfare per trovare risorse a breve per finanziare altre politiche più efficaci per guadagnare consenso e voti.

Sanità, istruzione e previdenza sono stati e sono ancora, pur con crescenti difficoltà, i pilastri della coesione sociale in entrambi i Paesi. SSN e NHS non sono perfetti e non lo saranno mai, ma questo non significa che non possano essere rilanciati, né significa che altri modelli siano migliori.

I problemi dei Sistemi Sanitari Pubblici richiedono un'azione urgente e rapida.

Nigel Crisp, e coll. ne "I principi fondanti dell'NHS sono ancora appropriati oggi e forniscono una solida base per il futuro" - BMJ 2024; 384 (doi: <https://doi.org/10.1136/bmj-2023-078903>) sostengono, e non possiamo non condividere, che "... è necessario un cambiamento radicale nel modo in cui i servizi sono progettati per fare un uso migliore delle tecnologie disponibili e per fornire più servizi nelle case e nelle comunità. Questi cambiamenti dovrebbero essere guidati dai professionisti e dalle comunità direttamente coinvolte. Possono basarsi sulla scienza biomedica e sull'istruzione professionale ... sulle competenze e sulla passione del personale del NHS e sui nuovi contributi per migliorare la salute e il benessere di tutti i settori."

Il Servizio sanitario nazionale è stato fondato sia in Inghilterra sia in Italia attraverso importanti atti di volontà politica spesso contro l'opposizione di poteri forti e interessi finanziari.

I Governi dovrebbero rilanciare i Sistemi Sanitari Pubblici con la partecipazione attiva di tutti i settori.

I Governi dovrebbero essere chiari sui problemi esistenti, sui vincoli di bilancio e finanziari, sul personale del sistema sanitario o altro, e sul tempo necessario. Sarebbe utile avere organismi "terzi" in grado di dare una valutazione indipendente e credibile sui piani e sulle politiche di rilancio dei Sistemi Sanitari Pubblici e anche per contenere – ove possibile - le pressioni politiche a breve, sempre inappropriate, e politiche inadeguate.

Le condizioni a lungo termine

Lo scenario sanitario e di salute delle popolazioni sta cambiando profondamente. Lo sviluppo delle applicazioni della genomica insieme anche a quelle dell'Intelligenza artificiale consentono lo sviluppo di una medicina personalizzata e di precisione.

Questo dovrebbe comportare un incremento dell'appropriatezza nelle cure e quindi un uso delle risorse più efficiente e equo in sistemi universalisti come quello inglese e italiano.

Dobbiamo constatare però che i modelli organizzativi e di governance maggioritari nei due sistemi sono riconducibili ancora ad un contesto di popolazione ormai superato.

Oggi abbiamo popolazioni più anziane, portatrici di malattie degenerative, croniche e poli croniche, spesso associate a fragilità e a non autosufficienza. Stiamo però ostinandoci ad usare prevalentemente modelli desueti a fronte di problemi di salute nuovi e diffusi che comportano un approccio più di assunzione di cura di una persona che di cura di una malattia.

Dalla sanità "universalista" e "equa" a

L'alternativa a un servizio "universalista" è quella di limitare i servizi a una determinata fascia di disponibilità per la totalità o parte della popolazione. È probabile che le disuguaglianze aumentino perché le persone più povere non possono pagare per servizi aggiuntivi e la qualità dei servizi e i risultati sanitari possono risentirne se vengono soddisfatte solo alcune esigenze. Un sistema "universalista", al contrario, promuove necessariamente l'innovazione nei servizi disponibili a tutti.

Riteniamo che un servizio "universalista" debba rimanere un'aspirazione vitale che costringerà costantemente i politici che pianificano e i manager delle aziende sanitarie che gestiscono a considerare il modo migliore per realizzarlo.

La fiducia e la trasparenza sono essenziali. Gli operatori sanitari, che devono prendere decisioni sulle cure, così come i pazienti, trarranno beneficio da una maggiore trasparenza nel processo decisionale.

Integrazione tra "sanità" e "sociale" ...

La più grande anomalia dei sistemi sanitari italiano e inglese è che l'assistenza sociale, da cui dipende gran parte dell'assistenza sanitaria, è di responsabilità delle autorità locali, è per lo più valutata in termini di risorse e varia enormemente da una zona all'altra dei Paesi.

La gestione condivisa della sanità e dell'assistenza sociale, offre una soluzione parziale, ma questo approccio non è diffuso. In Inghilterra e in Italia ci sono state e ci sono esperienze limitate e solo in alcune Regioni.

Allo stesso modo, la valutazione dei bisogni sanitari delle popolazioni e delle comunità è diventata più complessa e necessita del coinvolgimento di pazienti e cittadini in grado di identificare problematiche non riconosciute dai professionisti.

"Universalismo" o "ticket" ...

Un'altra alternativa potrebbe essere quella di fornire i servizi addebitando ai pazienti il costo dell'utilizzo di alcuni o di tutti i servizi attraverso ticket. Questo ci porta alla discussione sul fatto che i servizi sanitari nazionali siano gratuiti nel momento del bisogno.

Aneurin Bevan, nel suo libro "In Place of Fear", sostiene che "nessuna società può legittimamente dirsi civile se a una persona malata viene negata l'assistenza medica per mancanza di mezzi" e descrive le difficoltà che le persone incontravano senza un servizio sanitario gratuito.

L'istituzione di Servizi Sanitari Nazionali ha eliminato gli impatti economici catastrofici che la malattia spesso aveva su un individuo e sulla sua famiglia.

Al contrario, due terzi dei fallimenti negli Stati Uniti (dove i servizi sono in gran parte basati sulle assicurazioni) derivano da costi sanitari, e il debito medico colpisce un numero enorme di persone.

Recenti studi che hanno considerato questi problemi concludono che le tariffe delle prestazioni non sono un modo efficace per indirizzare le persone a utilizzare i servizi sanitari in modo più efficiente.

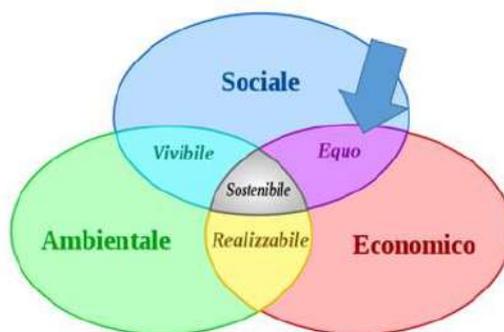
Tali oneri possono ridurre l'adesione ai farmaci essenziali e ad altre forme di trattamento, aumentare l'uso di altri servizi sanitari, portare a difficoltà finanziarie, aumentare il ricorso all'assistenza sociale e incidere negativamente sulla salute, in particolare nelle persone a basso reddito o con patologie croniche

I Servizi Sanitari Nazionali devono anche considerare l'equità

La disuguaglianza nell'accesso ai servizi e alla sanità e la capacità delle persone con redditi più elevati di esprimere bisogni, rivendicare diritti (spesso descritta come legge dell'assistenza inversa) e di optare per l'assistenza privata, lascia i più poveri nella condizione di maggiore svantaggio. Il Covid-19 ha messo in luce queste disuguaglianze.

I Servizi Sanitari Nazionali sono o almeno dovrebbero essere servizi "universalisti" con alcune limitate eccezioni, in cui le risorse sono gestite attraverso liste di attesa e altri mezzi pratici, e che l'aspirazione ad essere "universalista" deve essere mantenuta come stimolo all'innovazione e allo sviluppo.

I Servizi Sanitari Nazionali hanno un serio problema finanziario da risolvere, ma la questione centrale è un problema sanitario, che può essere affrontato solo cambiando l'approccio alla salute e all'assistenza sanitaria. Le soluzioni finanziarie devono seguire quelle sanitarie.



[Francesco di Stanislao e altri – La qualità nell'integrazione tra sanità e sociale, 2021, COM Editore, Roma]

OECD nel suo Report "Pronti per la prossima crisi?"

La stessa OECD nel suo Report "Pronti per la prossima crisi? Investire nella resilienza del sistema sanitario ..." affermava che la pandemia di COVID-19 aveva avuto enormi conseguenze per le società e i sistemi sanitari in tutta l'OCSE e oltre. I sistemi sanitari non erano stati abbastanza resilienti.

Inoltre affermava che i sistemi sanitari resilienti devono pianificare e essere pronti per gli shock, come le pandemie, le crisi economiche o gli effetti del cambiamento climatico.

Questo vuol dire essere in grado di ridurre al minimo le conseguenze negative delle crisi, recuperare il più rapidamente possibile e adattarsi per diventare più performanti e più preparati.

In media, nel 2019 il 35% della popolazione dei paesi OCSE soffriva di una malattia di lunga data o di un problema di salute. Un'elevata prevalenza di malattie croniche rende le popolazioni meno resilienti e aumenta la mortalità per COVID-19. Eppure i sistemi sanitari dell'OCSE hanno speso meno del 3% della spesa sanitaria totale per la prevenzione.

Il Segretario Generale dell'OCSE Mathias Cormann affermava che "Promuovere la salute della popolazione, la conservazione della forza lavoro sanitaria e sociale, la raccolta e l'uso dei dati, la cooperazione internazionale, la resilienza della catena di approvvigionamento, la governance e la fiducia possono aiutare a migliorare l'accesso ai servizi sanitari, alla salute e al benessere e la piena partecipazione alla società".

Sempre per l'OECD quali opzioni rimangono aperte ai Governi per finanziare la spesa sanitaria futura?

- Aumentare la spesa sanitaria senza modificare le altre spese statali, in modo che la spesa pubblica complessiva aumenti
- Mantenere costante la spesa pubblica complessiva, ma aumentare l'allocazione alla sanità all'interno dei bilanci statali
- Rivalutare i confini tra spesa pubblica e privata
- Realizzare guadagni di efficienza tagliando gli sprechi di spesa

Sembra l'identikit di sistemi sanitari pubblici ...

Politiche di salute e salute in tutte le politiche

Serve pertanto la creazione di politiche di salute e benessere intergovernative e intersettoriali in cui il benessere sia, come descritto dall'Organizzazione Mondiale della Sanità, "uno stato d'animo" che comprende "la qualità della vita e la capacità delle persone e delle società di contribuire al mondo con un senso di significato e di scopo."

Lo stesso approccio "One Health" ... "è un approccio integrato e unificante che mira ad equilibrare e ottimizzare in modo sostenibile la salute di persone, animali ed ecosistemi. Riconosce che la salute dell'uomo, degli animali domestici e selvatici, delle piante e dell'ambiente in generale (ecosistemi inclusi) sono strettamente collegati e interdipendenti." (One Health High-Level Expert Panel (OHHLEP). Annual Report 2021)

Questa prospettiva richiede, quindi, lo sviluppo di politiche “integrate” e l’introduzione di una “visione” dell’approccio “salute per tutte le politiche”, sperimentato per la prima volta in altri Paesi, e che ponga nuova enfasi sull’importanza delle comunità, delle strutture sociali, del benessere e della creazione di salute. Questo si dovrebbe sostanziare in:

1. Rafforzare il ruolo di tutte le componenti della società – Governo, famiglie, imprese, comunità, scuole e altro – nel promuovere la salute e il benessere, proteggere il pubblico e prevenire le malattie.
2. Comprendere che la salute di un individuo è intimamente legata alla salute della sua famiglia, della comunità, alla salute della società nel suo insieme e introdurre misure per promuovere la salute e il benessere a tutti questi livelli.
3. Riconoscere l’importanza di promuovere e creare salute e benessere, nonché di affrontare le cause delle malattie e di prevenire malattie e infortuni. La salute non è semplicemente l’assenza di malattie. I fattori che promuovono la salute includono una rete sociale, un significato e uno scopo nella vita, un maggiore grado di autonomia e l’accesso alla natura e agli spazi verdi, nonché fattori più familiari come l’esercizio fisico, una buona dieta e buone condizioni di lavoro e di vita.
4. Considerare il miglioramento della salute e del benessere come un contributo positivo all’economia del Paese e non, come troppo spesso accade, un “costo”. Ciò implica il riconoscimento che lo sviluppo umano e il “capitale umano” sono fondamentali per il benessere e la prosperità di un Paese.

Sistemi sanitari nazionali e comunità.

Anche i pazienti e i cittadini in genere possono avere un ruolo importante nel migliorare e creare salute e possono dare un contributo importante al futuro successo dei Servizi Sanitari Nazionali. Le organizzazioni all’interno delle comunità locali e in ogni settore stanno già affrontando alcuni dei problemi sanitari più difficili e creando salute per sé stessi e per gli altri, con o senza l’assistenza dei Sistemi Sanitari e degli operatori sanitari. Sarebbe, quindi, auspicabile che i Governi sviluppino le modalità migliori per collegare i pazienti, il pubblico e i gruppi della comunità con i Servizi Sanitari Nazionali, in particolare a livello locale.

In questa prospettiva i Servizi Sanitari Nazionali potrebbero utilmente svolgere i seguenti ruoli:

- Porre le risorse e gli sforzi della comunità al centro della creazione di salute e della gestione delle condizioni a lungo termine.
- Riconoscere che le misure che rafforzano il legame con la comunità, l’attività del settore del volontariato, la voce dei cittadini e la democrazia sanitaria rafforzano la capacità dei Servizi Sanitari Nazionali di svolgere adeguatamente il proprio lavoro e di creare le condizioni affinché le persone siano in buona salute.
- Imparare dal miglioramento della salute della comunità in ambienti in cui le risorse sono più limitate: concentrarsi sull’essenziale, guardare a monte, specializzarsi sull’inclusione e difendere i diritti.

Questo approccio aiuterà a ricostruire la fiducia nei Servizi Sanitari Nazionali. Si tratta di sviluppare cambiamenti comportamentali e nuovi approcci come le assemblee dei cittadini, dove i pazienti e il pubblico possono impegnarsi meglio nella governance e nel processo decisionale, insieme ad altre parti interessate.

I servizi e i pianificatori locali devono pensare a come i pazienti, il pubblico e i gruppi comunitari possano essere collegati a livello più locale e sentirsi parte degli sforzi per prendersi cura di sé stessi, dei loro concittadini e delle comunità.

In Italia si tratta di implementare concretamente quanto previsto come “incipit” programmatori dai DM 71 e DM 77, dando centralità alle “comunità” e all’integrazione nelle filiere assistenziali di tutti i soggetti presenti “pubblici”, privati “accreditati”, “classificati”, Terzo Settore e Cooperazione sociale.

Sia in Italia che in Inghilterra parte della perdita di fiducia nei servizi sanitari nazionali riguarda il ruolo della politica nella loro gestione. Questo è il motivo per cui sarebbe necessario un metodo per il controllo indipendente dei piani e delle politiche.

Punti chiave

Data l’estrema gravità della situazione e le lezioni apprese, i Governi in carica devono considerare un’emergenza la situazione dei servizi sanitari e sociali del loro Paese invitando tutte le parti interessate a contribuire a migliorare la salute, l’assistenza e il benessere.

Ogni Governo dovrebbe rilanciare il proprio Servizio Sanitario Nazionale con la partecipazione attiva delle comunità, dei datori di lavoro, delle imprese, dei fornitori di alloggi, delle autorità locali, dei produttori alimentari, delle scuole e del pubblico, nonché dei pazienti, degli operatori sanitari e assistenziali, degli assistenti sanitari e di altri soggetti coinvolti nel prevenire le malattie, fornire assistenza e creare salute.

Quanto sopra dovrebbe essere sviluppato con un approccio consequenziale e con forte impegno solidale verso le comunità.

Tornano così di attualità le Raccomandazioni della “The Lancet Commission” sui sistemi sanitari:

1. Gli accordi di finanziamento incentrati sulle persone per l’assistenza sanitaria dovrebbero disporre di risorse pubbliche che coprano la maggior parte del finanziamento dell’assistenza sanitaria primaria; i fondi riuniti dovrebbero coprire i costi dei servizi, consentendo a tutte le persone di riceverli gratuitamente al punto di utilizzo;

2. Spendere di più e spendere meglio per l'assistenza sanitaria richiede un approccio globale che coinvolga tutti i ministeri il cui mandato interagisce con la salute e richiede il sostegno della società civile.
3. Ogni paese dovrebbe tracciare un percorso strategico verso il finanziamento incentrato sulle persone in modo che le strategie tecniche siano sostenute fin dall'inizio dall'analisi dell'economia politica.
4. Le agenzie tecniche globali dovrebbero riformare il modo in cui i dati sulla spesa sanitaria vengono raccolti, classificati e riportati per consentire analisi longitudinali e tra paesi del raggiungimento degli obiettivi chiave di finanziamento dell'assistenza sanitaria primaria.
5. I ricercatori accademici, gli esperti tecnici e i responsabili politici, tra gli altri, dovrebbero perseguire un solido programma di ricerca sugli accordi di finanziamento che pongano le persone al centro per sostenere il raggiungimento dei principali obiettivi di finanziamento dell'assistenza sanitaria.



https://www.quotidianosanita.it/studi-e-analisi/articolo.php?articolo_id=122385



Le reti cliniche ieri, oggi e domani

Maurizio Dal Maso, Healthability Società Benefit, Firenze

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

Da dove cominciare, però, visto che ci servirebbe un "grande progetto", come scriveva S. Harari il 29 dicembre 2023 sul Corriere della Sera e, francamente, non sembra di vedere all'orizzonte dei grandi "project managers" capaci di governare a tutti i livelli istituzionali e professionali la riforma del SSN/SSR.

Da dove potremmo partire avendo "le persone giuste al posto giusto"?

Come in tutti i progetti bisognerebbe seguire tre passi fondamentali:

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

Alla prima domanda ci troveremmo subito in difficoltà. Eppure da questi primi 46 anni di SSN/SSR dovremmo avere ricavato tutti gli elementi di conoscenza necessari per realizzare questo progetto. Facciamo alcune considerazioni sulle reti cliniche e la collocazione dei diversi attori del sistema al loro interno, dato che questo potrebbe essere un modo corretto e coerente per rispondere alla prima strategica domanda e provare a superare la difficile situazione in cui ci troviamo oggi.

L'OMS nel 1998 definiva la rete come "un raggruppamento di individui, organizzazioni o agenzie organizzate su base non-gerarchica intorno a problemi o obiettivi comuni, alimentate in modo proattivo e fondate su impegno e fiducia". Nel 2000 il NHS definiva le reti cliniche quelle costituite da "gruppi di professionisti collegati, provenienti da cure primarie, secondarie e terziarie, che lavorano in modo coordinato, non vincolati dai confini professionali e/o organizzativi esistenti, per garantire la fornitura equa di servizi efficaci e di alta qualità". Nel Piano sanitario nazionale 2011-2013 le reti cliniche sono considerate funzionali al miglioramento dell'efficacia ed efficienza del sistema di cura perché consentono di erogare cure integrate e continue in termini di azioni clinico-assistenziali multidisciplinari e multiprofessionali, facilitano la condivisione di good e best practice e la maggiore equità di accesso ai servizi per favorire il reale diritto alla salute e la centralizzazione dei pazienti nei percorsi di cura con l'uso ottimale di tutte le risorse, permettono lo sviluppo di economie di scopo e di scala, facilitano la condivisione dei costi assistenziali e anche di quelli di ricerca e sviluppo, favoriscono una maggiore circolazione delle informazioni e della comunicazione interprofessionale, con conseguente accelerazione dei processi di diffusione della innovazione. Ne deriva che costruire reti cliniche è uno dei modi principali per fare contestualmente "Clinical Governance e Integrazione", i due asset principali di sviluppo, grazie ai quali le questioni della continuità delle cure, della presa in carico completa di "quello specifico paziente" per determinate aree di bisogno/domanda sono condivise tra il livello politico-istituzionale, quello aziendale e quello tecnico-professionale. Nell'ottica aziendale la realizzazione delle reti si colloca nella dimensione della programmazione (gestione, attività, riprogrammazione) e riconosciamo reti di tipo verticale, orizzontale e quelle dei servizi. Le prime nascono e si sviluppano in un contesto di forte integrazione istituzionale che pone al centro il risultato di salute come valore atteso per il singolo o per una comunità, sono strutturate in maniera trasversale rispetto ai PDTA (Percorsi Diagnostico Terapeutici Assistenziali) patologie, discipline collegate a specifici stati di bisogno ad es. reti tempo dipendenti, riabilitative o simili. Le seconde sono quelle che pongono al centro il problema di salute del cittadino e i relativi esiti di cura, attraverso risposte qualificate in percorsi assistenziali il cui fattore guida è rappresentato dalla integrazione professionale di attori diversi del sistema di cura all'interno di teams multidisciplinari e multiprofessionali ad es. le reti oncologiche, dell'IMA, cardiologica e altre. Infine troviamo le reti dei servizi ad es. dei centri trasfusionali, dei laboratori, dei trapianti, delle anatomie patologiche. Il modello di rete clinico-assistenziale (RCA), previsto dal DM 70/2015 aveva come obiettivo quello di assicurare che la presa in carico globale del paziente avvenisse in condizioni che definisco "dei 4 assi" ovvero appropriatezza, sostenibilità, sistema e innovazione. Considerava la RCA lo strumento principale per migliorare la qualità dell'assistenza socio-sanitaria, la collaborazione fra tutti i professionisti, la presa in carico completa e non parziale o, peggio, solo formale, la risposta migliore nei confronti dei loro diversi e sempre più integrati bisogni sanitari e sociali al punto che spesso è difficile capire quali sono e dove finiscono quelli sanitari o quelli sociali visto il loro complesso livello di integrazione. Negli anni abbiamo sviluppato le loro caratteristiche essenziali quali l'integrazione e il coordinamento, la definizione di nodi e connessioni, il sistema di governance, la validazione dei piani di rete, il sistema di monitoraggio e valutazione e l'ottimizzazione delle risorse. Abbiamo poi definito le reti cliniche ospedaliere spinti dalla considerazione che l'invecchiamento della popolazione e il quadro epidemiologico dominato da malattie cronico-degenerative richiedessero una riorganizzazione pesante dei processi di cura con una completa integrazione clinica tra ospedali e la rete dei servizi territoriali attraverso l'adozione di linee guida per la gestione dei diversi PDTA, ma non solo. Le reti cliniche ospedaliere riconoscono due modelli organizzativi di cui il primo, modelli "in rete", ha valenza clinico-scientifica e si può concretizzare a livello dipartimentale o di una specifica area clinica, mentre il modello "a rete" prevede due sub-modelli: quello hub-spoke e quello poli-antenne (F. Lega, 2003). Il primo si fonda sulla differenziazione degli ospedali in base al loro case-mix: hub è il perno del sistema che tratta, avendone tutte le risorse necessarie, la casistica di media-alta complessità, mentre spoke rappresenta le strutture che effettuano trattamenti di medio-bassa complessità in setting assistenziali diversi. Il secondo modello si costituisce in base alla ricerca della complementarietà tra vocazioni specialistiche dove i poli sono i centri ospedalieri che si specializzano in determinate discipline e sono il perno del sistema per quella specialità, mentre le antenne svolgono la funzione di primo accesso, diagnosi e trattamento di bassa complessità per le discipline trattate dai poli. Definiti i modelli di rete che potremmo creare, bisogna passare alla loro realizzazione quindi ad una serie di azioni che nel 2012 una pubblicazione della Fiaso, coordinata dalla SDA Bocconi, riassumeva nel decalogo della Tabella 1, indagine che aveva interessato lo sviluppo di 88 reti cliniche allora censite nelle 12 Regioni analizzate (al 2022 ne registriamo in Italia circa 220).

Tab. 1 – DIECI PUNTI PER LA REALIZZAZIONE DELLE RETI CLINICHE NEL SSN/SSR

I	Coinvolgere la componente professionale nella progettazione e definire chiaramente il suo esatto posizionamento nell'intero sistema – revisione dell'esistente e ideazione condivisa e ufficializzazione dei (nuovi) PDTA e non solo quelli
----------	--

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

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

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

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

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

Tab. 2 – SISTEMA DI VALUTAZIONE PER I PRINCIPALI STAKEHOLDER DELLE RETI CLINICHE	
Pazienti Utenti /	Standard di percorso: rispetto degli standard previsti come azioni, tempi, priorità, ... Equità in accesso: uguale offerta senza distinzioni geografiche, sociali, culturali, ... Continuità di cura e presa in carico effettiva: unico interlocutore come referente dell’intero ciclo di trattamento, ... Informazione e comunicazione: conoscenza e coinvolgimento attivo nelle varie fasi o luoghi di cura Attenzione al paziente: coinvolgimento e sua partecipazione attiva alle scelte terapeutiche, ... Riduzione costi anche sociali per la famiglia: minori costi diretti ed indiretti sopportati.

Istituzioni	<i>Qualità ed appropriatezza dei servizi: supporto EBM scelte terapeutiche, volumi minimi per garantire casistica adeguata, percentuale di pazienti trattati all'interno dei vari PDTA, ... Recupero di efficienza: offerta adeguata alla domanda, ottimizzazione dell'uso di tutte le risorse, riduzione costi generali, ... Attività delle strutture: potere di attrazione attiva e riduzione di quella passiva, ... Integrazione Territorio-Ospedale-Territorio: integrazione dei diversi livelli di cura, previsione sedi di erogazione, scambio di conoscenze fra i professionisti coinvolti, ... Integrazione assistenziale sanitaria e socio-sanitaria: coinvolgimento e verifica della effettiva operatività di figure professionali diverse, in sede diverse di istituzioni diverse, ... Appropriata uso risorse: verifica su dati aggregati di spesa divisi per paziente, percorso, struttura, unità organizzativa, ... Rapporto con gli utenti: coinvolgimento loro rappresentanti nelle sedi di governance della rete....</i>
Professionisti	<i>Sviluppo delle conoscenze: preparazioni nuove linee guida, protocolli di cura, ... Trasferimento delle conoscenze e formazione: nuove conoscenze, competenze, capacità, comportamenti, abilità, ruoli, funzioni, diversi sistemi di sviluppo formativo.. Incremento attività di didattica e ricerca: nuove conoscenze, nuovi sistemi di valutazione della rete stessa, nuove evidenze,.. Accesso ad innovazioni tecnologiche: nuovi modelli di cura e sviluppo di nuovi rapporti multidisciplinari e multiprofessionali, ... Integrazioni professionale: sviluppo team clinici, uso di second opinion, ... Sviluppo comunità professionali: possibilità di partecipare a tavoli di programmazione, aziendali, interaziendali, regionali, nazionali e in generale riconoscimento nelle diverse comunità professionali che compongono la rete, ...</i>

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

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

Questi sono anche i motivi per cui diventa importante misurare, a distanza di anni dalla loro implementazione, l'efficienza anche economica delle RCA nel nostro SSN/SSR rispetto ai modelli di cura abituali. In questa area di ricerca la bibliografia non presenta dati divergenti per cui si può concludere che i percorsi di cura sono da adottare perché riducono gli errori di sistema, migliorano la qualità dell'assistenza e riducono, contestualmente, i costi generali.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Questi studi permettono di fare alcune considerazioni circa la necessità di ridefinire i budget delle strutture secondo percorsi di cura, non limitandosi solo a retribuire le singole prestazioni erogate, creando bilanci unici e integrati di cura e LTC, unificando regole, procedure e, magari, arrivando ad usare una cartella clinica digitale unica per ogni paziente. (<https://www.quotidianosanita.it/allegati/allegato1694596546.pdf>)

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

Poiché gli ospedali si dovranno concentrare sempre più sull'assistenza basata sul valore (high cost, high tech, high performance) e non potranno continuare a vicariare altri setting assistenziali, è probabile che gli incentivi continuino a crescere per i cambiamenti gestionali fatti per migliorare il flusso di pazienti attraverso tutte le strutture sanitarie "in rete".

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

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

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

Questi cambiamenti saranno necessari e inevitabili e gli strumenti per realizzarli sono già oggi presenti e sono quelli tecnici (pianificazione, programmazione e controllo) ma anche, e soprattutto, quelli "non tecnici" ovvero le "soft skills".

Il loro uso sapiente e integrato permetterebbe in poco tempo di fare quello che non abbiamo fatto negli ultimi decenni e riconoscere il punto fondamentale, e vincente, delle reti cliniche, ovvero quello di essere "reti di persone".

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

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

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

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

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

Le reti cliniche sono dunque uno strumento vincente per fare davvero Clinical governance & Integrazione nel SSN/SSR a patto di usare nella loro costruzione, o manutenzione, 3 fattori essenziali: i dati, "senza dati sei una persona con un

opinione”, come scriveva W.E. Deming; i leader ovvero coloro che sanno fare le cose giuste non semplicemente farle bene e le azioni perché per il nostro SSN/SSR è finito il tempo delle parole, ora dobbiamo agire.
maurizio.dalmaso@gmail.com

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

quotidianosanita.it

Monitoraggio Pnrr al 31 dicembre 2023: le criticità che persistono

Giorgio Banchieri, Segretario Nazionale ASQUAS, Docente Dipartimento di Scienze Sociali ed Economiche della Università “Sapienza” di Roma.

Risultano ancora rilevanti carenze in termini di disponibilità di informazioni. Per questo riteniamo doveroso ribadire la necessità che siano messi a disposizione dei cittadini e degli analisti dati chiari, realistici e aggiornati. Non solo sul livello di spesa per gli investimenti nel loro complesso, ma anche per i singoli progetti finanziati.

17 MAG -

Premessa: la coerenza dei dati

Sul tema del monitoraggio della attuazione del PNRR già abbiamo scritto “Quotidiano sanità” alcuni articoli in sequenza man mano che venivano pubblicati dalle fonti istituzionali i dati in divenire della messa a terra del PNRR nel nostro Paese. Nel primo articolo del 7.12.2022 pubblicato su Quotidiano sanità [“Sanità pubblica, Pandemia e PNRR: le criticità esistenti”](#) affermavamo che qualunque policy attivabile a livello nazionale e/o regionale comportava una necessaria “visione” sistemica e doveva riguardare i SSR nella loro totalità: ospedali, territori, cure primarie

Il PNRR era ed è un’irrepetibile occasione di rinnovamento e qualificazione della sanità nel nostro Paese a condizione che vi sia una volontà politica di ridare centralità alla sanità pubblica come riferimento per la gestione dei servizi a fronte di una analisi continuativa dei bisogni di salute della popolazione. Per altro il PNRR necessitava di un monitoraggio condiviso tra stakeholder istituzionali e società civile. Bisognava evitare assolutamente che gli investimenti previsti venissero poi gestiti da soggetti privati profit in una logica di accentuazione delle disuguaglianze sociali e di salute nel Paese.

Si sono attivate diverse reti associative, Fondazioni e Istituti di Ricerca e il loro coordinamento è sicuramente un utile contributo per dare trasparenza alla gestione del PNRR stesso. Per altro il tema salute richiederebbe policy integrate su ambiente, lavoro, imprese, servizi, clima, agricoltura e ambiente in una logica di “One-Health” ormai considerata imprescindibile.

Nel secondo articolo del 15.03.2023, intitolato [“PNRR. I conti non tornano...”](#) rimarcavamo che in permanenza della pandemia da SARS-COV-2 il perseguimento dei tre principi fondamentali del nostro SSN (universalità, uguaglianza ed equità) richiedeva un cambio storico di prospettiva, passando da sistemi sanitari progettati intorno alle malattie e alle istituzioni verso sistemi sanitari vicini alla “persona” e alle “comunità”.

Nel PNRR si assumeva e si assume, anche dopo la sua ridefinizione da parte dell’attuale Governo, l’obiettivo di potenziare i servizi assistenziali territoriali per consentire l’effettiva applicazione dei Livelli Essenziali di Assistenza, e forse in futuro anche i LEPS, riducendo le disuguaglianze, e contestualmente costruendo un modello di erogazione dei servizi condiviso ed omogeneo sul territorio nazionale.

Per erogare servizi universalmente accessibili, integrati, centrati sulla “persona” il SSN dovrà perseguire la pianificazione, il rafforzamento e la valorizzazione dei servizi territoriali tramite lo sviluppo di strutture di prossimità, il potenziamento delle cure domiciliari e l’integrazione tra assistenza sanitaria e sociale, che promuovendo lo sviluppo di équipe multidisciplinari.

Da quanto disponibile in quel momento emergeva che i flussi dati, i flussi dei dati (generati dall’ Ufficio Studi Camera dei Deputati, «Case della salute ed Ospedali di comunità: i presidi delle cure intermedie. Mappatura sul territorio e normativa nazionale e regionale», 1 marzo 2021, dati 2020; dal PNRR, Piano Nazionale di Rinascita e Resilienza, 2012 e dal monitoraggio del PNRR, AGENAS 2023) erano incoerenti e non corrispondevano alle realtà regionali. Avevamo, quindi, un problema di flussi informativi da consolidare e validare. Avevamo, quindi, un problema di flussi informativi da consolidare e validare.

Siamo consapevoli che un conto è definire obiettivi “teorici”, applicando gli standard del DM77, e un conto quanto poi emerge dalla concertazione con le Regioni, ma non corrispondono i dati con il censimento svolto su base regionale dall’ Ufficio Studi della Camera dei Deputati/Conferenza Stato/Regioni/PPAA. Nel 2021, abbiamo un bel problema.

Nel terzo articolo del 20.09.2023, intitolato [“Monitoraggio PNRR. I conti continuano a non tornare/2”](#) (Quotidiano Sanità) si ribadiva che il confronto dei flussi di dati provenienti da diverse fonti istituzionali sull’attuazione di Case e Ospedali di

Comunità e delle Centrali Operative Territoriali evidenziavano che continuavano ad avere un problema di loro consolidamento e validazione. Le diverse "Italie" che emergevano ed emergano dal monitoraggio dei LEA, dalla verifica dell'andamento del PIL, dai dati sulla mobilità passiva sanitaria ... si riproponevano alla nostra osservazione ... Complessivamente la percentuale media di realizzazione degli obiettivi del PNRR arrivava al 14,39%. Eravamo oggettivamente ancora indietro rispetto ai tempi previsti nel PNRR stesso. Il 2026 si avvicina ... speriamo in una fattiva ripresa di operatività da parte delle Regioni e delle ASL.

Monitoraggio e trasparenza

Dopo mesi di appelli alla trasparenza, finalmente le Istituzioni hanno pubblicato il Rapporto sui livelli di spesa delle Missioni del PNRR al 31.12.2023 da parte della Corte dei Conti. Negli scorsi mesi ci eravamo associati alle denunce delle **gravi carenze informative** in merito allo stato di avanzamento dei progetti finanziati dal **Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza** (PNRR).

Con la successiva pubblicazione della [Quarta Relazione](#) al Parlamento sull'attuazione del PNRR, il Governo ha finalmente provveduto a fornire qualche aggiornamento su questo fronte.

Tuttavia il quadro risulta ancora incompleto.

Allo stato attuale infatti sono disponibili dati sul livello di spesa **aggiornati al 31 dicembre 2023**. Informazioni che peraltro nella maggior parte dei casi non tengono conto della revisione del PNRR.

Il Governo ha poi anche sottolineato come i dati presentati nel documento emesso potrebbero risultare falsati dalla **scarsa puntualità con cui i soggetti coinvolti nella realizzazione dei vari interventi rendicontano** le uscite sostenute. Questo rende complesso fare delle valutazioni accurate sul reale stato di avanzamento del Piano.

I dati sulle uscite delle amministrazioni titolari

Il dato macro più significativo è che ad oggi le amministrazioni titolari devono ancora spendere €. 151,4 miliardi di fondi alla luce della revisione del PNRR. Si tratta di un dato che deve essere preso con le dovute cautele, ma che è comunque è molto preoccupante considerando che il nuovo Piano prevede un importo totale di 194,4 miliardi.

Questo significa che il **78% circa** delle risorse assegnate deve ancora essere speso.

Alla luce di questi elementi, risultano ancora **rilevanti carenze in termini di disponibilità di informazioni**. Per questo riteniamo doveroso ribadire la necessità che siano messi a disposizione dei cittadini e degli analisti dati chiari, realistici e aggiornati. Non solo sul livello di spesa per gli investimenti nel loro complesso, ma anche per i singoli progetti finanziati.

Come già anticipato nell'introduzione, attualmente non abbiamo a disposizione dati puntuali sullo stato di avanzamento e sulla spesa effettuata per ogni progetto finanziato con il PNRR. La relazione del Governo però fornisce alcuni elementi sui fondi già erogati da ogni amministrazione titolare e anche per le singole misure.

Ovviamente queste informazioni devono essere valutate con cautela dato che risalgono al 31 dicembre 2023. Inoltre, salvo poche eccezioni, **non tengono conto della revisione del PNRR**.

Lo stesso Governo per altro ammette che **le informazioni fornite** potrebbero essere sottostimate.

Questo perché molti soggetti attuatori coinvolti nella realizzazione dei vari interventi non avrebbero aggiornato con puntualità i dati sul **ReGis**, che è la piattaforma dedicata alla rendicontazione degli interventi finanziati con i fondi del PNRR. C'è almeno una dichiarata volontà di correzione: per il primo trimestre del 2024 viene affermato che saranno intraprese azioni per rafforzare l'obbligo per le amministrazioni di aggiornare tempestivamente le informazioni rilevanti.

Quarta Relazione del Governo al Parlamento sullo stato di attuazione del PNRR, 22 febbraio 2024.

Fatte queste premesse - in base ad un lavoro autonomo di verifica del Rapporto della Corte dei Conti svolto e pubblicato su Openpolis - possiamo osservare che, sommando la spesa sostenuta dalle diverse amministrazioni titolari, al 31 dicembre 2023 risultavano già erogati circa **43 miliardi di euro**. Questo significa che **rimangono da spendere nei prossimi 3 anni 151,4 miliardi di Euro**, più del triplo di quanto fatto finora.

Tra i Ministeri che, in valori assoluti, hanno già erogato più fondi troviamo quello dell'**Ambiente e della Sicurezza Energetica** con 14 miliardi di euro. Seguono il Ministero delle **Imprese** (13,8 miliardi), quello delle **Infrastrutture** (6,1 miliardi) e quello dell'**Istruzione** (circa 3 miliardi di fondi già erogati).

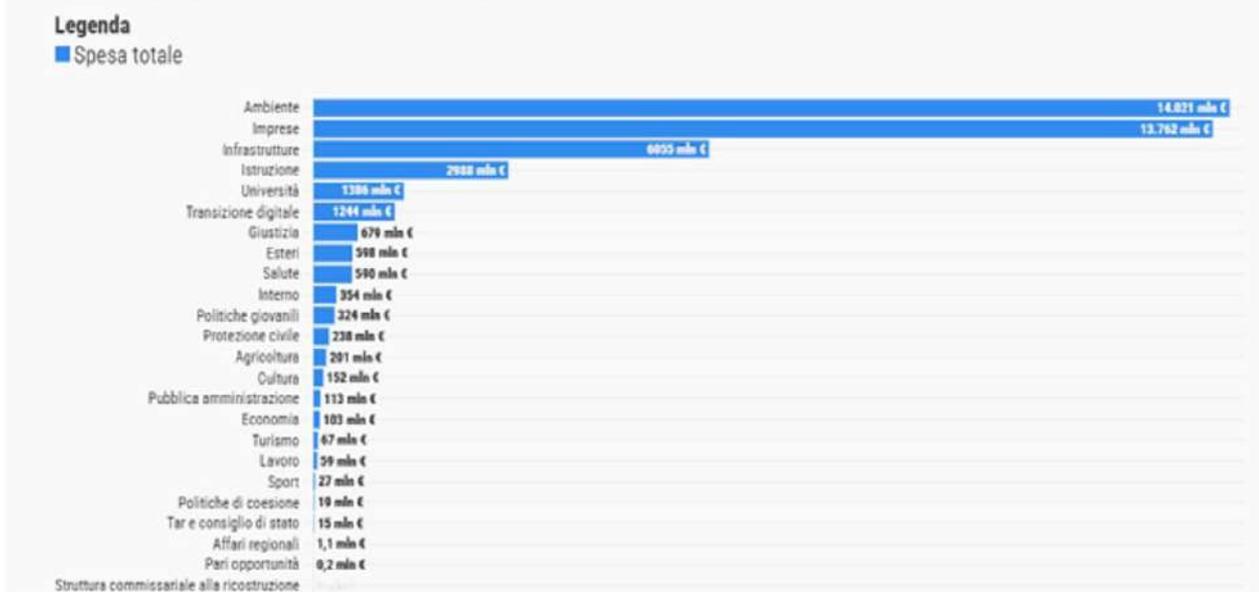
Logicamente, non è stato ancora speso nessun ammontare dalla **struttura commissariale** per la ricostruzione post alluvione che ha colpito il Centro Italia nel maggio 2023. Ciò perché i fondi PNRR sono stati attribuiti a questo soggetto solo in seguito alla revisione del Piano. I dati relativi alla spesa dei Ministeri delle Infrastrutture e dei Trasporti, dell'Interno e delle Politiche di Coesione tengono già conto della rimodulazione del PNRR. Non è così in tutti gli altri casi.

I fondi del PNRR già spesi e quelli ancora da spendere suddivisi per amministrazione titolare

Incrociando i dati sulla spesa sostenuta finora con i nuovi importi assegnati a ogni amministrazione titolare alla luce della revisione del PNRR, a livello percentuale possiamo osservare che ci sono ben **12 strutture che devono ancora erogare più del 90%** delle risorse.

Sono i Ministeri del Lavoro, degli Affari Regionali, delle Pari Opportunità e Famiglia, del Turismo, dell'Agricoltura, della Cultura, **della Salute**, dello Sport, delle Politiche di Coesione, della Pubblica Amministrazione e dell'Interno.

I Fondi PNRR già spesi o ancora da spendere per amministrazione titolare:



FONTE: Elaborazione Openpolis su dati quarta relazione del governo per il parlamento sullo stato di attuazione del PNRR (ultimo aggiornamento: domenica 31 Dicembre 2023)

In valori assoluti invece è il **Ministero delle Infrastrutture** il soggetto più indietro con oltre **33,8 miliardi di euro ancora da spendere**. Questo, almeno in parte, può essere spiegato con il fatto che molti dei cantieri relativi a grandi opere non sono ancora partiti o risultano comunque nelle loro prime fasi.

Senza dimenticare ovviamente che questo Ministero è anche quello a cui è attribuita la quota più alta di fondi. Tra i Ministeri con le uscite ancora da effettuare più consistenti troviamo quelli dell'**Ambiente** (19,7 miliardi), delle **Imprese** (15,1 miliardi), della **Salute** (15 miliardi) e dell'**Istruzione** (14 miliardi). Il Ministero della Salute è il 9° come capacità di attivazione dei progetti relativi alle Misure del PNRR di sua pertinenza. Non è solo sua responsabilità, ma anche molto delle Regioni.

Livelli di spesa per singola Misura del PNRR relative a Sanità e Politiche Sociali.

Analizzando i dati sui tabulati della Relazione della Corte dei Conti abbiamo una fotografia al 31.12.2023 per singola iniziativa contenuta nel PNRR. Abbiamo stralciato ed evidenziato quelle relative al Ministero della Sanità e quelle relative al Ministero del Lavoro e delle Politiche sociali con valenza socio-sanitaria e abbiamo i seguenti prospetti:

Ministero della Salute

Nome iniziativa	Amministrazioni	Risorse assegnate	Spesa Sostenuta	% spesa	Tipologia modifica
Rafforzamento dell'infrastruttura tecnologica e degli strumenti per la raccolta, l'elaborazione, l'analisi dei dati e la simulazione (Potenziamento, modello predittivo, SDK ...)	Ministero della Salute	€ 292.550.000,00	€ 37.234.018,00	12,73%	Invariata
Verso un ospedale sicuro e sostenibile	Ministero della Salute	€ 888.851.084,00	€ 89.649.686,00	10,09%	Modificata
Ammodernamento del parco tecnologico e digitale ospedaliero (grandi apparecchiature)	Ministero della Salute	€ 1.189.155.000,00	€ 115.202.906,00	9,69%	Invariata

Rafforzamento dell'infrastruttura tecnologica e degli strumenti per la raccolta, l'elaborazione, l'analisi dei dati e la simulazione (FSE)	Ministero della Salute	€ 1.379.990.000,00	€ 89.390.522,00	6,48%	Invariata
Telemedicina per un migliore supporto ai pazienti cronici	Ministero della Salute	€ 1.500.000.000,00	€ 58.070.347,00	3,87%	Invariata
Telemedicina per un migliore supporto ai pazienti cronici	Ministero della Salute	€ 1.500.000.000,00	€ 58.070.347,00	3,87%	Invariata
Care della Comunità e presa in carico della persona	Ministero della Salute	€ 2.000.000.000,00	€ 74.994.049,00	3,75%	Modificata
Implementazione delle Centrali operative territoriali (COT)	Ministero della Salute	€ 280.000.000,00	€ 10.703.944,00	3,82%	Invariata
Ammodernamento del parco tecnologico e digitale ospedaliero (Digitalizzazione)	Ministero della Salute	€ 2.863.255.000,00	€ 85.037.996,00	2,97%	Invariata
Rafforzamento dell'assistenza sanitaria intermedia e delle sue strutture (Ospedali di Comunità)	Ministero della Salute	€ 1.000.000.000,00	€ 27.278.012,00	2,73%	Modificata
Rafforzamento e potenziamento della ricerca biomedica del SSN	Ministero della Salute	€ 524.140.000,00	€ 2.092.304,00	0,40%	Invariata
Sviluppo delle competenze tecniche-professionali, digitali e manageriali del personale del sistema sanitario. Sub-misura: borse aggiuntive in formazione di medicina generale	Ministero della Salute	€ 101.973.006,00	€ 245.604,00	0,24%	Invariata
Sviluppo delle competenze tecniche-professionali, digitali e manageriali del personale del sistema sanitario. Sub-misura: corso di formazione in infezioni ospedaliere	Ministero della Salute	€ 80.026.994,00	€ 74.606,00	0,09%	Invariata

Fonte: Elaborazione Openpolis su dati Quarta Relazione del Governo per il Parlamento sullo stato di attuazione del PNRR (ultimo aggiornamento: 31 Dicembre 2023)

In ambito sanitario abbiamo un livello di realizzazione degli obiettivi previsti mediamente intorno al 4% con solo alcune punte relative a:

- "Rafforzamento delle struttura tecnologica e degli strumenti della raccolta, elaborazione e analisi dei dati e la simulazione ..." che è al 12,73% dell'obiettivo previsto;
- "Verso un ospedale sicuro e sostenibile" che è al 10,0% dell'obiettivo previsto;
- "Ammodernamento del parco tecnologico e digitale ospedaliero" che è al 9,9% del totale;
- "Fascicolo Sanitario Elettronico" che è al 6,48% del totale,

tutte le altre azioni previste sono sotto il 4,0% dei loro totali di spesa previsti.

Relativamente ai nuovi modelli operativi della medicina territoriale abbiamo:

- Per le Case di Comunità una spesa del 3,75% del totale;
- Per gli Ospedali di Comunità siamo al 2,73% del totale;
- Per le COT, centrali Operative Territoriali al 3,82% del totale;

Praticamente siamo quasi al palo di partenza ...

Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali

Nome Iniziativa	Amministrazioni	Risorse assegnate	Spesa Sostenuta	% spesa	Tipologia modifica
Intervento 1) Azioni volte a sostenere le capacità genitoriali e prevenire la vulnerabilità delle famiglie e dei bambini	Ministero del Lavoro e Politiche Sociali	€ 84.600.000,00	€ 749.108,00	0,89%	Modificata
Percorsi di autonomia per persone con disabilità	Ministero del Lavoro e Politiche Sociali	€ 500.000.000,00	€ 2.231.823,00	0,45%	Invariata
Intervento 3) Rafforzare i servizi sociali domiciliari per garantire una dimissione assistita precoce e prevenire il ricovero in ospedale	Ministero del Lavoro e Politiche Sociali	€ 66.000.000,00	€ 289.831,00	0,44%	Invariata
Intervento 2) Azioni per una vita autonoma e deistituzionalizzazione per gli anziani	Ministero del Lavoro e Politiche Sociali	€ 307.500.000,00	€ 1.125.014,00	0,37%	Invariata
Housing First (innanzitutto la casa) e stazioni di posta	Ministero del Lavoro e Politiche Sociali	€ 450.000.000,00	€ 819.341,00	0,18%	Modificata

I dati del Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali sono ancora più desolanti ... siamo sempre sotto l'1% degli obiettivi di spesa relativi ad azioni a valenza socio-sanitarie e socio-assistenziali.

Conclusioni.

Da quanto sopra appare evidente che c'è un ritardo generalizzato nel mettere a terra del PNRR dovuto a:

- *Tempi e procedure burocratiche molto lente e obsolete;*
- *Mancanza di personale tecnico nelle Regioni e negli Enti Locali e nelle stesse Aziende Sanitarie;*
- *Mancanza spesso di una "visione" integrata e qualificata delle progettazioni previste nei vari territori*
- *Poco coordinamento tra Aziende Sanitarie ed Enti Locali sui percorsi assistenziali e sui percorsi di cura;*
- *Difficoltà a progettare il passaggio da una medicina di attesa a una medicina di popolazione, di prossimità, di comunità personalizzata e individualizzata e, quindi, di precisione.*

Eravamo, o meglio sembrava che fossimo, considerando i vari modelli organizzativi previsti nel PNRR, e in base ai dati AGENAS del precedente monitoraggio a giugno 2023 ai seguenti livelli di realizzazione (vedete il nostro precedente articolo su "Quotidiano sanità" su citato):

- *Case di Comunità: 187 attive su 1.430 previste pari al 13,07% sul totale previsto;*
- *Ospedali di Comunità: 76 attivi su 434 previsti paria al 17,51% sul totale previsto;*
- *COT: 77 attive su 611 previste pari al 12,60%. sul totale previsto.*

I dati su esposti sono più modesti. Sembra quasi che siamo, come i gamberi, tornati indietro ...

Quindi è indubbio che abbiamo criteri e standard di rilevazione dei dati non omogenei tra Corte dei Conti e AGENAS. Abbiamo ancora un rilevante problema di coerenza e di validazione tra tutti i soggetti gestori e tutti i soggetti validatori. Il tutto pur nella modestia dei risultati raggiunti rispetto agli obiettivi dichiarati. Non è poco

https://www.quotidianosanita.it/studi-e-analisi/articolo.php?articolo_id=122216



Un cambio di prospettiva sulla salute e il benessere della popolazione anziana

Duilio Carusi, * Adjunct Professor Luiss Business School, Coordinatore dell'Osservatorio Salute Benessere e Resilienza della Fondazione Bruno Visentini

La tendenza all'invecchiamento della popolazione, la crescente fragilità e multi-cronicità degli anziani, il mutato concetto di benessere e di qualità della vita in età senile, stanno comportando inevitabili cambiamenti, nella figura e nel ruolo dei caregiver, nella riorganizzazione degli spazi abitativi e urbani,

nella promozione dell'invecchiamento attivo e nell'evoluzione dell'interfaccia con il sistema salute da parte degli anziani e dei loro familiari. Nell'arco di pochi decenni si sono originati nuovi tempi di vita ed una ecologia inedita della popolazione anziana che richiedono nuove strategie per la salute ed il benessere: queste strategie sono sempre più affidate non ai soli strumenti economici e tecnologici, ma anche grandemente alla solidarietà sociale. L'implementazione di un nuovo trasferimento culturale sul tema dell'invecchiamento è realizzabile tramite un'estensione del sistema salute a nuove componenti e conoscenze, al fine di rispettare l'interdipendenza di tutti quei fenomeni sociali, economici ed ambientali che condizionano la salute e il benessere della popolazione. Per questo l'Osservatorio Salute Benessere e Resilienza studia l'andamento della Vicinanza della salute, un concetto inedito che integra la relazione, nello spazio e nel tempo, che intercorre tra la persona ed il bene salute con l'effettiva capacità di fruire della salute stessa, osservando il verificarsi delle cosiddette "condizioni abilitanti".

Si passa dalla sola analisi dei servizi offerti al cittadino in tempi e distanze più o meno congrui, al monitoraggio di elementi necessari all'attuazione della salute: vengono quindi analizzati la condizione e la percezione dei luoghi di vita e dell'abitazione, le competenze nell'uso degli strumenti digitali, l'accesso ai sistemi di welfare, l'equità nell'accesso alle infrastrutture, la disponibilità economica degli individui.

Questa nuova prospettiva di analisi risulta sempre più attuale se consideriamo che la transizione demografica ha portato non solo ad un aumento dell'aspettativa di vita, ma ad un aumento dell'aspettativa di vita in salute. Il fenomeno porta con sé una rivoluzione nella interpretazione e nello sviluppo degli anni di vita da trascorrere dopo il raggiungimento dei 65 anni, soglia che storicamente (e forse ormai anacronisticamente) ha da sempre sancito l'ingresso nella "terza età".

A differenza di un recente passato, oggi lo stato di salute generale della popolazione che si accinge ad entrare nella terza età, presenta, infatti, caratteristiche di salute, bisogni, aspettative e capacità molto più simili ad una popolazione giovane, tanto da aver portato l'Osservatorio a coniare il termine di "quasi" terza età: con lo slittamento degli stadi più severi di fragilità verso i grandi anziani, lo status di "anziano" sembrerebbe oggi più consono ad una popolazione ultrasettantacinquenne. Questa estensione della vita attiva e in buona salute, legata indissolubilmente a modelli culturali che promuovono la diffusione di un "giovane anziano", pur nel loro evidente ossimoro, evidenziano la necessità di una nuova lettura dello stato di salute e benessere della popolazione over 65 al fine di non incorrere in facili ottimismo.

Quello che emerge dal recente studio sulla Vicinanza della salute per la popolazione over 65 condotto da Fondazione Visentini e che sarà presentato presso l'Università Luiss Guido Carli il prossimo 28 maggio, è infatti un quadro che accende diversi campanelli d'allarme.

La rilevazione 2023 dell'Indice di Vicinanza della salute (IVS) over 65 fa emergere un andamento costantemente peggiore per la popolazione over 65 rispetto alla popolazione generale italiana, e i segni negativi sono concentrati soprattutto sulle componenti relative alla sfera individuale e delle relazioni sociali. Il primo elemento di allarme, e probabilmente il più problematico, è legato al fenomeno dell'isolamento che, complice la crescente disgregazione delle reti sociali e familiari, attanaglia maggiormente la popolazione anziana rispetto alla popolazione italiana nel suo complesso. L'isolamento, infatti, registrando 9 punti nella popolazione anziana contro i 91 punti registrati nella popolazione totale, evidenzia la prima priorità da affrontare per migliorare la salute degli anziani portando l'attenzione sulla sfera individuale extrasanitaria. Correda questo dato la rilevazione dedicata alla mental health, che fa segnare un differenziale di oltre 52 punti fra la salute mentale degli anziani e quella della popolazione generale, evidenziando anche su questo fondamentale tema l'urgenza di intervenire per ridurre il più possibile il gap esistente.

Un'altra componente di rischio per la salute della popolazione anziana è costituita dal basso livello di literacy, ovvero l'alfabetizzazione, nello specifico sanitaria, che rappresenta una delle principali condizioni abilitanti per la salute. Il livello delle competenze digitali avanzate dell'anziano in Italia risulta molto basso ed al di sotto della media europea: la rilevazione dell'Osservatorio sulla literacy fa registrare un grande gap a svantaggio della popolazione over 65, con soli 20 punti rispetto ai 96 della popolazione totale, con importanti conseguenze sulla capacità di poter fruire dei nuovi servizi digitali al cittadino.

Un dato fortunatamente in controtendenza è, invece, quello che emerge dalla rilevazione della coesione sociale, uno dei pochi ambiti dove si rileva per il 2022 un valore in ripresa dopo la caduta libera prodotta dalle misure di contenimento per la pandemia: stando ai numeri, la partecipazione sociale e le attività di volontariato sono in ripresa, portando il dominio "Coesione sociale" al massimo storico di 66 punti, dopo il crollo a 45 punti registrato nel 2020.

I dati rilevati riportano l'attenzione sulla componente individuale e delle relazioni sociali come chiave fondamentale per la salute ed il benessere della popolazione over 65, evidenziando ancora una volta come sia necessario introdurre ed armonizzare queste nuove istanze in un'unica pianificazione nazionale per la salute che tenga conto oltre che della componente sanitaria anche delle dimensioni extrasanitarie e dei determinanti sociali per la salute.

<https://www.sanita24.ilsole24ore.com/art/aziende-e-regioni/2024-05-24/un-cambio-prospettiva-salute-e-benessere-popolazione-anziana-075304.php?uuid=AF6WylqB&cmpid=nlqf>



Manifesto per il superamento delle povertà sanitarie, l'adesione unanime dei professionisti sanitari italiani

Con questo documento i professionisti sanitari, che in Italia sono più di un milione e mezzo, si impegnano, come si legge nel Manifesto, a “promuovere e sostenere attività, quali Enti sussidiari dello Stato, al fine di garantire un’effettiva equità nell’accesso alle cure”

Isabella Faggiano

“Condividere e riconoscersi in un insieme di valori comuni, dai quali partire per mettere in campo azioni di contrasto alle diverse forme di povertà sanitaria e alle disuguaglianze nella tutela della salute”: è questo l’obiettivo del ‘Manifesto per il superamento delle povertà sanitarie’ condiviso dall’Ufficio nazionale per la pastorale della salute della Cei (Conferenza episcopale italiana) e firmato da tutte le Federazioni e i Consigli nazionali dei Professionisti della Salute (FNOMCeO, FNOPI, FNO TSRM e PSTRP, FOPI, FNOPO, FNOVI, FNOF, CNOP, FNOFI, FNOB, CNOAS). Con questo documento i professionisti sanitari, che in Italia sono più di un milione e mezzo, si impegnano, come si legge nel Manifesto, a “promuovere e sostenere attività, quali Enti sussidiari dello Stato, al fine di garantire un’effettiva equità nell’accesso alle cure e l’eguaglianza di tutti i cittadini nell’esercizio del diritto alla tutela della propria salute supportare politiche efficaci per un adeguato finanziamento degli obiettivi di salute nell’ottica dell’interesse dell’intera collettività”.

Il messaggio del Ministro della Salute

*“La povertà sanitaria colpisce centinaia di migliaia di persone in Italia. Il diritto alla salute è un valore irrinunciabile per tutti i cittadini – ha detto il ministro della Salute, **Orazio Schillaci**, in un messaggio in apertura del convegno ‘Le povertà sanitarie in Italia’, al termine del quale è stato siglato il Manifesto -. Un sistema sanitario equo e accessibile è la base per una società coesa e solidale, in cui ogni persona abbia la possibilità di vivere una vita dignitosa e sana. Stiamo riformando – ha aggiunto il ministro – in nostro servizio sanitario attraverso il rafforzamento dell’assistenza territoriale e della sanità di prossimità, con particolare attenzione alle fasce di popolazione più vulnerabili. Inoltre è essenziale consolidare l’integrazione tra salute e welfare, riconoscendo l’interconnessione tra bisogni sociali e sanitari”.*

Le professioni sanitarie, il contributo

*Per **Teresa Calandra**, presidente Presidente della FNO TSRM PSTRP, i professionisti sanitari “hanno il dovere, nei confronti delle disuguaglianze nella salute e nell’assistenza sanitaria, di agire per rafforzare la medicina di prossimità, promuovere la consapevolezza delle persone assistite, la produzione e la conoscenza delle evidenze e la piena e profonda consapevolezza della salute come diritto”.*

***Barbara Mangiacavalli**, presidente FNOPI, invece, ha sottolineato quanto “gli infermieri italiani siano parte integrante dell’équipe di cura in questa multi professionalità che tutte le federazioni auspicano. Credo che soprattutto sulla componente territoriale, ma anche quella ospedaliera, gli infermieri possono essere quel pivot che aiuta tutti gli altri professionisti a fare rete e a mettersi insieme – ha aggiunto Mangiacavalli – Perché il tema delle determinanti sociali di salute piuttosto che il tema dei percorsi di continuità di presa in carico o delle fragilità, delle marginalità, deve vedere un’azione sinergica di infermieri soprattutto quelli di famiglia e comunità, ma anche la componente ospedaliera con i medici specialisti, con i medici di medicina generale con i pediatri con i farmacisti, gli assistenti sociali cioè tutte quelle professioni che a vario titolo entrano in questo percorso complesso: la condivisione di percorsi, l’interconnessione di competenze di discipline di professionalità, può aiutare il nostro il nostro Paese, i nostri cittadini, ma soprattutto può essere un elemento di svolta importante anche per il nostro Ministero della salute. La Federazione degli infermieri c’è e c’è sempre stata: può essere quella chiave di lettura importante per realizzare processi, integrazioni, documenti, norme, modelli che possono veramente tener conto di questa necessaria connessione interprofessionale”.*

***Silvia Vaccari**, presidente della FNOPO, richiamando alcuni dati del 21° Rapporto ‘Ospedali & Salute’ Aiop-Censis ha sottolineato quanto sia innegabile che “l’accesso alle cure sia un problema per molti italiani: in Italia sono 4,5 milioni le persone che rinunciano alle cure, soprattutto per ragioni economiche. Tra questi la maggior parte sono donne che, troppo impegnate a prendersi cura degli altri, finiscono per trascurare la propria salute. E, così, quando non possono più fare a meno di ricorrere ad una visita specialistica o un esame diagnostico sono costrette a ricorrere alle prestazioni erogate in regime privato per accorciare i tempi – aggiunge la Presidente Vaccari -. Per migliorare l’accesso alle cure è*

necessario allocare meglio le risorse che oggi abbiamo a disposizione, prima ancora di stanziarne delle nuove – propone la dottoressa Silvia Vaccari -. È necessario destinare più finanziamenti verso l’assistenza di prossimità alla quale l’ostetrica può contribuire non solo attraverso i Consultori, ma anche con l’home visiting e ampliando la sua presenza in quei contesti sociali fondamentali come le scuole di ogni ordine e grado”.

Anche **Gaetano Penocchio**, presidente della FNOVI ha citato alcune statistiche sulla povertà, in particolare quelle Istat dalle quali emerge che tra il 2021 e il 2022 l’incidenza della povertà assoluta per le famiglie in Italia è salita dal 7,7% al 8,3%, ovvero quasi 2,1 milioni di famiglie. Per Penocchio è necessario “attivarsi per garantire una sempre maggiore equità nell’esercizio del diritto alla tutela della propria salute. Pochi sanno che il Medico Veterinario si occupa anche di sicurezza alimentare. Ci occupiamo di tutto ciò che riguarda la sicurezza di tutti gli alimenti di origine animale e dei prodotti derivati. Ci occupiamo della tutela del consumatore, controllando tutte le filiere produttive, dal campo alla tavola. Perciò il Medico Veterinario può e deve essere protagonista nel recupero delle eccedenze di cibo e della lotta allo spreco. Nel 2016, a seguito dell’entrata in vigore della legge 166/2016 (Legge Gadda) contro lo spreco – tra gli altri – di alimenti, è stato sottoscritto un accordo di collaborazione tra Banco Alimentare e medici veterinari. Recuperare cibo per la donazione non è solo un atto di generosità, seppur importante, ma è soprattutto un cambio di paradigma. Significa restituire valore al cibo, dare un valore di condivisione della vita delle persone, dalle più fortunate alle meno fortunate, offrire maggior attenzione alla sicurezza di ciò che si produce, perché il cibo avrà una nuova vita. Mettere a disposizione la nostra professionalità per recuperare cibo per chi è in difficoltà contribuisce a dare un ulteriore senso alla nostra professione. Perché il cibo, se non è sicuro, non è cibo. Gli effetti sulla povertà sanitaria si riflettono anche sulla salute degli animali. La povertà sanitaria ha un impatto anche sulla salute degli animali. Se guardiamo agli animali da compagnia sono i compagni di vita di tante persone, incluse le persone anziane e le persone sole. I problemi economici non consentono chiaramente di poter tenere dignitosamente gli animali domestici. Da tempo – ha spiegato il Presidente della FNOVI – come Federazione chiediamo di non considerare gli animali da compagnia un bene di lusso diminuendo ad esempio l’IVA che oggi è al 22% sulle attività mediche e sugli alimenti”.

Gli assistenti sociali, insieme a tutti i professionisti della Salute, hanno condiviso il percorso che la Cei sta seguendo per mettere sotto i riflettori delle istituzioni, dei decisori politici, dei ministri in carica e dei parlamentari eletti, il tema delle povertà sanitarie. “Per quello che è il nostro ruolo nel Paese – ha detto **Mirella Silvani**, vicepresidente CNOAS – sappiamo più di altri che a povertà sanitarie corrispondono diseguaglianze sociali, personali e territoriali. Riteniamo, proprio per questo, che la garanzia dei Livelli Essenziali di Assistenza e dei Livelli Essenziali delle Prestazioni Sociali debbano viaggiare insieme in tutto il Paese in modo da invertire l’attuale situazione dove le diseguaglianze di servizi e di risorse pregiudicano i diritti delle persone. Firmiamo, come Cnoas, il Manifesto, perché insieme a tutti i professionisti della Salute, chiediamo un impegno a tutti coloro che hanno responsabilità nel gestire le risorse, nell’impiegarle al meglio per lo sviluppo del Servizio sanitario Nazionale e del sistema dei servizi sociali”.

Il documento è stato firmato lo scorso 10 maggio a Verona in occasione della **prima delle tre tappe dedicate alle povertà sanitarie**, che mettono a confronto esperti del settore, economisti, ricercatori e rappresentanti istituzionali e professionisti sanitari e sociosanitari. I prossimi due appuntamenti sono fissati per il **15 novembre 2024** e il **5 aprile 2025**.

https://www.sanitainformazione.it/lavoro/attendere-manifesto-per-il-superamento-delle-poverta-sanitarie-ladesione-unanime-dei-professionisti-sanitari-italiani/?mkt_tok=MDIwLVNDVC0wNjQAAAGTFyG4VTVI1TE5ByvmkqOaRK6n6q5zBlkxeSCdzOUY93pnpMi-TudO40PvgRvb5AJq9xKsndFulGs5UfK0cLefvQLOJ2FJ5w2dNU8-XzI3



Manifesto per il superamento delle povertà sanitarie

delle Federazioni e Consigli nazionali dei Professionisti della Salute
condiviso dall'Ufficio Nazionale per la pastorale della salute della CEI

I Rappresentanti delle Federazioni e dei Consigli nazionali degli Ordini delle professioni sanitarie e sociosanitarie, FNOmCeO, FNOPI, FNO TSRM e PSTRP, FOFI, FNOPO, FNOVI, FNCF, CNOP, FNOFI, FNOB, CNOAS, condividono e si riconoscono in un insieme di valori comuni, dai quali partire per mettere in campo azioni di contrasto alle diverse forme di povertà sanitaria e alle disuguaglianze nella tutela della salute.

Il ruolo delle Professioni sanitarie e sociosanitarie nell'ambito del Servizio Sanitario Nazionale e dello Stato italiano

Le Federazioni e i Consigli Nazionali delle Professioni sanitarie e sociosanitarie, in qualità di Enti sussidiari, agiscono tutti al fine di tutelare gli interessi pubblici e sono chiamati dallo Stato a garantire la tutela della salute individuale e collettiva. Le professioni sanitarie e sociosanitarie sono garanti della dignità della persona e del diritto alla tutela della salute al di là di ogni logica di profitto e di interessi corporativistici; rappresentano, inoltre, un contributo decisivo al progresso scientifico, culturale e democratico della nostra società.

Per i professionisti della salute, il raggiungimento di obiettivi di salute, l'universalità, l'equità e la solidarietà dell'assistenza devono restare le finalità prioritarie del Servizio Sanitario Nazionale

Occorre dunque mettere in primo piano tali obiettivi, tra i quali la prevenzione, favorire concretamente la partecipazione dei cittadini e mettere i professionisti nelle migliori condizioni di perseguirli.

La legge n. 833 del 1978 ha istituito il Servizio Sanitario Nazionale concepito come unitario, organico, flessibile e solidaristico.

Dopo quarantacinque anni, esso rappresenta uno strumento, tra i pochi nel suo genere, in grado di garantire a tutti i cittadini elevati livelli di tutela della salute individuale e pubblica, con indicatori tra i migliori al mondo. L'Italia è uno dei paesi più longevi al mondo e, anche, quello con una più alta aspettativa di vita senza disabilità

Il Servizio Sanitario Nazionale contribuisce in modo rilevante:

- *–Al miglioramento del benessere e della qualità della vita degli italiani, grazie alla sua vocazione universalista e alla massa di servizi e prestazioni quotidianamente erogata;*
- *Ad una società più equa, poiché ammortizza l'impatto sul diritto alla salute delle differenze socioeconomiche, territoriali o di capitale culturale.*

La tutela della salute in Italia è un diritto riconosciuto ed esigibile per tutte le persone presenti sul territorio nazionale grazie al servizio sanitario.

Inoltre, il servizio sanitario ha impatti molto positivi in altri ambiti quali:

- *L'economia, in cui, per l'indotto di imprese di una molteplicità di settori, molti ad elevata propensione all'innovazione, genera una domanda che stimola all'espansione della produzione e allo sviluppo per un maggior benessere;*
- *L'occupazione, con un'elevata quota di addetti che direttamente, indirettamente e nell'indotto fanno capo all'impiego della spesa sanitaria pubblica; in larga parte è occupazione di qualità, motivante, in linea con le aspettative più avanzate del nostro tempo;*
- *La ricerca e l'innovazione, poiché è all'interno delle sue strutture che matura una parte significativa della ricerca contribuendo alle innovazioni diagnostiche e terapeutiche poi utilizzate su larga scala.*

Inoltre, il Servizio Sanitario operando come potenziale committente dai grandi numeri è uno straordinario stimolo per tutti gli attori dell'ecosistema della ricerca, perché è il garante che gli elevati investimenti, richiesti per individuare e rendere disponibili alla persona assistita risposte, diagnosi e terapie innovative, potranno essere ripagati.

Inoltre, l'intreccio tra ricerca e concreta attività sanitaria nelle strutture e nei servizi della sanità quotidianamente erogata è garanzia di più alte performance dell'attività di ricerca, anche nella velocità di adozione dei ritrovati scientifici; la coesione sociale, poiché la tutela della salute come diritto riconosciuto a tutti i cittadini è uno straordinario collante in una società in cui, come già evidenziato, le disparità socioeconomiche da tempo si vanno ampliando.

Garantire la tutela della salute a tutti e ovunque è anche un potente fattore diassicurazione in tempi di grande incertezza. la presenza capillare nei territori delle strutture e dei servizi sanitari e sociosanitari che comporta una distribuzione puntuale e diffusa dei benefici, anche economici e occupazionali, ad essa associati.

Sono molte le ragioni per tutelare e potenziare il Servizio Sanitario, sintetizzate nelle parole del Capo dello Stato Sergio Mattarella che lo ha definito «un patrimonio prezioso, da difendere e adeguare», e ancora «presidio insostituibile di unità del paese».

Guardando al futuro, poi, la dinamica demografica di invecchiamento della popolazione e il conseguente decollo dei fabbisogni sanitari, in particolare quelli legati alle cronicità, rendono il potenziamento della sanità una priorità assoluta. L'Italia, infatti, è diventata tra i Paesi più longevi al mondo anche grazie a una sanità di eccellenza, tuttavia è evidente la necessità di investire massicciamente per colmare il differenziale certo tra la domanda attesa di servizi e prestazioni sanitarie e la capacità dell'offerta. Il periodo del Covid ha spinto la tutela della salute e la sanità in cima all'agenda di priorità del Paese.

Calata la tensione dell'emergenza, è necessario continuare a investire nella sanità, invertendo il trend di sottofinanziamento che si è avuto a partire dai primi anni 2000. Intanto riemergono, accentuate dalla pandemia, le tradizionali criticità.

A cominciare da lunghe liste di attesa che rendono difficile l'accesso alle prestazioni in tempi appropriati, con un effetto di differenziazione del grado di tutela per territorio di residenza e per capacità di acquistare o meno prestazioni nel privato.

I numeri delle povertà sanitarie in Italia

Papa Francesco ha osservato che in Italia: «Ci sono persone che per scarsità di mezzi non riescono a curarsi, per le quali anche il pagamento di un ticket è un problema; e ci sono persone che hanno difficoltà di accesso ai servizi sanitari a causa di lunghissime liste d'attesa, anche per visite urgenti e necessarie! Il bisogno di cure intermedie poi è sempre più elevato, vista la crescente tendenza degli ospedali a dimettere i malati in tempi brevi, privilegiando la cura delle fasi più acute della malattia rispetto a quella delle patologie croniche: di conseguenza queste, soprattutto per gli anziani, stanno diventando un problema serio anche dal punto di vista economico, con il rischio di favorire percorsi poco rispettosi della dignità stessa delle persone».

Parole, quelle di Papa Francesco, che rispecchiano una situazione reale, suffragata da dati.

È di pochi giorni fa (17 aprile 2024) la pubblicazione del Rapporto BES (Benessere equo e sostenibile) dell'Istat relativo all'anno 2023.

Nel capitolo dedicato alla salute i dati sono allarmanti: aumentano a 4,5 milioni gli italiani che rinunciano a curarsi, sia per ragioni economiche sia, soprattutto, per effetto delle liste d'attesa.

A far aumentare gli italiani che rinunciano alle cure – l'anno scorso erano poco più di 4 milioni – sono state proprio le attese troppo lunghe.

Secondo una recente (9 aprile 2024) elaborazione effettuata dalla Fondazione Gimbe sempre su dati Istat, nel 2022 4,2 milioni di famiglie hanno limitato le spese per la salute, in particolare al Sud.

Secondo i dati ISTAT sul cambiamento delle abitudini di spesa nel 2022 il 16,7% delle famiglie dichiara di avere limitato la spesa per visite mediche e accertamenti periodici preventivi in quantità e/o qualità

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 malattie⁷.

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%)⁸.

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 famiglie⁹.

Secondo la stima della Sorveglianza Passi d'Argento dell'Istituto Superiore di Sanità, in Italia, nel biennio 2021-2022, oltre 3 milioni di anziani hanno rinunciato alle cure.

Quello della rinuncia alle cure tra gli anziani è dunque un fenomeno significativo che richiede attenzione e che si è accentuato a seguito della pandemia da Covid-19

Dai dati raccolti nel biennio 2021-2022 dalla sorveglianza, emerge che il 24% degli ultra 65enni degli intervistati dichiara di aver rinunciato, nei 12 mesi precedenti l'intervista, ad almeno una visita medica o un esame diagnostico di cui avrebbe avuto bisogno, ovvero 1 anziano su 4 fra coloro che ne avrebbero avuto bisogno.

La rinuncia alle cure si aggrava nelle fasce sociali svantaggiate, raggiungendo il 37% tra coloro che riferiscono di avere molte difficoltà ad arrivare alla fine mese con le risorse di cui dispongono (vs il 24% fra chi riferisce di non aver problemi economici) ed è più frequente fra le donne (29% vs 23% degli uomini).

Secondo, infine, un'indagine condotta dall'Istituto Piepoli per Fnomceo, in media, ad oggi gli italiani risparmiano il 10% delle proprie entrate per le spese sanitarie, ma tanti (il 23%) purtroppo vorrebbero ma non riescono a farlo, tanto che ad oggi circa 3 milioni di italiani ammettono che, quando devono usufruire di prestazioni sanitarie a pagamento, rinunciano a curarsi.

Sempre più cittadini sono costretti a spostarsi in altre Regioni alla ricerca di centri di eccellenza: il 63% degli intervistati percepiscono questo problema con riferimento al loro territorio, con punte del 79% al Sud e nelle isole.

La stragrande maggioranza degli italiani, il 93%, vorrebbe, per questa ragione, un aiuto dallo Stato; e oltre otto persone su dieci, trasversalmente su tutto il territorio nazionale, vorrebbero un'organizzazione sanitaria che porti l'eccellenza dove vive, senza per forza essere costretti a "viaggi della speranza", costosi in termini di denaro, tempo, energie e affaticamento dei legami familiari.

Le soluzioni possibili

Occorrono, dunque, interventi efficaci, di natura economica e strutturale, per scongiurare la compromissione del SSN.

È necessaria una riforma che possa restituire fiducia ai professionisti della salute, riconoscendo loro maggiore responsabilità nei processi di gestione e maggiore autonomia nei processi di cura, attraverso la definizione di un nuovo ruolo capace di garantire la salute dei cittadini e allo stesso tempo di farsi carico della sostenibilità del sistema.

Serve anche un Piano Nazionale di Azione per il contrasto alle disuguaglianze nell'accesso alle cure, tenuto conto dello sviluppo tecnologico, dell'intelligenza artificiale, dei cambiamenti ambientali e della consapevolezza dei diritti da parte dei cittadini, dell'evoluzione delle competenze dei professionisti e dei nuovi ruoli attribuiti a tutti gli Ordini professionali. Le autonomie locali devono essere uno strumento che facilita l'erogazione dell'assistenza e non un ostacolo per l'universalità e l'equità del SSN; a tutti i cittadini va garantito il diritto alla tutela della salute, nello stesso modo e negli stessi termini, in ossequio agli articoli 3 e 32 della nostra Costituzione.

Dovrebbe essere promosso un regionalismo solidale per dare piena attuazione all'articolo 3 della Costituzione, che promuove l'uguaglianza dei cittadini, come pure la solidarietà tra le Regioni così come previsto dall'art. 119 della Costituzione.

Oltre agli esistenti sistemi di fiscalità generale, è possibile procedere alla revisione del sistema di compartecipazione alla spesa sanitaria a carico degli assistiti, al fine di promuovere maggiore equità nell'accesso alle cure.

La garanzia del diritto alla salute non può essere affidata al mero calcolo di utilità economica e di dinamiche di mercato, perché deve invece fondarsi su "dignità e libertà", i due principi cardine del Servizio Sanitario Nazionale che regolano il rapporto tra il cittadino e le professioni sanitarie e socio-sanitarie.



LE FEDERAZIONI E I CONSIGLI NAZIONALI DEGLI ORDINI DELLE PROFESSIONI SANITARIE E SOCIOSANITARIE

nell'ottica di contrastare le povertà sanitarie e le disuguaglianze nell'accesso alle cure

SI IMPEGNANO A

- *Promuovere e sostenere attività, quali Enti sussidiari dello Stato, al fine di garantire un'effettiva equità nell'accesso alle cure e l'eguaglianza di tutti i cittadini nell'esercizio del diritto alla tutela della propria salute;*
- *Supportare politiche efficaci per un adeguato finanziamento degli obiettivi di salute nell'ottica dell'interesse dell'intera collettività;*
- *Mettere a disposizione le loro competenze in collaborazione con le Istituzioni pubbliche, al fine della promozione, organizzazione e valutazione di percorsi formativi che sono alla base della rispettiva attività professionale per fornire il giusto contributo al progresso scientifico e culturale della nostra società e al contrasto delle povertà sanitarie e delle disuguaglianze;*
- *Sostenere soluzioni e nuovi modelli di governance per un Servizio Sanitario Nazionale più equo, solidale, sostenibile e universale per superare le disuguaglianze presenti nel Paese;*
- *Promuovere e diffondere tra gli iscritti interventi e azioni da porre in essere per facilitare l'accesso alle cure per una maggiore equità e uguaglianza;*

CHIEDONO

- *Allo Stato, alle Regioni e alle Province autonome di Trento e Bolzano, di intensificare la collaborazione con le professioni sanitarie e sociosanitarie e con i loro Enti esponenziali, in quanto enti sussidiari dello Stato, al fine di assicurare un Servizio Sanitario Nazionale che garantisca effettivamente e uniformemente i diritti costituzionalmente tutelati dei cittadini, quale segno irrinunciabile di civiltà e di crescita sociale;*
- *Al Governo che siano rispettati i principi costituzionali di uguaglianza, solidarietà, universalismo ed equità che sono alla base del nostro Servizio Sanitario e ne confermano il carattere nazionale, garantendo la sostenibilità economica dei livelli essenziali di assistenza attraverso un coerente finanziamento del fondo sanitario nazionale;*
- *Al Governo e al Parlamento di adottare iniziative per parametrare il fabbisogno regionale standard anche in base alle carenze infrastrutturali, alle condizioni geomorfologiche e demografiche, nonché alle condizioni di deprivazione e di povertà sociale, condizioni che inevitabilmente determinano variazioni anche sui costi delle prestazioni;*
- *Al Governo e al Parlamento di agire in modo da garantire il superamento delle differenze tra i diversi sistemi sanitari regionali per il contrasto alle disuguaglianze nell'accesso alle cure e all'assistenza;*
- *Al Parlamento di scongiurare il rischio che sia pregiudicato il carattere nazionale del nostro Servizio Sanitario e di addivenire quindi alle decisioni migliori per garantire l'equità nell'accesso alle cure a tutti i cittadini, come presidio di democrazia e di civiltà.*

www.sanitainformazione.it/wp-content/uploads/2024/05/Manifesto_Federazioni_firmato.pdf

quotidianosanita.it

Demografia Ue. Eurostat: in 20 anni +4% popolazione europea, oggi 448,8 milioni. Italia ha l'età media più alta (48,4 anni), tasso di natalità e fertilità fra i più bassi

Aumenta anche l'età media in cui le donne diventano madri per la prima volta: nel 2013 era di 28,8 anni, oggi è 29,7 nel 2022. Si è registrato un aumento di questa età media in tutti i paesi dell'UE, ma gli aumenti più elevati si sono verificati in Estonia (4,1 anni) e Lituania (3,9), mentre l'aumento più basso si è verificato in Francia (1 anno). E le primipare più anziane sono in Italia (31,7 anni) e Spagna (31,6)

15 MAG - Al 1° gennaio 2023 nell'Unione Europea vivevano **448,8 milioni di persone**. Considerando il periodo di 20 anni dal 1° gennaio 2003 al 1° gennaio 2023, la popolazione totale dell'UE è aumentata da 431,2 milioni a 448,8 milioni, con **una crescita del 4%**. È quanto emerge dall'aggiornamento sui [dati](#) relativi alla popolazione pubblicati oggi da Eurostat.

*Il paese più popoloso dell'Ue è la Germania (84,4 milioni, 19% del totale Ue), seguita da Francia (68,2 milioni, 15%), **Italia** (59 milioni, 13%), Spagna (48,1 milioni, 11%) e Polonia (36,8 milioni, 8%). In totale, questi cinque paesi dell'UE rappresentano il 66% della popolazione dell'UE. All'estremità opposta della classifica, i paesi meno popolosi dell'UE sono Malta (542.000 persone, corrispondenti allo 0,1% del totale dell'UE), Lussemburgo (661.000, sempre 0,1%) e Cipro (921.000, 0,2%).*

Nei 20 anni dal 2003 al 2023, 18 paesi dell'UE hanno registrato un aumento della popolazione e 9 hanno registrato una diminuzione. I maggiori aumenti relativi sono stati registrati in Lussemburgo (47%), Malta (36%), Irlanda (33%) e Cipro (29%), mentre le maggiori diminuzioni relative sono state osservate in Lettonia (-18%), Bulgaria e Lituania (entrambi -17%) e Romania (-12%). I maggiori aumenti assoluti sono stati registrati in Francia e Spagna (entrambi 6,3 milioni), mentre le maggiori diminuzioni assolute sono state osservate in Romania (-2,6 milioni), Polonia (-1,5 milioni) e Bulgaria (-1,4 milioni).

*Al 1° gennaio 2023 nell'Ue si contavano 229 milioni di donne e 219 milioni di uomini. Ciò corrisponde a un rapporto di 104,6 donne ogni 100 uomini, il che significa che c'erano **il 4,6% in più di donne rispetto agli uomini**.*

*Sempre nel periodo dal 1° gennaio 2003 al 1° gennaio 2023, la percentuale di persone di età pari o superiore a 80 anni è cresciuta in tutti i paesi dell'UE, a livello UE, di 2,3 punti percentuali, dal 3,7% al 6%. L'aumento più elevato si è verificato in Grecia (+3,3 pp, dal 3,8% al 7,1%) e Lettonia (anche +3,3 pp, dal 2,7% al 6,0%) e il più basso in Svezia (+0,2 pp, dal 5,3% al 5,5%). Al contrario, la percentuale di bambini e giovani adolescenti (età inferiore a 15 anni) è diminuita a livello UE di 1,5 punti percentuali, dal 16,4% al 14,9%. **L'età media è aumentata** nel periodo dal 2003 al 2023: era di **39 anni** nel 2003, **42,2 anni** nel 2013 e **44,5 anni** nel 2023 (il*

1° gennaio). Ciò significa un aumento di 5,5 anni dell'età media nell'UE durante questo periodo di 20 anni. Tra i Paesi UE, l'età mediana più alta al 1° gennaio 2023 è stata osservata in **Italia (48,4 anni)**, seguita da Portogallo (47,0), Bulgaria (46,8) e Grecia (46,5), mentre quella più bassa è stata registrata a Cipro (38,4 anni).), Irlanda (39,1), Lussemburgo (39,7) e Malta (40,1). Nel periodo dal 2003 al 2023, l'età media è aumentata maggiormente in Portogallo (8,5 anni) e Romania (8,3) e meno in Svezia (1,1).

Considerando il **tasso di natalità**, che indica il numero di nati vivi per 1 000 persone, era di 10,1 nel 2002, è salito a 10,6 nel 2008 ed è da allora diminuito a 8,7 nel 2022. Tra i paesi dell'UE, confrontando il 2022 con il 2002, si è verificata una diminuzione in 22 paesi e un aumento in 4, mentre il tasso è stato lo stesso in Bulgaria. Nel 2022, i tassi grezzi di natalità più elevati sono stati riscontrati a Cipro (11,2 nati vivi ogni 1 000 persone), Francia (10,7), Irlanda (10,5) e Svezia (10,0) e i **più bassi in Italia (6,7)**, Spagna (6,9) e Grecia (7,3).

Durante il periodo 2002-2022 nell'UE, il valore più basso del tasso di fertilità totale (numero di nati vivi per donna) è stato di **1,43** nel 2002 e il valore più alto di 1,57 nel 2008, 2010 e 2016. Nel 2022, il tasso di fertilità totale è stato di **1,46**. Tra i paesi dell'UE, la Francia (1,79 nati vivi per donna) ha registrato il tasso di fertilità totale più alto, seguita da Romania (1,71) e Bulgaria (1,65). I tassi più bassi sono stati riscontrati a Malta (1,08), Spagna (1,16) e **Italia (1,24)**. Nel periodo 2002-2022, le maggiori diminuzioni del tasso di fertilità totale sono state osservate in Irlanda (da 1,97 nati vivi per donna nel 2002 a 1,54 nel 2022), Finlandia (da 1,72 a 1,32) e Malta (da 1,45 a 1,08), mentre gli incrementi più elevati si sono riscontrati in Repubblica Ceca (da 1,17 nel 2002 a 1,64 nel 2022), Romania (da 1,27 a 1,71) e Bulgaria (da 1,23 a 1,65).

L'età media in cui le donne diventano madri per la prima volta nell'UE è aumentata: nel 2013 l'età media delle donne alla nascita del primo figlio era di 28,8 anni. Questa è aumentata in media ogni anno di 0,1 anni, fino ai **29,7** nel 2022. Si è registrato un aumento di questa età media in tutti i paesi dell'UE ma gli aumenti più elevati si sono verificati in Estonia (4,1 anni) e Lituania (3,9), mentre l'aumento più basso si è verificato in Francia (1 anno). Nel 2022, le madri per la prima volta più anziane risultano in **Italia (31,7 anni)** e Spagna (31,6) e le più giovani in Bulgaria (26,6) e Romania (27).

https://www.quotidianosanita.it/studi-e-analisi/articolo.php?articolo_id=122166

quotidianosanita.it

Il futuro della salute in Europa: tra innovazioni e sostenibilità

Grazia Labate, Ricercatrice in economia sanitaria già sottosegretaria alla sanità

Il momento attuale è fondamentale affinché i paesi europei, individualmente e nel loro insieme, reimmaginino i modelli operativi che gestiscono i loro sistemi sanitari e adottino un modello più resiliente, inclusivo e innovativo che accentui il benessere dei suoi cittadini. Continuare con concezioni di governo nazionalistici, autonomistici e solitari sulla salute significa non saper trarre dalla pandemia la lezione fondamentale: Uniti si vince

22 MAG -

L'Europa si trova ad affrontare sfide importanti nel continuare a fornire servizi sanitari di alta qualità ai suoi cittadini. L'invecchiamento della popolazione, i cambiamenti culturali, i modelli di finanziamento rigidi e complessi, i costi crescenti dell'innovazione, la scarsità di personale qualificato, le crescenti disuguaglianze sanitarie e le complessità sanitarie derivanti dai cambiamenti climatici stanno minacciando la sostenibilità e l'accessibilità economica dei servizi sanitari, incidendo negativamente sulla salute dei cittadini.

Per garantire la salute e il benessere futuri dei cittadini, l'Europa dovrà affrontare un approccio nuovo, economicamente sostenibile all'assistenza sanitaria.

Una visione fortemente condivisa dagli esperti europei di sistemi sanitari, avverte che le tecnologie emergenti, la trasformazione digitale, l'intelligenza artificiale (AI) e le piattaforme di connessione aperte e sicure, consentiranno il passaggio a modelli di gestione sanitaria proattivi e innovativi. Questo cambiamento si concentrerà sulla prevenzione e sulla diagnosi precoce, con l'obiettivo di sostenere il benessere e migliorare il rapporto costo-efficacia dell'assistenza sanitaria. Inoltre, il modello che dovrebbe prevalere nei prossimi anni sarà quello che vedrà sempre più l'assistenza organizzata attorno al cittadino, piuttosto che attorno alle istituzioni che guidano i sistemi sanitari esistenti. Questi cambiamenti influenzeranno le attività e i modelli operativi di tutte le parti interessate, comprese le nuove aziende non tradizionali che si svilupperanno intorno al settore sanitario.

I cambiamenti che guidano questo futuro sono rilevanti per ogni sistema sanitario in Europa.

Con i suoi 743 milioni di residenti sparsi in 44 paesi, comprese le 27 nazioni dell'UE, l'Europa è un attore significativo nel panorama economico globale. La sua statura economica e le solide basi scientifiche e tecnologiche fanno sì che l'Europa possa essere pioniera nel settore dell'innovazione sostenibile con soluzioni sanitarie innovative, per tracciare il futuro dell'assistenza sanitaria in Europa.

Ogni nazione europea gestisce la propria assistenza sanitaria, dando vita a un insieme di sistemi distinti, ciascuno modellato dal proprio specifico ambiente culturale, economico e politico. Il finanziamento sanitario proviene principalmente da tre fonti: regimi governativi con risorse pubbliche, assicurazione sanitaria sociale e assicurazione sanitaria privata. Alcuni paesi, come i paesi nordici e il Regno Unito, funzionano prevalentemente con un sistema di finanziamento pubblico e copayment da parte dei cittadini. In confronto, Germania, Svizzera e Paesi Bassi hanno sistemi di assicuratori concorrenti, mentre i pagamenti di tasca propria sono la principale fonte di finanziamento nella maggior parte dei paesi dell'Europa orientale.

La spesa sanitaria è dettata principalmente da decisioni politiche dei diversi governi ed è correlata alla dimensione economica (PIL) di ciascun paese. Sebbene le nazioni aspirino ad una copertura sanitaria universale, la gamma di servizi offerti e la condivisione dei costi variano sostanzialmente da paese a paese. Ad esempio, la spesa sanitaria media europea in percentuale del PIL è stata dell'8,8% nel 2022, tuttavia, il range era piuttosto ampio, dall'11,7% in Germania a meno del 5,5% in Romania. C'è anche una differenza di tre volte nella spesa sanitaria media pro capite tra i paesi ad alta spesa dell'Europa occidentale e settentrionale e i paesi dell'Europa orientale a bassa spesa. [Mediamente in Ue si spendono 3.562 euro pro capite per la sanità \(2022\), ma i divari tra stati membri sono evidenti. L'Italia è sotto la media per rapporto spesa/Pil e per le uscite pro capite. In Bulgaria e Grecia un terzo della spesa viene direttamente dalle famiglie.](#)

La pandemia di Covid-19 ha causato una serie di crisi sanitarie, economiche e sociali senza precedenti e ha aggravato problemi strutturali profondamente radicati che alcuni paesi hanno gestito meglio di altri.

La conseguente crisi ha portato tutti i paesi ad aumentare la spesa sanitaria di quasi un terzo rispetto al 2019. Le lezioni che emergono dalla pandemia dimostrano che la salute è il fondamento su cui si costruiscono economie resilienti e produttive e società giuste. Si evidenzia inoltre che gli agenti patogeni emergenti e altre minacce per la salute pubblica non rispettano i confini.

Nonostante le differenze, esiste un'ambizione comune tra gli attori sanitari europei di garantire accessibilità, equità, qualità e sicurezza. Sebbene si preveda che la spesa sanitaria continuerà ad aumentare, si prevede che i livelli di finanziamento si allineeranno maggiormente al tasso di crescita pre-pandemia del 3% annuo. Inoltre, è probabile che le disparità di finanziamento tra i paesi persistano, anche se con un divario che si restringe man mano che i consumi e le aspettative del pubblico aumentano e i finanziamenti centrali dei fondi per la resilienza e la ripresa della Commissione europea (CE) sono mirati alle nazioni finanziariamente bisognose.

A causa dei diversi modelli di prezzo e di rimborso nei vari paesi, l'attuale accesso a nuovi farmaci e tecnologie innovative varia sostanzialmente in tutta Europa. Gli esperti del settore ritengono che queste disparità rendano l'Europa meno attraente per le innovazioni sanitarie, come evidenziato dalla quota in calo degli investimenti in ricerca e sviluppo farmaceutico, sperimentazioni cliniche e risultati produttivi in Europa negli ultimi dieci anni. In risposta, misure come il sistema centralizzato di valutazione delle tecnologie sanitarie, previsto per il 2025, e l'aggiornamento del 2023 della legislazione farmaceutica dell'UE mirano a promuovere un ambiente più favorevole ai progressi dell'assistenza sanitaria per produrre un mercato più innovativo e competitivo.

Nel 2023, il peggioramento delle prospettive economiche ha ulteriormente accentuato la portata della sfida sanitaria.

Inoltre, la destabilizzazione climatica, compreso il caldo estremo, l'aumento dell'inquinamento atmosferico e la diffusione di malattie infettive, pongono molteplici minacce alla salute e al benessere dei cittadini europei, aggiungendo ulteriore complessità ai sistemi sanitari già sotto assedio.

Alla luce di queste crescenti sfide sanitarie, è fondamentale una capacità di trasformazione dei sistemi sanitari europei. I sistemi sanitari esistenti, rigidi e dirigistici, appaiono non all'altezza di fronte alla crescente domanda e agli elevati costi inflazionistici, rendendo necessaria la transizione verso un modello più sostenibile, resiliente e incentrato sul cittadino.

La Commissione europea ha riconosciuto che la sfida sanitaria e le crescenti disuguaglianze sanitarie, esacerbate dalla pandemia, richiedono un approccio urgente e trasformativo per "innalzare di livello" la capacità e le potenzialità dell'assistenza sanitaria. Nel novembre 2022, la Commissione ha lanciato una nuova strategia sanitaria globale dell'UE, in cui riconosce che garantire la salute dei cittadini europei è fondamentale.

La strategia identifica la necessità di:

-Una profonda trasformazione dei sistemi sanitari europei, compresa un'attenzione incessante alla digitalizzazione e alla costruzione di una forza lavoro sanitaria più sostenibile;

-Incentivare i sistemi sanitari "più verdi";

-Avere una maggiore attenzione alle cure primarie e un'enfasi molto maggiore sulla prevenzione e sul mantenimento della salute delle persone, dando loro una maggiore comprensione e un maggiore potere di gestione della propria salute.

Il momento attuale è fondamentale affinché i paesi europei, individualmente e nel loro insieme, reimmaginino i modelli operativi che gestiscono i loro sistemi sanitari e adottino un modello più resiliente, inclusivo e innovativo che accentui il benessere dei suoi cittadini. Il valore fondante dell'Europa solidale tra i popoli e dei popoli non può ignorare la necessità di una visione solidale e comunitaria delle politiche per la salute. Continuare con concezioni di governo nazionalistici, autonomistici e solitari sulla salute significa non saper trarre dalla pandemia la lezione fondamentale: Uniti si vince.

La transizione sposta l'attenzione dall'attuale sistema prevalentemente incentrato sul trattamento dell'acuzie e della cronicità, ad uno basato sulla promozione proattiva della salute, sulla prevenzione, e sulla gestione dei sintomi. Questa visione del futuro della salute potrebbe allo stesso tempo soddisfare la crescente domanda di assistenza sanitaria in modo più efficiente in termini di costi e consolidare la posizione dell'Europa come teforo di un'assistenza sanitaria sostenibile e accessibile a livello globale. Stiamo andando al voto per il rinnovo delle istituzioni europee, certo in una situazione complicata dallo scontro e dalle guerre in atto nel vecchio continente, ma che tristezza assistere ad una campagna elettorale che entra pochissimo nei temi veri che interessano i cittadini nella vita quotidiana e la salute è uno di questi. Come immaginare una nuova Europa per la salute poteva e doveva essere al centro del rinnovo delle istituzioni europee, ma non è così la vocazione al politicismo paroloso sovraccia la vita reale e la salute dei cittadini ne fa le spese.

https://www.quotidianosanita.it/studi-e-analisi/articolo.php?articolo_id=122319

quotidianosanita.it

Pnrr. Per migliorare la sanità europea stanziati 37 miliardi di euro.

Dalla digitalizzazione alla prevenzione ecco come gli Stati spenderanno le risorse.

L'analisi di Agenas

Ester Maragò

In un documento la sintesi dei punti chiave dei Piani di Ripresa e Resilienza adottati dai vari Paesi europei. Tra le sfide principali la prevenzione, l'assistenza ospedaliera e quella territoriale con particolare attenzione per la transizione verso la sanità digitale. Focus sugli investimenti finanziari in sanità nei Paesi Ue. L'Italia è di gran lunga lo stato con il budget più alto.

23 MAG -

Dalla prevenzione all'assistenza ospedaliera e quella territoriale con particolare attenzione per la transizione verso la digitalizzazione per un valore complessivo di circa 37 miliardi di euro. È questa infatti la cifra totale che si ottiene sommando tutte le risorse stanziare dal Pnrr Salute nei vari paesi europei. C'è chi investe sulla sanità 354 milioni di euro come la Croazia e chi circa 1 milione di euro come il piccolo Lussemburgo. Mettono invece sul piatto 1,1 miliardi il Portogallo, 1,5 la Grecia, e 1,7 miliardi la Spagna. Su quello dell'Italia ci sono in totale ben 16,3 miliardi di euro che la posizionano davanti alla Francia con 4,5 miliardi, alla Germania con 4,4 miliardi e alla Romania con 2,8 mld, ponendola in testa ai Paesi con maggiori investimenti dedicati alla sanità nell'ambito del Pnrr.

A fotografare gli investimenti in sanità, ma anche i punti chiave dei 22 Piani di Ripresa e Resilienza dei Paesi Ue è l'Agenas che in un documento di sintesi punta i riflettori sulle [raccomandazioni specifiche adottate dagli Stati membri](#).

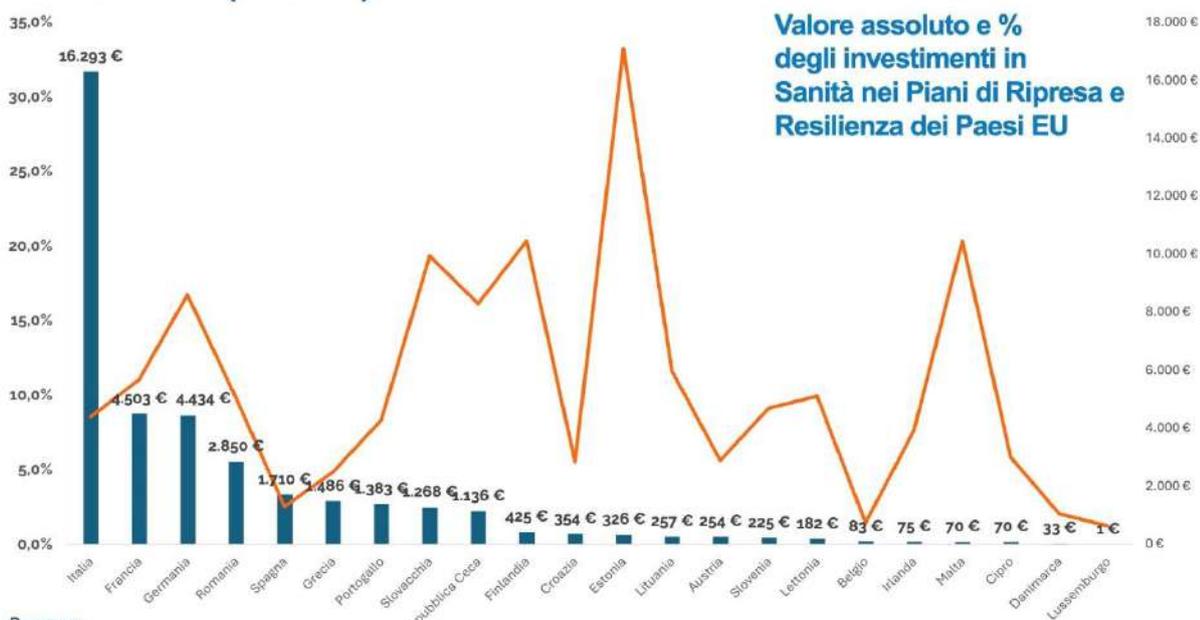
L'analisi trae origine dal Rapporto "Recovery and Resilience Scoreboard - Thematic Analysis Healthcare (dicembre 2021)" della Commissione Europea link 16 ma, avverte Agenas, "alcuni dati potrebbero essere stati aggiornati in seguito alle recenti modifiche apportate ai Piani".

Per l'assistenza sanitaria ci sono, complessivamente, circa 37 miliardi di euro, l'8% della spesa totale dei Piani.

Agenas fornisce nella sua analisi una sintesi delle sfide principali da affrontare nei Paesi Ue. *Tra gli obiettivi comuni la prevenzione, l'assistenza ospedaliera e quella territoriale con particolare attenzione per la transizione verso la sanità digitale. Ma ogni Stato punta spesso anche ad obiettivi diversificati.*

Qualche esempio? Tra le sfide principali che l'Italia si è data c'è il potenziamento della capacità del Ssn di dare risposta alle tendenze demografiche ed epidemiologiche; migliorare e modernizzare l'infrastruttura strutturale e tecnologica per migliorare efficienza e qualità dell'assistenza sanitaria; ed anche sviluppare le competenze tecniche e professionali, tra cui quelle digitali e manageriali, del personale sanitario. E ancora il nostro Paese punta a potenziare Adi e telemedicina e più in generale l'assistenza territoriale e promuovere la ricerca.

La salute nei Piani Nazionali di Ripresa e Resilienza (PNRR)



La **Germania** guarda invece alla piena implementazione ed espansione del Sistema Tedesco di segnalazione e informazione elettronica per il controllo delle infezioni (sistema che può essere utilizzato nel contesto delle pandemie) e a garantire che i sistemi informativi siano coerentemente interoperabili su tutti i livelli. Ma tra i punti chiave figurano anche il miglioramento delle aree degli ospedali come la digitalizzazione del pronto soccorso, l'espansione della telemedicina, il miglioramento della gestione dei farmaci e la sicurezza delle informazioni.

Anche la **Francia** punta a migliorare ospedali, strutture medico-sociali e alla cooperazione tra gli attori sanitari. E più in generale all'implementazione della trasformazione del Sistema sanitario per riequilibrare l'offerta di assistenza sanitaria in tutto il Paese e organizzare l'assistenza locale. Tra le sfide, come gli altri Paesi, c'è poi il rafforzamento dei servizi sanitari digitali e il sostegno alla ricerca biomedica e al miglioramento delle pratiche mediche.

E la necessità di potenziare le carriere del personale sanitario è tra i punti chiave da sostenere.

https://www.quotidianosanita.it/studi-e-analisi/articolo.php?articolo_id=122344

STRATEGIE E INVESTIMENTI IN SANITÀ NEI PIANI DI RIPRESA E RESILIENZA EUROPEI

Maggio 2024

Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali



1

<https://www.quotidianosanita.it/allegati/allegato1716384704.pdf>

FOREIGN AFFAIRS

da Foreign Affairs, luglio/agosto 2005

Prepararsi alla prossima pandemia

Michael Osterholm – direttore del Centro per la ricerca e la gestione delle malattie infettive – Ufficio affari esteri, Usa
(Traduzione e adattamento a cura della redazione di EpiCentro)

Fin dall'antichità le pandemie influenzali hanno innescato la paura di una calamità causata da una malattia infettiva in grado di propagarsi in tutto il mondo.

Negli ultimi 300 anni sono accadute 10 pandemie influenzali umane: le più recenti si sono avute nel 1957-1958 e nel 1968-1969, e anche se decine di migliaia di americani sono morti, questo è stato considerato poca cosa rispetto alla pandemia del 1918-1919, nella quale si contarono circa 100 milioni di morti in tutto il mondo (secondo le stime più ampie). Oggi siamo 6,5 miliardi, 3 volte la popolazione del 1918: quindi anche un'influenza non molto aggressiva potrebbe uccidere molti milioni di persone. Una serie di studi scientifici ha messo in evidenza che una pandemia è attesa a breve termine. Potrebbe essere causata dal virus H5N1, l'influenza aviaria che recentemente ha coinvolto l'Asia.

Non è possibile sapere esattamente quando questa colpirà, o se sarà grave come quella del 1918 o più simile a quelle del 1957 o del 1968.

Non si può però prescindere dalla possibilità che un'epidemia possa sopraggiungere nei prossimi anni.

Non si possono prevederne gli effetti, ma prepararsi a questo evento è indispensabile, e c'è bisogno di molto lavoro da parte delle istituzioni.

Retrosceca

Dei 3 ceppi di influenza, quella di tipo A infetta e uccide un gran numero di persone ogni anno, ed è l'unica a causare pandemie. Il suo serbatoio sono gli uccelli selvatici acquatici. Il virus non dà malattia in questi, ma continua a circolare da un soggetto all'altro senza un sostanziale rimaneggiamento genetico.

La trasmissione diretta dagli uccelli selvatici all'uomo non è stata dimostrata, ma quando il virus passa dagli uccelli selvatici a quelli domestici come i polli, questo cambia, e fa sì che sia possibile la trasmissione tra polli e uomo, maiiali o

altri mammiferi. Una volta che si trova nelle cellule del polmone di un mammifero, il virus può subire il "riassortimento genetico" con un virus diverso (per esempio quello dell'influenza umana). Si crea così un nuovo virus, capace di trasferirsi da uomo a uomo. Non essendo mai circolata fino a quel momento, questa versione del virus troverebbe degli ospiti impreparati dal punto di vista immunitario. E questa è la causa di una pandemia.

Con il passaggio del virus da una persona all'altra nel corso di molti anni, gli uomini finiscono con acquisire l'immunità necessaria per sconfiggere l'agente patogeno. Il virus diventa così meno virulento, fino a indurre un' influenza come quelle stagionali cui siamo abituati anno dopo anno. Si continuerà così fino all'emergere di un nuovo virus dagli uccelli selvatici e alla ripetizione del ciclo.

Alcune pandemie sono più invasive e letali di altre.

Gli scienziati oggi sanno che questa diversità dipende dal patrimonio genetico virale e dalla presenza o meno di alcuni fattori di virulenza. Ecco perché la pandemia del 1918 ha ucciso più persone di quelle del 1957 e del 1968 messe assieme. Una differenza critica Le malattie infettive sono i killer numero uno dell'umanità.

Oggi più di 39 milioni di persone sono Hiv positive, e, nel 2004, 2,9 milioni di persone sono morte di Aids, portando il totale di morti per questa malattia a circa 25 milioni.

La tubercolosi e la malaria sono ancora causa grave di morte: nel 2003 8,8 milioni di persone sono state infettate da Tbc e tra queste 2 milioni sono morte. Ogni anno la malaria causa più di 1 milione di decessi, e circa 5 miliardi di casi di accessi febbrili. In più, nuove infezioni emergenti, malattie diarroiche, malattie causate da vettori, agenti infettanti resistenti agli antibiotici rappresentano una grave fonte di preoccupazione per la salute pubblica.

Considerate tutte queste fonti di malattia, perché un'unica pandemia influenzale dovrebbe meritare questa particolare attenzione? Prima di tutto, perché di fronte a più di 1500 microbi conosciuti come causa di malattia, l'influenza rimane comunque la regina in termini di mortalità. Anche in un anno in cui circolano solo i comuni ceppi virali dell'influenza, si stima che la mortalità sia comunque di circa 1-1,5 milioni di persone in tutto il mondo.

In una pandemia della durata di 12-36 mesi il numero di casi di morte aumenterebbe in modo drammatico. Recenti studi in fatto di clinica, epidemiologia ed esami di laboratorio suggeriscono che l'impatto causato da una pandemia da H5N1 potrebbe essere simile a quello della pandemia del 1918.

In quel caso più del 50% dei morti era rappresentato da persone in salute dai 18 ai 40 anni.

Se estrapoliamo questi dati alla popolazione americana di oggi: 1,7 milioni di persone con un'età compresa tra i 18 e i 40 anni morirebbero. Allo stesso modo si stima che globalmente ci sarebbero 180-360 milioni di vittime, più di 5 volte tutte le morti per Aids. Nel 1918-1919 la maggior parte delle morti era causata da una risposta immunitaria abnorme nei confronti del virus (una tempesta di citochine) che portava a una sindrome respiratoria acuta. In altre parole il sistema immunitario del paziente, per combattere il virus, finiva per danneggiare i polmoni in modo mortale.

Le vittime dell'H5N1 che abbiamo già avuto sono morte per lo stesso problema polmonare, e il mondo oggi non è pronto ad affrontare milioni di casi di crisi respiratoria acuta, così come non lo era 85 anni fa.

Nelle pandemie del 1957 e del 1968, la causa di morte invece erano le infezioni batteriche secondarie che attaccavano i polmoni già colpiti dall'influenza. Anche se le polmoniti batteriche possono essere curate con gli antibiotici, in caso di pandemia ci sarebbero scarse possibilità di avere il trattamento farmacologico pronto a breve e per tutti.

L'arrivo di una pandemia influenzale cambierebbe il mondo nel giro di una notte.

Un vaccino non sarebbe pronto prima di qualche mese e ci sarebbero scarse riserve di farmaci antivirali. In più solo le zone più ricche del pianeta avrebbero accesso ai vaccini.

I commerci e gli spostamenti sarebbero ridotti o addirittura sospesi per evitare il diffondersi del virus tra i paesi, anche se probabilmente questo tentativo fallirebbe a causa dell'alta infettività del virus e degli scambi illegali tra confinanti.

Anche il trasporto di beni di prima necessità come il cibo potrebbero essere sospesi: le economie regionali, nazionali e globali subirebbero un tracollo, qualcosa che non è mai successo nei casi dell'Hiv, della malaria e della Tbc, nonostante il loro impatto devastante nel mondo.

Lo scenario più simile a quello descritto finora è rappresentato dall'epidemia di Sars del 2003.

Per 5 mesi 8000 persone sono state infettate da un nuovo coronavirus umano. Circa il 10% di queste sono morte.

Sembra che il virus abbia contagiato l'uomo nel momento di passaggio da animali infetti venduti e macellati in condizioni di igiene insufficiente in Cina, nella provincia di Guangdong. Anche se non si tratta dell'influenza, la Sars ha dato un'idea di quanto velocemente un virus possa fare il giro del globo: è passata a 5 paesi in 24 ore e a 30 paesi in 6 continenti nel giro di qualche mese.

L'esperienza della Sars fornisce poi una lezione critica riguardo alla risposta mondiale a una eventuale pandemia influenzale. Nonostante il ridotto numero di vittime rispetto ad altre malattie infettive, la Sars ha avuto un impatto molto negativo sulla psicologia dei cittadini. In uno studio recente il National Academy of Science's Institute of medicine ha dichiarato:

"L'alta mortalità, l'alta diffusione, la novità della malattia, l'incertezza che emergeva nella capacità di controllare la crisi, hanno contribuito a creare un allarme generale. Questo panico ha a sua volta avuto delle ripercussioni sui trasporti e sull'economia del turismo come mai prima di allora."

La Sars ha solo fornito un assaggio di quello che potrebbe accadere all'economia mondiale in caso di una pandemia influenzale. JongWha Lee, della Korea University, e Warwick McKibbin della Australian National University hanno stimato una perdita economica in Asia e nelle zone del Pacifico, per i 6 mesi di epidemia della Sars, di circa 40 miliardi di dollari. In Canada 438 persone sono state infettate (e 43 sono morte) da una persona che aveva viaggiato da Hong Kong a Toronto. La Canadian Tourism Commission ha stimato una perdita per l'economia dovuta a questa epidemia di 419 milioni di dollari. L'Ontario health minister ha fatto una stima di una perdita per il sistema sanitario della provincia per 763 milioni di dollari, soldi che sono stati spesi in parte per adibire cliniche e materiali contro la Sars e per proteggere gli operatori sanitari.

La Sars ha avuto un grave peso anche sull'economia del turismo: durante la diffusione del virus il numero di voli tra Hong Kong e Stati Uniti è stato ridotto del 69%. La Sars ha evidenziato anche come una crisi infettiva abbia peso decisivo sui governi, soprattutto quelli già instabili. Secondo Yanzhong Huang della Seton Hall University l'epidemia della Sars ha causato la crisi politica e sociale più grave dal 1989 con i fatti di piazza di Tienanmen.

I problemi della Cina sono forse da imputare meno alla spesa pubblica e di più al tentativo fallito di arginare il panico nei cittadini. Durante la crisi, il premier Wen Jiabao ha detto in un incontro che la salute e la sicurezza delle persone così come lo sviluppo e la stabilità del paese erano al sicuro. Ma Huang pensa che "È stato un periodo di disinformazione, ansia e disaccordo. Il tentativo del premier era solo quello di dare una buona immagine del paese nell'arena internazionale." La diffusione epidemica di una malattia e il collasso economico possono destabilizzare un governo, ancor più se si tratta di una pandemia influenzale. Il livello di panico diffusosi durante la Sars può solo dare un'idea di quello che potrebbe succedere nel caso di una crisi influenzale con morti e malati che si succedono per mesi e mesi.

Sfortunatamente, le persone sono piuttosto indifferenti alle indicazioni di prevenzione della malattia (come per l'Hiv ad esempio), ma l'indifferenza diventa paura dopo la catastrofe, quando è troppo tardi per mettere in atto misure preventive e di controllo.

Pronti per il peggio

Che cosa può fare il mondo industrializzato per prepararsi alla prossima pandemia?

La risposta è semplice: molto. Attualmente l'Oms ha sviluppato dei piani di preparazione contro la pandemia che verrà. Il dipartimento di Sanità degli US ha potenziato ad esempio la ricerca per la produzione di un nuovo vaccino. Ma un piano di questo tipo deve necessariamente coinvolgere tutte le figure chiave della comunità.

È necessario coordinare medici, produttori farmaceutici, trasportatori, responsabili del settore alimentare. Sul piano governativo sono coinvolti la sanità pubblica, la giustizia e le forze dell'ordine a livello locale, statale e federale.

È da tenere in considerazione che un piano generale di questo tipo ha anche degli svantaggi. Aaron Wildavsky della Berkeley University afferma che la chiave di un buon piano di gestione della crisi è dettato dalla flessibilità, perché una struttura rigida può dare più danni che altro.

Però pianificare è necessario e utile.

Serve per identificare i responsabili di un settore del piano di emergenza, per procurarsi tutto il necessario, anche in termini di strutture organizzative.

Un piano di questo tipo fa anche interrogare i direttori delle strutture pubbliche su quali sono le loro responsabilità e fornisce una preparazione intellettuale ma anche emotiva, di modo che se la crisi arriva la comunità sia più pronta a intervenire. Speciale attenzione va riposta nella produzione di vaccini antinfluenzali. Bisogna sviluppare un piano di approvvigionamento mondiale del vaccino, con una ben definita scadenza temporale per garantirne il successo.

È molto positivo che Usa e Vietnam stiano già collaborando per sviluppare e produrre un vaccino per l'H5N1 per le rispettive nazioni.

Ma se la stessa cosa non verrà fatta da altri Stati sarà tutto inutile, perché l'influenza per essere fermata necessita per forza di un piano vaccinale su scala internazionale. Nessuno si può dire isolato in caso di pandemia. Il collasso commerciale causato dalla pandemia e il suo devastante effetto sui paesi industrializzati rappresenterà il primo vero test della flessibilità del sistema globale di trasferimento dei beni.

Considerando che il commercio mondiale si basa sulla rapida e precisa rintracciabilità di beni e servizi, una brusca caduta dell'economia globale intaccherebbe in modo drammatico la capacità di rispondere alla domanda di beni essenziali come cibo e farmaci. La comunità degli industriali non può continuare a rappresentare una minoranza nel pianificare una risposta alla pandemia.

Anche le industrie dovrebbero quindi avere delle indicazioni da seguire in caso di crisi, ogni compagnia dovrebbe eleggere un manager che risponda della capacità di produzione, accessibilità e trasporto dei prodotti in caso di crisi.

Per completare la questione, tutti i piani a livello locale, nazionale e internazionale dovrebbero prendere in considerazione 3 scenari possibili:

- *Cosa succedrebbe se la pandemia iniziasse stanotte?*

- E se iniziasse tra un anno?
- E se fossimo tanto fortunati da avere 10 anni per prepararci?

Tutte e tre le possibilità sono probabili, ma nessuna di queste è certa.

Iniziare stanotte

Cosa potrebbe succedere stanotte se in alcune città del Vietnam scoppiasse improvvisamente un'epidemia di H5N1?

Prima di tutto ci sarebbe una corsa ai dati ufficiali degli enti governativi per conoscere a che punto è la sorveglianza della malattia, per sapere quali paesi hanno una buona possibilità di avere casi legati all'epidemia.

Successivamente, si deciderebbe di chiudere i confini almeno in alcuni Stati, senza nessuna indicazione di quando potrebbero essere riaperti. La chiusura dei confini sarebbe necessaria anche per tutelare le nazioni che avessero già pensato all'eventualità di vaccinare i propri cittadini.

I comandanti militari poi studierebbero delle strategie per difendere il paese anche da eventuali insurrezioni intestine nelle nazioni colpite. Ma non solo, anche nelle nazioni indenni si svilupperebbero caos e panico soprattutto di fronte alle notizie mediatiche della progressiva diffusione del virus nel mondo.

L'economia a quel punto sarebbe in ginocchio.

Ogni nazione dovrebbe prevedere un piano di sopravvivenza solo con le proprie risorse per almeno 12-36 mesi.

Sia i settori privati che pubblici dovrebbero identificare dei referenti interni a cui rivolgersi per soddisfare il bisogno di beni di prima necessità. Nello stesso tempo se il paese venisse infettato la forza lavoro calerebbe perché si ammalerebbe il 50% della popolazione con una mortalità del 5%. E il virus potrebbe colpire i responsabili del piano di contenimento della crisi come chiunque altro.

Potrebbero esserci carenze di cibo, sapone, carta, lampadine, carburante, pezzi di ricambio per strumenti militari, distribuzione dell'acqua, medicine. Le industrie di beni non indispensabili come quelle di indumenti, elettronica, automobili potrebbero subire un tracollo per l'assenza di domanda e chiuderebbero.

Le attività che implicano uno stretto rapporto umano come le scuole, i teatri e i ristoranti sarebbero chiuse. Il vaccino non avrebbe nessun effetto prima di un mese e avrebbe anche un limitato effetto durante i successivi 12-18 mesi dall'inizio della pandemia. Nonostante gli altri vaccini facciano ricorso a conoscenze innovative, quello dell'influenza utilizza strumenti fragili e limitati basati su una tecnologia che risale agli anni '50.

Oggi la produzione di vaccino antinfluenzale si aggira attorno ai 300 milioni di dosi annuali per quello trivalente o a 1 miliardo di dosi per il monovalente. Considerando la comparsa di un nuovo ceppo virale, la protezione delle persone sarà garantita solo dopo 2 inoculazioni vaccinali. Con i numeri di oggi questo significa che meno di 500 milioni di persone, circa il 14% della popolazione mondiale, riuscirà ad essere vaccinato entro un anno dallo scoppio della pandemia.

In più visto che la struttura del virus cambia in fretta, la produzione di vaccino può iniziare solo una volta che la pandemia è scoppiata, per garantire di produrre un vaccino per un virus quanto più nuovo possibile.

Dallo scoppio della pandemia si stima possano passare 6 mesi per arrivare al vaccino finito.

Anche ammettendo che tutte queste tappe funzionino, il vaccino influenzale è prodotto solo in 9 nazioni: Australia, Canada, Germania, Italia, Giappone, Paesi Bassi, Gran Bretagna e Stati Uniti. Questi paesi contano solo il 12% della popolazione mondiale.

In caso di pandemia influenzale probabilmente queste nazioni terranno i vaccini per i propri cittadini, come è già successo nel 1976 quando gli Stati Uniti, anticipando una pandemia di influenza suina (H1N1), si sono rifiutati di condividere il vaccino con le altre nazioni.

Se accadesse una pandemia avremmo comunque un'altra arma: i farmaci antivirali.

Se presi ogni giorno durante il periodo di esposizione al virus sono in grado di prevenire l'insorgenza della malattia.

Sono anche in grado, se presi entro 48 ore dall'esposizione al virus, di ridurre i sintomi e le complicanze. Purtroppo non ci sono dati che garantiscano che gli antivirali abbiano la stessa efficacia anche per il ceppo H5N1, e non si è certi che possano avere efficacia in caso di pazienti che abbiano già sviluppato la forma polmonare grave con rilascio di citochine. Per combattere la pandemia gli antivirali potrebbero essere essenziali, ma anche per questi farmaci si pone il problema della quantità di scorte, inoltre per la maggior parte dei paesi non sarebbero utilizzabili per l'alto costo. [...]

Anche gli antibiotici per curare le infezioni batteriche di eruzione secondaria avranno gli stessi problemi. Anche oggi, negli Stati Uniti, le scorte di otto diversi agenti antifettivi sono ridotte, per problemi industriali di produzione.

Al di là del problema farmacologico, molti paesi non saranno in grado di affrontare l'ondata di richiesta di servizi sanitari, che oggi sono dati per scontati. Negli Stati Uniti, per esempio, ci sono 105.000 respiratori automatici, 75.000-80.000 dei quali sono già in uso durante tutte le ore di tutti i giorni. Durante una stagione influenzale il numero di respiratori in uso arriva a 100.000. In una pandemia influenzale, gli Stati Uniti potrebbero aver bisogno di centinaia di migliaia di respiratori in più. La stessa situazione si ripete anche negli altri paesi industrializzati. In proiezione tutto l'equipaggiamento medico degli ospedali potrebbe essere insufficiente entro qualche giorno dallo scoppio di una pandemia.

Attualmente due industrie statunitensi forniscono in tutto il mondo la maggior parte delle mascherine di protezione per chi lavora nella sanità. Ma queste non sarebbero in grado di sopperire all'aumento di domanda in caso di pandemia, perché le materie prime arrivano da diversi paesi, quindi se si interrompersero i trasporti non si avrebbe la possibilità di produrre più mascherine. Anche le organizzazioni sanitarie e i medici sono impreparati all'eventualità di una pandemia.

Ci sarà bisogno di un enorme quantità di assistenza medica.

Nuovi ospedali sarebbero improvvisati all'interno di scuole e centri almeno per 1-3 anni.

I medici si ammalano e moriranno come chiunque altro, anzi probabilmente in percentuale maggiore se non avranno la possibilità di usufruire di equipaggiamento di protezione. È probabile che si arruolino allora come aiuto-medico dei volontari che abbiano sviluppato una risposta immunitaria nei confronti dell'influenza, avendola contratta e avendola superata. E questo andrebbe contro la riconosciuta resistenza della comunità medica ad accettare volontari nel loro lavoro, andrebbero quindi riviste le norme giudiziarie e professionali.

Ma ci si dovrebbe porre questioni più delicate.

Chi deve stabilire le priorità nell'accesso a scorte limitate di farmaci antivirali? I cittadini potrebbero ritenere qualsiasi criterio di scelta un'ingiustizia, creando dissenso e rivolte. In più non siamo dotati di regolamentazione di smaltimento di un numero enorme di cadaveri come quello che potrebbe esserci. È evidente come, in caso di pandemia, sia necessario pianificare tutto, sia dal punto di vista medico che non, e interessando tutti i piani sociali di tutte le nazioni.

Da oggi a un anno

Anche se la pandemia arrivasse tra un anno, comunque bisognerebbe muoversi velocemente.

Bisognerebbe sviluppare delle campagne di informazione per il settore medico e non. Ogni ente, industria, scuola, obitorio, dovrebbe avere un suo piano d'emergenza. C'è bisogno urgente di trovare misure in grado di contrastare la vulnerabilità dell'economia mondiale. Sono necessarie delle scorte di prodotti di consumo e per la salute.

I medici devono imparare come comunicare il rischio, imparare a gestire fatti e conoscenze teoriche per condividere le informazioni con un pubblico preso dal panico. Se ci fosse ancora un anno di tempo la produzione di un vaccino giocherebbe un ruolo molto più importante. Anche se la capacità di produzione vaccinale rimanesse invariata, si potrebbero migliorare le tecniche che permettono di avere più dosi a partire da una singola dose vaccinale, per sopperire all'aumento di richiesta. In più si dovrebbero studiare dei piani per assicurare la disponibilità di siringhe e strumenti per la spedizione di vaccini. È necessario anche un piano internazionale su come assegnare i vaccini. È molto meglio infatti porsi questi problemi etici ora in una pubblica discussione, piuttosto che aspettare fino all'arrivo della crisi. I piani di prevenzione vanno migliorati. Si deve dare la priorità agli interventi d'urgenza e alla analisi del rischio. Un piano d'azione aggressivo e comprensivo dovrebbe partire da subito per studiare l'ecologia e la biologia del virus e il ruolo epidemiologico delle varie specie animali coinvolte. Fra 10 anni se i paesi industrializzati cominciassero già da ora a sviluppare un sistema nuovo di produzione di vaccini, una pandemia influenzale fra 10 anni potrebbe avere un impatto molto meno devastante. Si potrebbe già da ora iniziare un progetto internazionale per produrre un vaccino per l'intera popolazione mondiale.

Dovrebbe essere una priorità per i 7 paesi industrializzati più la Russia (G8).

Attualmente la legge "Bioshield" (scudo biologico) e un'altra legge che è stata sottoposta al Congresso americano si propone di promuovere la disponibilità di vaccini negli Usa.

È un buon intento, ma conta poco nei confronti di un bisogno internazionale.

La finalità ultima dovrebbe essere quella di produrre un nuovo vaccino che funzioni per tutti i sottotipi di influenza e che possa essere disponibile in breve tempo per tutti gli abitanti del mondo.

Che direzione prendere?

Il mondo deve capire meglio quale sia il potenziale di un'emergenza causata da una pandemia influenzale.

È lecito attendersi una pandemia, può essere causata da H5N1 o da un nuovo ceppo virale.

Può succedere stanotte, l'anno prossimo, o fra 10 anni.

I segnali sono allarmanti: il numero di infezioni da H5N1 in animali e uomini sta crescendo; piccoli focolai epidemici sono stati documentati, suggerendo che il virus è vicino a manifestare un passaggio uomo-uomo. Intanto il virus continua a evolvere grazie al riassortimento genetico nel passaggio tra polli, suini, uomini. L'incredibile esplosione demografica in Asia ha creato una situazione di convivenza di diversi ospiti per il virus. Consideriamo che: la pandemia influenzale più recente, quella del 1968-1969 è nata in Cina, quando la popolazione era di 790 milioni di persone.

Oggi è di 1,3 miliardi di persone. Nel 1968 i maiali in Cina erano 5,2 milioni; oggi sono 508 milioni.

Nel 1968 i polli cinesi erano 12,3 milioni, oggi sono 13 miliardi. I cambiamenti sono simili anche nelle altre nazioni: con questo tasso di sviluppo, e considerando la crescita esponenziale nei viaggi intercontinentali degli ultimi 50 anni, si capisce come una pandemia influenzale possa essere oggi più devastante che mai.

Il disastro può essere evitato? La risposta è sì.

Anche se una pandemia influenzale non può essere evitata, il suo impatto può essere considerevolmente diminuito. Questo dipende da come i capi di Stato –dai rappresentanti del G8 alle autorità locali- decidono di agire. Questi devono affrontare le questioni economiche, di sicurezza, di salute che la prossima pandemia porrà in primo piano, e decidere come investire i propri mezzi. Ogni paese deve rendersi conto che, se anche possiede abbastanza dosi vaccinali per proteggere i propri cittadini, l'impatto economico di una pandemia mondiale infliggerà molti danni a tutti. Le risorse necessarie per prepararsi nel migliore dei modi saranno costose.

Ma vanno considerate alla luce di quanto costerebbe non prendere iniziative: si prospetterebbe un'economia globale zoppicante per molti anni. Questo è il punto critico. Il tempo scorre e la prossima pandemia potrebbe essere sempre più vicina. Dobbiamo agire con decisione e cognizione di causa.

Un giorno, dopo che la prossima pandemia sarà avvenuta e passata, una commissione come quella dell'11 settembre sarà interpellata per valutare quanto i governi, le imprese, i dirigenti della salute pubblica abbiano preparato il mondo per la catastrofe, una volta avuto chiaro il pericolo. Quale sarà il verdetto?

Il Magazine

L'importanza della velocità e dell'adattamento in sanità –

Approfondimenti da Elio Borgonovi

Il professor Elio Borgonovi, voce illustre di LinkedIn e docente universitario all'Università Bocconi, ha acceso un dibattito significativo sul ruolo cruciale della velocità nell'affrontare le sfide moderne, in particolare nel settore sanitario. Attraverso post interconnessi, Borgonovi sottolinea la necessità di un rapido adattamento e di un pensiero selettivo per affrontare in modo efficace i cambiamenti socioeconomici e istituzionali.

Il primo post: La velocità del cambiamento

Nel suo post iniziale Borgonovi sottolinea: "La velocità dei cambiamenti nell'ambiente socioeconomico e istituzionale richiede una rivalutazione del detto comune secondo cui 'la fretta fa sprecare.' Dato che il ritmo degli ambienti esterni per le organizzazioni sanitarie è incontrollabile, emerge un nuovo principio: la velocità richiede lo sviluppo di un pensiero selettivo e critico per cogliere elementi essenziali di cambiamento per una formulazione tempestiva delle politiche". Questa riflessione ha raccolto varie risposte, tra cui:

- *Tudor Draghici, medico professionista, ha sottolineato l'importanza di un team di qualità per un direttore generale.*
- *Chiara Serpieri, Direttore Generale, ha sottolineato la distinzione tra adattamento strategico e operativo.*
- *Gabriele Rossi, in Relazioni strategiche e alleanze, ha chiarito la differenza tra velocità e fretta.*
- *Attilio AM Bianchi ha evidenziato il valore della tempestività nelle decisioni strategiche.*
- *Bernardo Alagna, chirurgo, ha ribadito il ruolo cruciale della gestione del tempo nella leadership sanitaria.*
- *Marco Scaglione, uno statistico, ha raccomandato un uso preciso del linguaggio per chiarezza.*

Il secondo post: proverbio africano e adattamento

Nel suo post successivo, Borgonovi ha fatto riferimento a un proverbio africano per illustrare ulteriormente la necessità di un'azione rapida

"Ogni giorno in Africa, quando sorge il sole, una gazzella sa che deve correre veloce per evitare di essere uccisa. Ogni giorno in Africa, quando sorge il sole, un leone sa che deve correre veloce per non morire di fame. Ogni giorno in Africa, quando sorge il sole, che tu sia una gazzella o un leone, la chiave è iniziare a correre."

Ha incluso anche una citazione della poetessa Maya Angelou: "Ho imparato che le persone dimenticheranno quello che hai detto, le persone dimenticheranno quello che hai fatto, ma le persone non dimenticheranno mai come le hai fatte sentire." Queste citazioni hanno stimolato ulteriori riflessioni nei commenti:

- *Francesco Marcone, Pubblico Ufficiale, ha espresso gratitudine per le intuizioni di Borgonovi.*
- *Attilio AM Bianchi ha fatto riferimento a Seneca in relazione alla discussione.*
- *Nunzia D'Abbiere, Direttore Onco-Ematologico, ha sottolineato l'importanza delle relazioni all'interno delle organizzazioni.*

- Roberto Carella, Business Coach, ha individuato il tema come tipico dei sistemi adattivi complessi.
- Natalia Fernández Díaz-Canel, professoressa universitaria, ha trovato il post “assolutamente fantastico”.

Conclusioni

L'analisi di Elio Borgonovi sulla velocità dell'azione e sul significato delle relazioni ha acceso un dialogo profondo su LinkedIn. I commenti sottolineano la necessità di un rapido adattamento, unito al pensiero critico e strategico per cogliere le opportunità di cambiamento. La tempestività nel processo decisionale strategico e operativo emerge come un vantaggio competitivo cruciale in un ambiente sanitario in rapida evoluzione.

Riflessioni della Redazione

Considerazioni sul bilanciamento tra velocità e stabilità nel cambiamento organizzativo del settore sanitario
 Nel panorama dinamico dell'assistenza sanitaria, la necessità di velocità e stabilità nel cambiamento organizzativo è fondamentale. Gli approfondimenti provenienti da varie fonti fanno luce sugli aspetti critici della gestione efficace del cambiamento in ambito sanitario. Ecco alcune considerazioni chiave:

1. **Velocità nel processo decisionale** : l'adattamento e il processo decisionale rapidi sono cruciali nel settore sanitario, soprattutto durante situazioni critiche come lesioni traumatiche o ictus. Interventi tempestivi possono avere un impatto significativo sui risultati dei pazienti, sottolineando l'importanza di risposte rapide e di una comunicazione efficiente all'interno dei team sanitari.
2. **Tecnologia e comunicazione** : l'integrazione di reti in fibra ottica ad alta velocità e dispositivi mobili svolge un ruolo fondamentale nel facilitare un rapido scambio di informazioni e nel migliorare la cura dei pazienti. La trasmissione dei dati in tempo reale consente agli operatori sanitari di prendere decisioni informate tempestivamente, migliorando la qualità complessiva dell'assistenza.
3. **Esperienza del paziente** : l'assistenza incentrata sul paziente richiede un delicato equilibrio tra velocità e qualità del servizio. I pazienti si aspettano un'erogazione delle cure tempestiva ed efficiente e qualsiasi ritardo o confusione nel processo può influire sulla loro percezione della qualità delle cure ricevute. L'implementazione di tecnologie come i chioschi per il check-in automatico e la segnaletica digitale può migliorare l'esperienza del paziente riducendo i tempi di attesa e fornendo indicazioni chiare.
4. **Gestione del cambiamento** : l'implementazione dei cambiamenti organizzativi nel settore sanitario richiede un approccio strategico per bilanciare velocità e stabilità. Le iniziative di cambiamento di successo implicano la responsabilizzazione del personale, la promozione di una comunicazione trasparente e l'allineamento della cultura organizzativa con le nuove pratiche. Coinvolgere le parti interessate a tutti i livelli, creare fiducia e sfruttare modelli di gestione del cambiamento come gli 8 passaggi di Kotter può facilitare transizioni più fluide e miglioramenti sostenibili.
5. **Coinvolgimento dei dipendenti** : nelle organizzazioni sanitarie, il coinvolgimento del personale è fondamentale per il successo delle iniziative di gestione del cambiamento. Coinvolgere il personale in prima linea, promuovere una comunicazione aperta e affrontare i potenziali ostacoli al cambiamento sono essenziali per promuovere trasformazioni significative e garantire la sostenibilità a lungo termine.
6. **Approccio olistico** : il modello McKinsey 7S fornisce un quadro completo per il cambiamento organizzativo considerando vari elementi quali strategia, struttura, sistemi, competenze, personale, stile e valori condivisi. L'allineamento di questi componenti garantisce un approccio olistico e coordinato alla gestione del cambiamento nel settore sanitario.

In conclusione, raggiungere un equilibrio tra velocità e stabilità nel cambiamento organizzativo sanitario richiede un approccio multiforme che dia priorità al processo decisionale tempestivo, alla comunicazione efficace, all'assistenza centrata sul paziente e alle pratiche di gestione strategica del cambiamento.

Integrando queste considerazioni, le organizzazioni sanitarie possono affrontare il cambiamento con successo, migliorare i risultati dei pazienti e promuovere un miglioramento continuo nel panorama dell'erogazione dell'assistenza sanitaria.

<https://magazine.grandiospedali.it/2024/05/09/top-voice-elio-borgonovi-la-velocita-il-leone-e-la-gazzella/>

L'appropriatezza prescrittiva secondo Slow Medicine Ets

Direttivo Slow Medicine ETS

L'appropriatezza prescrittiva è un complesso fenomeno professionale, etico, sociale ed economico e qualunque soluzione proposta per arginare l'inappropriatezza non può prescindere dalla necessità di interventi sociali e culturali. Riteniamo indispensabile che il problema sia affrontato con la necessaria determinazione, ma anche con equilibrio e buonsenso, dato non può essere controllato intervenendo sui singoli componenti come se fossero disgiunti dal contesto organizzativo, culturale e sociale entro cui si esprimono.

09 MAG -

In questi giorni il dibattito sulle liste d'attesa e come affrontarle si sta concentrando sull'appropriatezza prescrittiva, un tema di cui Slow Medicine ETS si occupa da molti anni, avendo, tra l'altro, lanciato e gestendo il progetto Choosing Wisely Italy. Alla campagna, inserita nella rete internazionale, hanno aderito finora più di 50 Società scientifiche nazionali di medici, infermieri, farmacisti e fisioterapisti che si sono fatte parte attiva nell'individuare alcune pratiche (test diagnostici, trattamenti e procedure) relative alla propria branca specialistica, che non dovrebbero essere prescritte o effettuate di routine, perché a rischio di inappropriatezza, ma essere oggetto di dialogo tra professionista e paziente.

Il concetto di appropriatezza clinica si riferisce alla pratica medica di prescrivere indagini diagnostiche, interventi terapeutici o farmaci in base alle migliori conoscenze scientifiche e alle specifiche necessità del paziente, allo scopo di massimizzare i risultati positivi per la salute e ridurre gli effetti negativi sull'uomo e sull'ambiente.

Numerose ricerche hanno dimostrato che circa il 30% [] della spesa sanitaria è sprecata per eseguire prestazioni inutili, che non producono alcun beneficio al paziente o che sono perfino dannose. Su questo tema c'è ormai un'ampia letteratura scientifica che riguarda ogni ambito della medicina e di cui tutti, e in primo luogo i medici, dovrebbero essere consapevoli per cercare di porvi rimedio [].

Prescrivere in modo inappropriato, infatti, oltre che danneggiare la singola persona (danni da sovrautilizzo correlati alle procedure diagnostiche, ai trattamenti terapeutici e alla sovradiagnosi e da sottoutilizzo per mancata prescrizione di cure essenziali) può avere rilevanti ripercussioni negative anche sul piano sociale e ambientale.

L'esecuzione di prestazioni inappropriate, infatti, consuma preziose risorse che potrebbero essere impiegate per assicurare prestazioni sanitarie efficaci a tutti coloro che ne hanno effettivamente bisogno. Dato che le risorse non sono infinite, l'inappropriatezza prescrittiva si accompagna sempre al sottoutilizzo di servizi e di prestazioni efficaci, con gravi conseguenze per la salute delle persone che, per ragioni economiche, sono costrette a rinunciare alle cure.

La contemporanea presenza di pazienti che ricevono prestazioni inutili e dannose e di altri che non possono accedere alle cure di cui hanno bisogno, dà origine ad uno dei più odiosi paradossi della medicina d'oggi. Un paradosso, peraltro, che non distribuisce i suoi effetti in modo casuale tra la popolazione, ma agisce con maggiore intensità nei confronti delle persone più fragili e appartenenti alle classi sociali più svantaggiate. Secondo un sondaggio Ipsos, realizzato in collaborazione con la Fimmg, il 16% degli intervistati riferisce di aver rinunciato almeno una volta alle cure, una percentuale che tende a raddoppiare tra le fasce della popolazione socialmente più marginali.

Inoltre, considerato che il 5% circa delle immissioni in atmosfera di gas clima-alteranti provenienti dalle attività umane è riconducibile ai servizi sanitari, valore equivalente a circa il doppio dell'intero trasporto aereo, il controllo dell'eccesso di prestazioni rappresenta una delle più importanti misure per contenere queste immissioni.

L'appropriatezza prescrittiva è un complesso fenomeno professionale, etico, sociale ed economico e qualunque soluzione proposta per arginare l'inappropriatezza non può prescindere dalla necessità di interventi sociali e culturali. Per questi motivi e in considerazione della crescente crisi di sostenibilità del Servizio Sanitario Nazionale riteniamo indispensabile che il problema dell'inappropriatezza sia affrontato con la necessaria determinazione, ma anche con equilibrio e buonsenso, dato non può essere controllato intervenendo sui singoli componenti come se fossero disgiunti dal contesto organizzativo, culturale e sociale entro cui si esprimono.

Come abbiamo detto, le cause dell'inappropriatezza sono diverse e vanno affrontate secondo una prospettiva sistemica, che tenga conto della complessa struttura delle loro relazioni. Ecco alcuni di questi fattori:

- le scarse risorse dedicate alla sanità e le modalità organizzative dei servizi sanitari;
- le aspettative irrealistiche derivate dalla diffusa credenza che un esame oggettivizzi lo stato di malattia meglio di qualunque valutazione di un medico e la diffusa opinione che il medico che prescrive molti esami sia accurato e scrupoloso;
- la cultura prevalente secondo la quale sono le prestazioni a garantire la salute e non la presa in carico del paziente nella sua totalità;

- la pressione commerciale delle aziende che producono strumenti diagnostici e mettono in atto strategie di mercato per dimostrarne l'indispensabilità;
- le sollecitazioni di siti internet, associazioni, riviste, giornali che ricevono finanziamenti da aziende commerciali che operano nel settore sanitario;
- la tendenza di molti medici a prescrivere un esame piuttosto che spiegarne l'inutilità, ritenendo che il risultato negativo di un test convinca il paziente che i suoi disturbi non esistono;
- la credenza che le nuove tecniche diagnostiche immesse sul mercato siano migliori di quelle precedenti (e comunque sperimentate);
- la diffusione di assicurazioni e fondi sanitari, nati per vicariare alcune carenze del SSN, che di fatto alimentano il ricorso a prestazioni diagnostiche aggiuntive e parallelamente creano iniquità fra i cittadini iscritti a tali fondi e coloro che non vi possono accedere;
- la promozione di "pacchetti di prevenzione" che propongono l'esecuzione di esami di screening che non miglioreranno la salute delle persone, ma le illudono di essere ben controllate;
- il disagio dei medici, costretti a gestire contemporaneamente l'incertezza insita nella medicina e le sollecitazioni dei pazienti che esigono risposte pronte e sicure per ogni tipo di problema;
- la medicina difensiva che deriva dal timore dei sanitari di essere implicati in contenziosi medico-legali se non prescrivono ciò che gli specialisti hanno richiesto o ciò che il paziente pretende;
- il definanziamento del Sistema Sanitario Pubblico, dove i criteri di appropriatezza sono riconosciuti e la responsabilità prescrittiva è in carico al medico richiedente, a fronte della crescita di una sanità privata più deresponsabilizzata sul tema.

Competenze, ruoli e responsabilità per affrontare questi problemi sono diversi ed ognuno, per quanto di competenza, è chiamato a dare il proprio fattivo contributo per cercare di mitigarne gli effetti.

Ecco perché il tentativo di contenere l'inappropriatezza intervenendo semplicemente sulle prescrizioni dei medici dipendenti o convenzionati con il SSN è perlomeno velleitario. Ovviamente, anche loro hanno una parte di responsabilità, ma sono solo uno dei fattori in causa e oltretutto bisogna tener conto che le loro prescrizioni sono spesso dettate da altri (specialisti pubblici e privati) e sollecitate da pazienti male informati, esigenti e non di rado aggressivi.

Affermare che il problema è complesso non deve far pensare, però, che non si possa o non si debba affrontare e, visto che riguarda soprattutto i medici, dovrebbero essere loro, in primo luogo, a dare il buon esempio, proponendo soluzioni e avviando progetti dimostrativi, allo scopo di migliorare la qualità, la sicurezza e la sostenibilità delle cure. La letteratura e l'esperienza sono molto prodighe di esempi di ciò che potrebbero fare fin da subito, senza aspettare sollecitazioni esterne. Pensiamo, per esempio, alle indagini radiologiche per il mal di schiena, agli esami preoperatori o alle prescrizioni degli inibitori di pompa protonica.

Comunque, come abbiamo detto, bisogna agire contemporaneamente su più fronti.

Amministratori

- Finanziare adeguatamente il SSN: nel 2022 l'Italia ha destinato alla sanità pubblica il 6,8% del PIL. Un valore basso rispetto alla media dei Paesi europei (7,1%) ed in particolare rispetto ai Paesi come Germania e Francia che si assestano intorno al 10%. Vale la pena di ricordare che in termini assoluti questo gap vale diverse decine di miliardi.

- Mettere a disposizione un numero congruo di professionisti: in Italia il numero di medici è 4,1 per 1.000 abitanti al di sopra della media OCSE (3,7), ma in Italia solo il 17% sono Medici di Medicina Generale, rispetto al 23% della media OCSE. D'altro canto, in Italia abbiamo 6,2 infermieri per 1.000 abitanti, rispetto alla media dei Paesi OCSE (9,2).

- Promuovere l'integrazione e il potenziamento delle attività territoriali, favorendo la comunicazione tra specialisti ospedalieri e medici del territorio, incentivando la formazione e l'assunzione di infermieri di famiglia e di comunità, che possono svolgere un lavoro di raccordo sul territorio e rendendo operative le Case e gli ospedali di comunità.

- Vigilare affinché gli specialisti pubblici e convenzionati prescrivano direttamente le indagini e i trattamenti che ritengono utili attribuendo a ciascuno la propria responsabilità. Ogni professionista deve rispondere dell'appropriatezza delle proprie scelte, sul piano amministrativo, giuridico ed etico-deontologico, utilizzando le normali procedure prescrittive del SSN.

- Avviare sistemi di monitoraggio delle prestazioni, utilizzando la variabilità prescrittiva non per scopi sanzionatori, ma per l'individuazione di priorità di lavoro, e promuovere iniziative di formazione dei professionisti scovre da conflitti di interesse. La corretta valutazione dell'appropriatezza non può essere formulata in rapporto a specifici volumi onnicomprensivi di prestazioni o a medie finanziarie di spesa, di singoli professionisti che si discostano dai parametri della popolazione.

Professionisti

- Favorire la relazione medico-paziente e il tempo ad essa dedicato, migliorando la comunicazione con i pazienti allo scopo di condividere il più possibile le decisioni nell'ambito di un rapporto di fiducia.

- Avviare iniziative di audit clinici tra pari e di de-implementazione di prestazioni inappropriate

- Adeguare la pratica clinica alle migliori conoscenze disponibili, facendo riferimento, per esempio, alle oltre 300 raccomandazioni di Choosing Wisely Italy e alle 30 schede di informazione per i cittadini.

Pazienti/cittadini

- Mitigare le attese irrealistiche riposte nella tecnologia con campagne informative finanziate dal SSN.
- Informare pazienti e cittadini sull'importanza per la loro salute delle corrette abitudini di vita e del possibile danno derivante da esami e trattamenti non necessari in primis tramite la relazione medico-paziente.
- Promuovere lo sviluppo di una cultura della salute capace di essere critica nei confronti di sollecitazioni commerciali e informazioni scorrette diffuse da siti internet, social media, riviste e altro
- Diffondere il concetto che non sempre fare di più non significa fare meglio, ciò che è nuovo non è sempre preferibile, esami e trattamenti non necessari possono provocare danni.

Documento elaborato con la collaborazione di Giuseppe Belleri, Antonio Bonaldi, Stefano Celotto, Sandra Venero.

https://www.quotidianosanita.it/studi-e-analisi/articolo.php?articolo_id=122032



Medicina di precisione: la prima mappa dei centri che analizzano il genoma

Tiziana Moriconi

Agenas ha effettuato la ricognizione delle strutture pubbliche e private dotate di tecnologie NGS per fare sequenziamento genico. Online la piattaforma navigabile

Quanti laboratori in Italia sono oggi in grado di fare sequenziamento genico?

E, in particolare, di farlo con tecnologie Next Generation Sequencing (NGS), che permettono di sequenziare contemporaneamente molti geni (o geni molto grandi) in poco tempo?

Per rispondere a queste - ed altre - domande, l'Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali (Agenas) ha condotto la prima ricognizione delle attività di Genomica delle strutture pubbliche e private accreditate su tutto il territorio, e ha [pubblicato online mappe e dati](#).

La piattaforma è articolata in due sezioni: una relativa alle normative attuate dalle Regioni, l'altra relativa alle attività dei centri.

Il database riporta, tra gli altri dati, l'anno di avvio delle analisi genomiche, la tipologia di esami effettuati e di piattaforme utilizzate, l'attività di service, le biobanche e l'analisi bioinformatica svolta.

La mappatura

Ebbene, nel complesso [132 centri](#) (di cui 99 pubblici e 33 privati accreditati) hanno trasmesso informazioni sulle loro attività eseguite con piattaforme NGS per conto del Sistema sanitario nazionale nel biennio 2021-2022, per un totale di oltre 300 laboratori attivi (alcune strutture hanno più di un laboratorio).

La Lombardia risulta la Regione con più strutture (28) seguita dalla Sicilia (15) e dal Lazio (13).

Le attività dei laboratori appaiono suddivisi [in 4 diversi ambiti](#): genetica medica (con oltre 340 mila campioni analizzati nel biennio considerato), microbiologia (oltre 127 mila campioni), anatomia patologica (126 mila campioni) e patologia clinica (quasi 52 mila campioni).

Per quanto riguarda l'anatomia patologica, la diagnostica molecolare oncologica la fa da padrona: quasi il 65% dei campioni analizzati ha riguardato quest'area.

Ancora: 74 centri svolgono attività in convenzione per esterni; [94 centri effettuano anche attività di ricerca](#), oltre a quella diagnostica: per il 19% la ricerca riguarda l'ambito oncologico.

Il perché della ricognizione

Le tecnologie genomiche sono sempre più protagoniste nella ricerca e nella clinica, e sono alla base della medicina di precisione e personalizzata.

In questo contesto, la ricognizione di Agenas si inserisce nell'ambito del "Tavolo di coordinamento interistituzionale per la Genomica in Sanità Pubblica" e come parte dell'attuazione del "Piano per l'innovazione del Sistema Sanitario basata sulle scienze omiche".

L'obiettivo - riporta l'agenzia - è quello di ottenere una mappatura dei modelli organizzativi regionali, dell'accessibilità geografica, dei volumi, della tipologia di analisi genomiche eseguite e della diffusione delle tecnologie NGS.

Non ultimo, inoltre, vuole favorire la realizzazione di un'organizzazione in rete e la condivisione delle esperienze regionali.

Allo stato attuale, [11 regioni](#) hanno emanato provvedimenti per costituire una rete dei laboratori che svolgono analisi genomiche, e/o linee di indirizzo per organizzare l'attività; 7 regioni si stanno organizzando mentre 3 sono ancora ferme.

[https://www.repubblica.it/salute/dossier/labrevolution/2024/05/21/news/agenas mappa centri sequenziamento genoma ngs-423059694/](https://www.repubblica.it/salute/dossier/labrevolution/2024/05/21/news/agenas_mappa centri_sequenziamento_genoma_ngs-423059694/)

thebmj

La valutazione del rischio per il piano di forza lavoro a lungo termine del NHS England dovrebbe preoccupare i medici

David Oliver, consulente in geriatria e medicina generale acuta

BMJ 2024; 385 doi: <https://doi.org/10.1136/bmj.q1073> (Pubblicato il 13 maggio 2024) Citarlo come: BMJ 2024;385;q1073

Nel giugno 2023 NHS England (NHSE) ha pubblicato il suo piano per la forza lavoro a lungo termine tanto atteso e serialmente ritardato per il NHS. [1](#)

Nei 10 mesi successivi abbiamo assistito a controversie salariali, difficili trattative contrattuali, scioperi e votazioni del personale clinico. [2](#) [3](#) [4](#)

Mentre il Comitato dei Consulenti della BMA ha ormai risolto una lunga controversia contrattuale con il governo, [5](#) il suo Comitato dei Medici Junior non sembra più vicino ad una soluzione negoziata. [6](#)

Continuiamo a dover affrontare seri problemi legati alla fidelizzazione e al morale della forza lavoro, nonché a carenze di personale e di rotazione in una vasta gamma di discipline cliniche, in ambito infermieristico ancor più che in medicina. [7](#)

Il mese scorso la BMA ha pubblicato un documento sulla "lotta al logoramento medico", [8](#) stimando che nel 2022-2023 circa 15.000-23.000 medici avrebbero lasciato il personale del servizio sanitario nazionale, che sostituirli costerebbe da 1,6 a 2,4 miliardi di sterline, e che mai altri medici stavano prendendo provvedimenti per andarsene.

Ha chiesto un'azione urgente in materia di mantenimento attraverso una serie di azioni pratiche.

C'è stata anche una notevole controversia sull'espansione dei ruoli dei medici associati e degli anestesisti annunciata nel piano della forza lavoro e sui piani del Consiglio medico generale per la loro regolamentazione. [9](#) [10](#) Ciò ha portato diversi college reali di medicina a controversie liturgiche con i propri membri. [11](#) [12](#) [13](#)

Richiesta FOI

Si spera che l'NHSE avesse previsto alcuni di questi problemi e non si fosse compiaciuto di mitigarli o prevenirli. Volevo capire quali tentativi avesse fatto per anticipare e pianificare tali problemi nell'ambito dello sviluppo del suo piano sull'organico e se avesse cercato di modificare o evitare rischi gravi. Pertanto, a febbraio ho inviato all'NHSE una richiesta di libertà di informazione chiedendo se poteva condividere la valutazione del rischio che aveva accompagnato il piano per la forza lavoro.

Le mie richieste sono state soddisfatte apertamente, cancellando solo i nomi dei singoli funzionari. [14](#)

Per un'iniziativa politica così importante con implicazioni così gravi a lungo termine, sono rimasto sorpreso da quanto scarsa fosse la valutazione del rischio.

Conteneva solo 12 aree di rischio: queste includevano la tempistica per la consegna; il fatto che la strategia dei servizi NHS era in fase di sviluppo e quindi avrebbe cambiato le esigenze della forza lavoro; che le decisioni politiche nazionali, come quelle relative a termini e condizioni, potrebbero "destabilizzare le relazioni industriali"; e che "più livelli di governance" che coinvolgono più organizzazioni potrebbero ostacolare la pianificazione e la realizzazione.

Le relazioni industriali e l'impatto delle decisioni politiche nazionali continuano a manifestarsi, mentre le altre questioni rimangono molto reali.

Il piano originale della forza lavoro conteneva un impegno per "un'adeguata crescita della capacità di collocamento della fondazione" e "un aumento commisurato dei posti di formazione specialistica che soddisfi le richieste del servizio sanitario nazionale del futuro", impegnandosi al tempo stesso a "lavorare con le parti interessate per garantire che questa crescita sia sostenibile e focalizzato nelle aree di servizio dove il bisogno è maggiore".

Eppure queste aree mancano di dettagli operativi nel piano, e in questo momento nutriamo serie preoccupazioni per il fatto che i medici della fondazione vengano inviati in qualsiasi parte del paese, con breve preavviso e con poca voce in capitolo, o che si trovino temporaneamente disoccupati. [15 16](#)

È inoltre preoccupante il fatto che i medici che accedono a corsi di formazione di base o specialistici superiori, o addirittura completano la loro formazione post-laurea (ad esempio, come medici di base) si trovano bloccati in difficoltà e non riescono a trovare un lavoro sostanziale e stabile. [17](#)

Al momento non esiste alcun impegno finanziario, né un piano logistico dettagliato o una tempistica per raggiungere gli obiettivi del piano della forza lavoro.

Ad esempio, ci sono finanziamenti per pagare la forza lavoro o l'espansione delle scuole di medicina e infermieristica o investimenti di capitale nelle strutture? Ci sono già state notizie di una pausa nell'espansione dei posti nelle scuole di medicina, soprattutto per i cittadini del Regno Unito, con le nuove scuole di medicina che si lamentano della mancanza di sostegno. [18](#)

Per quanto riguarda qualsiasi valutazione dell'impatto della crescita di vari gruppi di forza lavoro, compresi medici e addetti all'anestesia, sul resto della forza lavoro o sulla formazione, la risposta ufficiale che ho ricevuto è stata che "non è stata effettuata alcuna valutazione del rischio specifico a livello di programma".

Alla luce degli eventi successivi questo sembra eccessivamente compiacente.

Annacquare

Comprendo perfettamente i vincoli politici su un piano la cui vita prevista attraverserà almeno tre parlamenti, diverse revisioni della spesa e mutevoli circostanze economiche.

Ma nutro seri dubbi sul rigore della valutazione del rischio, sulla mancanza di una valutazione d'impatto e sull'incapacità di anticipare la reazione contro alcuni elementi del piano.

Non c'è alcun impegno trasversale nei confronti del piano, il che ne mette a rischio la realizzazione dopo le prossime elezioni generali. La consegna certamente non sembra essere nei tempi previsti al momento.

Ciò che possiamo sperare è che si possano mettere in atto strutture e meccanismi di governance, apprendimento, coinvolgimento e revisione sufficientemente buoni in modo che il piano della forza lavoro possa essere aggiornato e migliorato man mano che viene implementato, per mitigare alcuni dei rischi attualmente in corso.

Tuttavia, se la nostra performance economica come nazione continua a peggiorare, posso prevedere un ulteriore annacquamento o un ritardo delle scadenze per gli impegni principali.

<https://www.bmj.com/content/385/bmj.q1073>



SSN: così com'è, cos'è che non va?

Cesare Cislaghi

Che si può fare per riportare, come merita, il nostro Servizio Sanitario Nazionale (SSN) a dei livelli di eccellenza? Bastano dei soldi e del personale in più o servono nuove idee progettuali per un nuovo assetto organizzativo e gestionale?

I principi fondamentali

Le organizzativi presenti nella 833 e che sono ribaditi nel sito del Ministero (I principi del Servizio sanitario nazionale) devono sicuramente essere riconfermati: Universalità, Uguaglianza ed Equità sono valori assolutamente inalienabili, e tra i **principi organizzativi** certamente sono da confermare la Centralità della persona, la Responsabilità pubblica, la Collaborazione tra livelli di governo, la Valorizzazione delle professionalità, l'Integrazione tra sociale e sanitario.

Ma allora cosa deve cambiare? Deve cambiare in funzione di ciò che rispetto a 50 anni fa è cambiato: la società, la prevalenza delle patologie, le conoscenze scientifiche, le potenzialità diagnostiche, i luoghi di cura e assistenza, l'informazione della popolazione dopo l'avvento di internet...

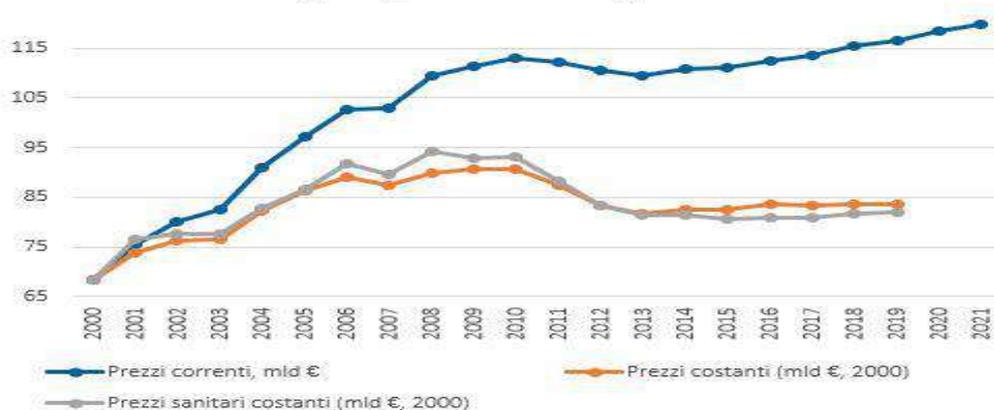
Un solo esempio: tra gli aspetti più critici di oggi ci sono le storture delle liste di attesa. Ma 50 anni fa il ricorso alle visite specialistiche era molto più ridotto e la diagnostica strumentale si limitava per lo più a delle radiografie.

I medici di base possedevano una elevata percentuale delle conoscenze cliniche, oggi, anche se ne hanno acquisite di più, percentualmente ne controllano solo una minore parte rispetto a quelle disponibili. Nei pronto soccorso si accedeva più raramente e quasi solo in ambulanza, ora tutti possono accedervi con mezzi propri e lo si fa purtroppo anche per problemi banali.

I ricoveri ospedalieri avevano degenze lunghe e anche per piccoli interventi si rimaneva in reparto per diversi giorni. Anche le possibilità della prevenzione non erano quelle di oggi e si limitavano a qualche vaccinazione. Oggi gli screening sono possibili per la diagnosi precoce di molte malattie.

Il dilatarsi della domanda ma anche dell'offerta ha portato inevitabilmente alla crescita dei costi, ma la spesa, in termini di quota del Pil, non è cresciuta ed anzi si è ultimamente ridimensionata se calcolata a prezzi costanti.

Fig. 1: Spesa sanitaria pubblica



Fonte: elaborazioni Osservatorio CPI su dati MEF, Servizio Studi della Camera dei Deputati e Proposte per una Revisione della Spesa Pubblica (2014-16)

Fonte: osservatoriocpi.unicatt.it

L'aziendalizzazione della sanità, prevista dal D.l. 502, non ha dato i frutti che si sperava soprattutto in termini di efficienza. Il sistema sanitario si è dotato di strumenti di valutazione che hanno contenuto le peggiori derive ma non hanno difeso del tutto la qualità dei servizi.

Negli ultimi venti anni ci si è soprattutto preoccupati dei disavanzi di bilancio che hanno portato ai piani di rientro e questi hanno comportato ulteriori criticità ai servizi.

Nel frattempo, le carenze del SSN hanno favorito la crescita della sanità privata spesso resa accessibile avvalendosi di assicurazioni integrative. La sanità privata ha sempre più acquisito gradimento da parte degli utenti per varie ragioni:

celerità nell'accedere, gentilezza nell'assistere. Spesso le strutture private convenzionate offrono servizi più graditi rispetto alle omologhe strutture pubbliche. E a molti piace essere trattati da clienti e non tanto da utenti. E ci si dovrebbe chiedere se la sanità privata, in primis quella convenzionata, fa risparmiare ovvero sottragga risorse alla sanità pubblica. La competizione tra pubblico e privato non sempre poi è sempre del tutto trasparente.

Il livello di burocratizzazione si è dilatato anche in sanità e ben lo sa chi ha fatto sportello nelle sedi della propria ASL, magari raggiunta attraversando la città o percorrendo vari chilometri di strada.

Ma allora non varrebbe la pena passare ad un sistema assicurativo mutualistico come quello dei tempi dell'INAM e dell'ENPAS? Certo che no! Un sistema assicurativo globale o integrativo a carico dei datori di lavoro porterebbe inevitabilmente, com'era un tempo, a troppe disparità tra le popolazioni.

Un sistema assicurativo totalmente privato sarebbe invece insostenibile per buona parte dei cittadini. Oggi la sanità pubblica costa qualcosa di più di 2.000 € pro capite e se aggiungiamo un inevitabile profitto per una assicurazione privata, per una famiglia di quattro persone la sanità costerebbe mediamente non meno di 10.000 € l'anno di polizza assicurativa, che dovrebbe anche essere obbligatoria come lo è l'assicurazione delle auto.

E le polizze non sarebbero certo proporzionali al reddito e probabilmente aumenterebbero in virtù dell'età e dello stato di salute degli assicurati, e forse cesserebbero qualora i rischi aumentassero troppo.

Ma il difetto peggiore di un sistema privatistico è la inevitabile separazione dalle attività di sanità pubblica che solo un sistema pubblico può sostenere. Quindi, ripensiamo ad un progetto nuovo di sistema pubblico sanitario che eviti le attuali criticità e mantenga i valori e le potenzialità che 50 anni fa avevamo creduto. Forse il privato potrà offrire prestazioni personali di prevenzione ma certo non potrà mai sostenere programmi collettivi e ambientali.

E non basterà scrivere un nuovo decreto o parlarne in un convegno: un nuovo progetto deve essere pensato, condiviso e accolto da operatori e utenti come una nuova stagione per una sanità efficace e gradevole sia per chi la riceve sia per chi la eroga.

Nulla è peggio di una sanità fatta da operatori che non ci credono più e che vorrebbero cambiare ambiente come molti fanno, cercando una alternativa al loro ruolo nel SSN. E non è solo la prospettiva del maggior guadagno, spesso è la ricerca di una maggior soddisfazione professionale.

Insomma, rimbocchiamoci le maniche, aguzziamo le menti, cerchiamo le risorse, troviamo consensi e speranze, e riprogettiamo la sanità per i prossimi 50 anni!

Da dove iniziare? Innanzitutto dalla **prevenzione** che era al centro della 833 ed invece pian piano se ne è persa quasi traccia. Poi la criticità maggiore che è rappresentata dalla **medicina di base** in rapporto alle urgenze ed alla specialistica. I MMG non possono più rimanere isolati dal resto come in parte lo erano i medici condotti che però, praticamente, erano disponibili h24.

E non possono neppure rimanere isolati dalle strutture diagnostiche specialiste. Si devono sperimentare, come già in parte si sta facendo, strutture in cui convergono più funzioni e più competenze.

E ci sia permesso di ricordare come sia importante **dare un ruolo attivo all'epidemiologia** aiutata anche dallo sviluppo di sistemi informativi che le permettano di riuscire ad individuare i rischi e a valutare gli esiti. Si pensi ad esempio ai sistemi informativi utilizzati oggi dalle catene di supermercati che governano le scelte della distribuzione... in sanità ne sappiamo ancora molto poco di come sta la gente!

E poi non tralasciamo la **formazione** e l'aggiornamento continuo sia in senso clinico sia in senso gestionale, perché occorrono maggiori competenze non solo nel curare, ma anche nel gestire e nel programmare. E la formazione richiede anch'essa di essere rinnovata ed adeguata alle nuove conoscenze ed ai nuovi compiti degli operatori sanitari.

E soprattutto evitiamo di considerare la sanità come un possibile business da conquistare. Il contributo dell'impresa privata spesso è molto utile ma a condizione che non entri in competizione con il sistema pubblico svuotandolo delle numerose eccellenze che ancora conserva.

Tra i numerosi interventi in argomento, i seguenti sono usciti recentemente su *Quotidiano Sanità*:

Paolo Da Col, *Riforma della sanità. Sì, ma su quali basi? Certamente non quelle del neoliberismo ora imperante.*

Ivan Cavicchi, *Sì alle riforme ma senza distruggere l'articolo 32 della Costituzione.*

Alessio D'Amato, *Non perdiamo tempo, serve una grande riforma del Ssn.*

Roberto Polillo e Mara Tognetti, *Serve un "Piano straordinario quinquennale di rilancio del Servizio sanitario nazionale".*

Giorgio Banchieri, Laura Franceschetti e Andrea Vannucci, *Riformare la sanità. L'esperienza dei pazienti, la gestione della salute, la riduzione dei costi, il benessere degli operatori sanitari.*

Giorgio Banchieri, *Sanità "pubblica" e "privata": alcune precisazioni necessarie.*

<https://epiprev.it/blog/come-sta-la-sanita/ssn-cosi-come-cose-che-non-va>

Il Declino della Sanità Pubblica in Italia? Uno Sguardo Critico

Il recente post di Nicola Montano, Professore all'Università degli Studi di Milano, ha riaperto il dibattito sulla crisi del sistema sanitario pubblico italiano.

In questo post LinkedIn Montano sottolinea tre aree principali su cui intervenire: **maggiori finanziamenti, aumento dei posti letto e rimotivazione del personale sanitario**. Tuttavia, come giustamente afferma, **“Senza una visione a lungo termine e un impegno concertato, rischiamo di perdere ulteriormente il terreno che abbiamo già ceduto.”**

Un articolo de La Repubblica dipinge un quadro allarmante: negli ultimi vent'anni, l'Italia ha perso 50.000 posti letto pubblici, mentre le strutture private continuano a crescere. In Lombardia, metà delle cure vengono ormai erogate da cliniche private come il Gruppo San Donato. Questo fenomeno mina i principi fondanti di equità e universalità delle cure del Servizio Sanitario Nazionale.

Alcuni commenti e sostegni

1. **Stefano Carboni:** “... ma ha veramente senso focalizzare l'attenzione sulla “sanità pubblica” in contrapposizione con “il privato”? A noi cittadini interessa veramente se il posto letto lo offre una struttura pubblica o una privata? Agli assistiti interessa che il posto letto ci sia, che non sia a pagamento e che complessivamente il Servizio Sanitario Nazionale (unione delle varie strutture pubbliche con quelle private accreditate) sia efficace ed efficiente. È assolutamente inutile sprecare le energie che si dovrebbero dedicare al miglioramento complessivo dell'efficiacia e della qualità del “sistema” (pubblico + privato accreditato) in una sterile lotta tra pubblico e privato.”
2. **Massimo Tacchini:** “Soldi? Certamente, ma poi bisogna saperli usare bene in modo efficace ed efficiente. Questo manca!”
3. **Mario Alparone:** “100% d'accordo. Nicola Montano.”
4. **Paolo Campigli:** “Magari anche una rivalorizzazione delle funzioni tecniche (informatici, ingegneri) non guasterebbe.”
5. **Francesco Girardi:** “La soluzione passerà dall'innovazione che deve ridurre la necessità dell'ospedale alle sole condizioni che non sono gestibili presso il domicilio o sul territorio. È necessaria una nuova organizzazione, tale che un minor numero di professionisti possa seguire un maggior numero di pazienti. Se riduciamo il ricorso agli ospedali ed aumentiamo l'efficienza potremo pagare molto di più i medici ed il personale sanitario.”
6. **Elenka Brenna:** “Esattamente...partire dai medici di medicina generale e avere il coraggio di riformare la primary care. E poi...attenzione alla percentuale sempre maggiore di italiani che si assicura privatamente. È un pessimo segnale per il nostro SSN, che minaccia il principio fondante di equità d'accesso alle cure.”
7. **Mirco Comparini:** “Manca 4) taglio agli sprechi e 5) responsabilità diretta sulla gestione.”
8. **Marco Prosdocimi:** “Nicola ciao. Parole sagge! Marco Prosdocimi.”

Considerazioni della Redazione:

La crisi della sanità pubblica italiana richiede un intervento urgente e sistemico. Le proposte del professor Montano rappresentano una base di partenza, ma devono essere accompagnate da una visione riformatrice a lungo termine. È necessario ottimizzare l'utilizzo delle risorse, tagliare gli sprechi e responsabilizzare la gestione, come suggerito da alcuni commenti.

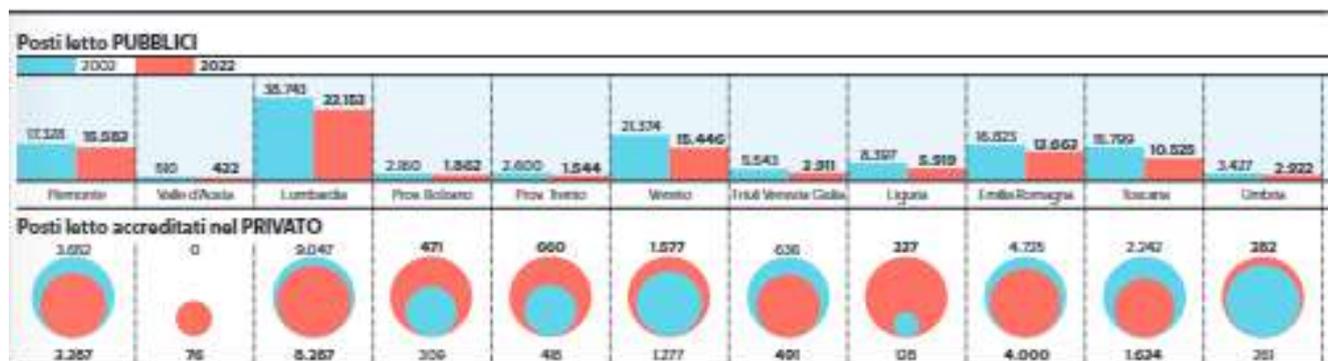
Allo stesso tempo, riformare l'assistenza territoriale e le cure primarie, investendo sulla telemedicina e sull'innovazione tecnologica, potrebbe sgravare la pressione sugli ospedali e liberare risorse da reinvestire nella valorizzazione del personale sanitario e delle competenze tecniche. Esperienze positive come quella danese dimostrano che queste riforme, se ben strutturate, possono migliorare l'efficienza complessiva del sistema, riducendo i tempi di attesa e migliorando la qualità delle cure. Paesi come Germania, Giappone e Francia hanno adottato strategie simili con successo.

In sintesi, per rilanciare la sanità pubblica italiana servono investimenti mirati, ma soprattutto una visione riformatrice che sappia integrare pubblico e privato, territorio e ospedali, tecnologia e risorse umane in un sistema coeso, efficiente ed equo per tutti i cittadini. Un impegno congiunto di istituzioni, operatori e cittadini

è fondamentale per riconquistare il terreno perso e assicurare un futuro dignitoso al servizio sanitario nazionale.

In conclusione, il post di Nicola Montano e l'articolo di La Repubblica mettono in luce una problematica comune: la necessità di una riforma profonda del sistema sanitario italiano. È essenziale gestire meglio i fondi, aumentare l'efficienza delle strutture pubbliche e private, e motivare adeguatamente il personale sanitario.

<https://magazine.grandiospedali.it/2024/05/22/il-declino-della-sanita-pubblica-in-italia-uno-sguardo-critico/>



Il Magazine

Nino Cartabellotta: La Crisi della Spesa Sanitaria Italiana

di Redazione

Nino Cartabellotta, Presidente della Fondazione GIMBE e Top Voice, attraverso una serie di post su [LinkedIn](#), ha lanciato un allarme sulla situazione critica della spesa sanitaria in Italia, esponendo una tesi che ha raccolto ampio consenso e preoccupazione tra i suoi follower.

Critica ai Tagli di Governo

Cartabellotta ha sottolineato come negli ultimi 15 anni, tutti i governi, indipendentemente dal colore politico, abbiano tagliato o non abbiano finanziato adeguatamente il Servizio Sanitario Nazionale (SSN). Questo, secondo Cartabellotta, ha portato l'Italia ad essere "prima tra i paesi poveri" in termini di spesa sanitaria pubblica. La sua critica si basa su dati concreti e analisi dettagliate che mostrano come questi tagli abbiano compromesso la qualità e l'efficienza del sistema sanitario italiano.

L'Urgenza di Rivedere le Priorità di Investimento

Una delle principali preoccupazioni di Cartabellotta è la necessità di rivedere le priorità di investimento del Paese. Egli sostiene che è indifferibile rivedere le strategie di finanziamento per evitare il crollo imminente del SSN, un pilastro fondamentale della democrazia italiana. La mancanza di fondi adeguati non solo mette a rischio la salute dei cittadini, ma compromette anche la sostenibilità a lungo termine del sistema sanitario.

Cartabellotta ha anche analizzato la bozza della Manovra 2024, evidenziando che l'aumento previsto di 3 miliardi di euro è destinato principalmente al personale sanitario, lasciando irrisolti problemi critici come le liste d'attesa. Egli critica il fatto che, nonostante l'incremento dei fondi, non ci siano misure efficaci per affrontare le inefficienze strutturali del sistema.

Reazioni in LinkedIn

I post di Cartabellotta hanno suscitato una vasta gamma di reazioni. Numerosi follower hanno espresso sostegno e preoccupazione, riflettendo un ampio consenso sulla necessità di un intervento urgente.

Sostegno dai Follower

- **Rosapia Farese:** Ha sostenuto le critiche di Cartabellotta riguardo ai tagli alla spesa sanitaria, esprimendo preoccupazione per il futuro del SSN.
- **Gabriele Rossi:** Ha apprezzato i dati presentati durante l'audizione alla Camera dei Deputati, diffondendo ulteriormente il messaggio di Cartabellotta.

Commenti Significativi

Molti utenti hanno commentato, concordando sull'urgenza di rivedere le politiche di finanziamento e di investimento nella sanità pubblica. La comunità LinkedIn ha mostrato un forte coinvolgimento, sottolineando l'importanza di mantenere il focus su una riforma strutturale del sistema sanitario.

La tesi di Nino Cartabellotta evidenzia una crisi profonda nella gestione della spesa sanitaria in Italia. Le sue critiche ai tagli di governo e la sua analisi della Manovra 2024 hanno sollevato importanti questioni che necessitano di essere affrontate con urgenza. Il forte sostegno e la partecipazione attiva della comunità dimostrano che c'è un consenso ampio sulla necessità di riformare il sistema per garantire un SSN sostenibile e efficiente.

Cartabellotta continua a mobilitare l'opinione pubblica e i decisori politici attraverso le sue analisi e le campagne della Fondazione GIMBE, come #SalviamoSSN, proponendo riforme necessarie per rilanciare la sanità pubblica italiana.

<https://magazine.grandiospedali.it/2024/05/15/top-voice-nino-cartabellotta-la-crisi-della-spesa-sanitaria-italiana/>



Schillaci: al lavoro sul nuovo Piano sanitario come strumento di governance tra Stato-Regioni a garanzia dei Lea. Poi: Ddl Calderoli non mina diritto salute

«Stiamo adottando un modello di programmazione sanitaria centrato sullo strumento Piano sanitario nazionale, che testimonia la volontà di passare da una governance affidata al Patto per la salute a una governanacestr in cui Stato e Regioni si assumono responsabilità davvero condivise verso tutti i cittadini». Così il ministro della Salute Orazio Schillaci in risposta al question time alla Camera sulle iniziative volte a garantire diritto alla salute e sostenibilità del Ssn, anche in relazione agli effetti dell'autonomia differenziata. Il Piano sanitario nazionale, ha aggiunto il ministro, «segna un cambio di passo nelle relazioni tra livello centrale e regionale e il cambiamento è reso possibile anche dalla capacità di utilizzare dati sempre più granulari integrabili grazie all'investimento tecnologico dell'ecosistema dei dati sanitari nazionale che permetterà di comprendere il fabbisogno di salute con un modello nazionale di classificazione e stratificazione dei bisogni, il relativo fabbisogno finanziario e di valutare le reali performance dei sistemi regionali potendo così garantire il rispetto dei Livelli essenziali di assistenza».

Schillaci ha quindi sottolineato che «il ministero è impegnato a restituire ai cittadini un equo accesso alle cure per l'uniforme fruizione in tutto il territorio nazionale dei Livelli essenziali di assistenza che, negli anni passati, non è stata pienamente garantita.

Questo obiettivo viene conseguito rinforzando la dotazione finanziaria ma anche adeguando il rapporto Stato-Regioni».

Quanto al Ddl Calderoli, «il disegno di legge sull'autonomia differenziata non mette in discussione l'unitarietà del diritto alla tutela della salute ai sensi dell'art. 32 della Costituzione, così come declinato attraverso i Livelli essenziali di assistenza (Lea, ndr), ma rappresenta un potenziamento della facoltà delle Regioni di modulare la propria organizzazione dei servizi sanitari nel rispetto dei Lea», ha dichiarato Schillaci. «Il concreto rischio di creare disuguaglianze tra ventuno sistemi sanitari regionali diversi - ha aggiunto - risale alla decisione di modificare nel 2001 l'assetto costituzionale delle competenze legislative in materia sanitaria. In questo senso, i Lea costituiscono l'unica vera garanzia». Schillaci ha poi sottolineato che «gli indicatori scelti per il monitoraggio e la valutazione a livello nazionale dei Lea prescindono dai modelli organizzativi regionali». In ogni caso «tra gli obiettivi primari del mio ministero - ha detto - resta l'impegno ad agire con decisione per ridurre le differenze potenziando la capacità di indirizzo, programmazione e monitoraggio del sistema sanitario, specie nell'ambito del nuovo sistema di garanzia dei Lea. Riformare un Ssn prosciugato di risorse, svaligiato dai gettonisti - ha chiosato il ministro - necessita tempo che stiamo impiegando al meglio, supportati dalle Regioni realmente interessate a garantire a tutti il diritto alla Salute».

Infine, il capitolo vaccini contro Sars-CoV-2: «Le valutazioni di acquisto di vaccini Covid-19 da parte dell'Italia avverranno sulla base dell'andamento epidemiologico futuro e, qualora si rilevasse la necessità di dosi vaccinali supplementari e aggiornate a nuove varianti, anche in considerazione di eventuali raccomandazioni internazionali, si procederà a esperire tutte le operazioni di approvvigionamento necessarie», ha annunciato ancora Schillaci, rispondendo a un'interrogazione sull'adesione alla procedura di acquisto di vaccini contro il Covid-19 aperta dall'autorità europea a gennaio scorso. «Per quanto concerne le procedure di acquisto dei vaccini a mRNA contro il Covid-19 - ha proseguito - l'autorità Ue per la preparazione e la risposta alle emergenze sanitarie Hera nell'estate 2023 ha lanciato una procedura di Joint procurement per la fornitura di vaccini mRNA Covid-19 Moderna per conto dei Paesi membri, a cui l'Italia non ha inizialmente aderito, chiedendo che la fornitura fosse aggiornata alle ultime varianti. Il nostro Paese si è reso poi disponibile a reperire tutti i vaccini che si fossero eventualmente resi necessari, purché aggiornati», ha concluso.

<https://www.sanita24.ilsole24ore.com/art/in-parlamento/2024-05-08/schillaci-lavoro-nuovo-piano-sanitario-come-strumento-governance-stato-regioni-garanzia-lea-poi-ddl-calderoli-non-mina-diritto-salute-143029.php?uuid=AFKXCwbB&cmpid=nlqf>



Nuovi Lea, nuovi modelli di finanziamento del Ssn e governance dei dati: le proposte per la sanità del futuro

Mag 8, 2024 | *Interessante, Studi e Ricerca*

A Roma la presentazione dei risultati di Net-Health, il policy enabler di Ls Cube in collaborazione con Altens Advisory, l'Osservatorio sul Welfare della Luiss Business e l'Università Cattolica del Sacro Cuore di Roma

Individuare un **nuovo modello di Lea**, identificare **sistemi di finanziamento alternativi** che garantiscano la sostenibilità del nostro sistema sanitario e mettere in luce gli aspetti normativi necessari **per adeguare il nostro Paese alla governance europea del dato**. Questi i temi al centro delle proposte presentate oggi a Roma durante l'evento **Net-Health - Sanità in rete 2030**, il progetto di **policy research** ideato nel 2021 da Ls Cube e giunto quest'anno alla sua seconda edizione.

Il progetto

Net-Helth – Sanità in rete 2030 nasce come un policy enabler finalizzato a **mettere a sistema idee, competenze tecniche, punti di vista prospettici a servizio del “sistema salute”** per fornire un **concreto contributo nel disegno delle politiche sanitarie del futuro**. Fare rete, creare un ecosistema per il confronto dei diversi player coinvolti nel processo sanitario, raccogliere le prospettive ed elaborare proposte e linee di indirizzo per una sanità capace di migliorare la qualità di vita dei pazienti in un percorso di presa in carico e cura, innovativo, personalizzato e sostenibile: questi gli obiettivi di **Net-Helth, Sanità in rete 2030**.

I temi

Net-Helth ha preso il via con un'indagine campionaria quantitativa e qualitativa, condotta da YouTrend/Quorum in collaborazione con Ls Cube rivolta a parlamentari, consiglieri regionali e cittadini che ha avuto lo scopo di **far emergere e confrontare diverse visioni prospettiche sulla sanità del futuro, individuando le grandi sfide del settore**. Il sondaggio, inoltre, è stato l'occasione per sviluppare un dibattito sulle questioni emerse, individuando gli argomenti ritenuti particolarmente rilevanti su cui strutturare il lavoro di tre diversi gruppi per la formulazione di analisi e proposte. Il nuovo concetto di **Lea organizzativi; nuovi modelli di finanziamento per la sostenibilità del Ssn; linee di indirizzo** per la corretta implementazione della **digitalizzazione e della governance dei dati**: questi i temi su cui hanno lavorato gruppi multidisciplinari in un confronto aperto con un **advocacy platform** costituita da stakeholder istituzionali, esperti, associazioni pazienti e società scientifiche, in occasione di momenti di condivisione ospitati al Senato dall'Intergruppo Innovazione sostenibile in Sanità co-presieduto dal **Sen. Francesco Zaffini** e il **Sen. Daniele Manca**.

Nuovi modelli per nuovi bisogni

“La garanzia di un'equa accessibilità alle prestazioni sanitarie, lo sviluppo della medicina di prossimità e della prevenzione nonché una migliore gestione delle risorse pubbliche sono solo alcune delle sfide della sanità di oggi e a cui questo Governo sta lavorando. E, naturalmente, sono anche i temi su cui si è concentrato il progetto Net-Helth, i cui lavori sono stati ospitati in diversi momenti dall'Intergruppo “Innovazione Sostenibile in Sanità”, co-presieduto dal Sen. Manca e da me, che sin dalla sua costituzione si è posto come obiettivo quello di essere un luogo di dialogo aperto e trasversale per tutti gli stakeholders della sanità, oltre che per tutte le forze politiche. In particolare, il gruppo di lavoro del progetto Net-Helth, dedito ai “modelli innovativi di Partnership Pubblico Privato per la sostenibilità del Ssn” trova un importante punto di convergenza con l'indagine conoscitiva, su cui sia io che la Commissione da me presieduta stiamo lavorando dal primo giorno dall'insediamento, sulle forme integrative di previdenza e di assistenza sanitaria nel quadro dell'efficacia complessiva dei sistemi di Welfare e di tutela della salute, che porterà alla presentazione di una proposta legislativa organica su questo tema. Perché l'obiettivo resta sempre quello di creare una sanità accessibile e più vicina ai cittadini.” Lo ha detto il Senatore **Franco Zaffini, presidente Commissione Affari Sociali, sanità, lavoro pubblico e privato, previdenza sociale di Palazzo Madama**.

Soluzioni concrete e trasversali

“L'impegno, che la politica può e deve assumersi, è sicuramente quello di partire da risultati come questi, che derivano da ampi e sinergici confronti tra tutti gli stakeholders del settore sanitario e farsi promotrice di iniziative puntuali e trasversali, che possano rispondere in maniera concreta alle esigenze di salute dei cittadini italiani. La sanità deve essere vista come un investimento sulla salute dei cittadini e le iniziative che dobbiamo portare avanti sono quelle volte a garantire, da una parte, la promozione dell'accesso dei pazienti alle innovazioni tecnologiche in modo equo e universalistico e, dall'altro, una migliore e più efficiente gestione delle risorse economiche del sistema sanitario” ha aggiunto il **senatore Daniele Manca**.

Nuovi Lea organizzativi e valore dei team multidisciplinari

Il primo gruppo di lavoro dedicato all'individuazione di nuovi modelli di Lea, i **Lea organizzativi**, è stato coordinato da **Dario Sacchini, Professore ordinario di Bioetica presso l'Università Cattolica di Roma, Ceo e Partner di Altems Advisory**. Ritenendo i centri di senologia quali best case di organizzazione efficiente, il gruppo si è focalizzato sull'analisi delle Breast Unit del Lazio, alle quali è stato sottoposto un questionario finalizzato a individuare gli elementi qualificanti dell'organizzazione e le eventuali criticità. Tra i dati più

rilevanti: il 66,6% reputa il mancato riconoscimento della complessità di alcune funzioni operative oggi indispensabili tra le principali criticità dell'attuale organizzazione delle Bu, insieme alla mancanza di un riconoscimento di adeguate tariffazioni per le prestazioni svolte, espresso dal 60% delle Bu; il 40% delle BU si dice assolutamente favorevole a un Drg di percorso, che preveda una tariffazione unica al Centro di Senologia che ha in carico la paziente e ben il 53% reputa importante una tariffazione collegata alla qualità del percorso e all'impegno della BU a raggiungere determinati obiettivi; così come ben l'80% individua tra le principali criticità tariffarie sia il mancato rimborso del meeting multidisciplinare che la mancata compensazione tra unità diverse in caso di un approccio multidisciplinare. Partendo da questi risultati, il gruppo coordinato dal professor Sacchini, di cui ha fatto parte anche Senonetwork, ha sviluppato un **modello di misurazione dei costi del processo di presa in carico delle pazienti da parte del team multidisciplinare**, parte organizzativa più rilevante delle Bu, per porre le basi a una futura **tariffa di rimborsabilità**, che possa **incentivare il lavoro in team come approccio virtuoso – sia in termini di esiti clinici sia di risparmi per il Ssn – in tutte le aree terapeutiche**. “Il nostro studio – commenta Sacchini – vuole porre le basi per quello che è un **ragionamento in termini di valore complessivo della tecnologia**, il quale dovrebbe però essere implementato tenendo conto degli esiti di salute e dell'efficientamento delle risorse economiche del Ssn prodotti dalle risorse investite, attraverso una loro corretta misurazione. Pazienti curati adeguatamente «costano» meno in termini di costi diretti al Ssn, grazie a una migliore riorganizzazione della presa in carico”. “Il concetto di rimborsabilità del team – ha concluso Sacchini – si presenta, dunque, come un primo tassello che si inserisce in un quadro più ampio di sfide future in ambito sanitario, che riguardano il **superamento della logica dei silos e una sapiente revisione complessiva della governance**”.

Modelli innovativi di finanziamento del Ssn

Il secondo gruppo di lavoro sul tema di “Innovativi modelli di finanziamento del Ssn, coordinato da **Mauro Marè**, Professore Ordinario di Scienze delle Finanze presso l'Università della Tuscia e direttore dell'Osservatorio sul Welfare della Luiss Business School, ha elaborato una proposta di ridefinizione delle modalità di finanziamento del Ssn nella logica del partenariato pubblico-privato, al fine di garantirne la sostenibilità, l'equità e l'universalità, nell'ottica di una **finanza al servizio della salute di tutti i cittadini**. Al centro dell'analisi la distinzione dei servizi offerti per target di popolazione diversa (popolazione generale e popolazione più anziana, persone con patologie croniche o con disabilità) fra i “Core” (assistenza sanitaria per cura e riabilitazione, prodotti farmaceutici e apparecchiature terapeutiche, prevenzione, servizi ausiliari e di governance) e i servizi “Ltc” (ossia servizi di assistenza di lungo termine o “Long Term Care: cure personalizzate, servizi domiciliari, strutture residenziali specializzate, programmi di supporto psicologico e sociale).

“Le previsioni dell'Ocse indicano un aumento della spesa per la salute, che si prevede raggiungerà il 10,2% del Pil entro il 2030, rispetto all'8,8% registrato nel 2015. Questa tendenza è stata ulteriormente accentuata dall'invecchiamento della popolazione, un fattore che avrà un impatto significativo sui modelli di morbilità e, di conseguenza, sulle dimensioni della spesa sanitaria. Inoltre, il processo di invecchiamento della popolazione contribuisce a un aumento del rapporto di dipendenza degli anziani e a una diminuzione del numero di individui che contribuiscono e pagano per i sistemi di assistenza sociale. È previsto che l'indice di dipendenza degli anziani crescerà dal 34,4% nel 2019 al 59,2% nel 2070 (Eurostat, 2019). Di conseguenza, in futuro, ci sarà un numero significativamente inferiore di persone che contribuiranno al finanziamento dell'assistenza sanitaria pubblica, mentre una percentuale sempre maggiore di anziani potrebbe necessitare di ulteriori beni e servizi sanitari. Questa situazione solleva sfide significative per la sostenibilità dei sistemi sanitari e richiede una riflessione approfondita sulle politiche e sulle strategie da adottare per garantire un accesso equo e adeguato ai servizi sanitari per tutte le fasce della popolazione, compresi gli anziani. Ed è in questa ottica che lo studio affronta la distinzione logica tra i servizi sanitari “Core” e quelli per il Ltc, evidenziando significative divergenze in termini di struttura e finalità – spiega **Maré** -- Queste differenze richiedono anche **approcci finanziari distinti**, poiché i due settori operano con orizzonti temporali e modalità di spesa notevolmente differenti. In questa logica potrebbe avere senso **scorporare il finanziamento del Ltc dal Fondo Sanitario Nazionale**, così consentendo di liberare risorse da poter investire in innovazione e servizi di cura “Core” uniforme su tutto il territorio nazionale, prevedendo un modello di finanziamento “ad hoc” per la Ltc che tenga conto dell'esigenza di una **pianificazione finanziaria più a lungo termine per sostenere programmi di assistenza e di supporto continuativi**. Tra le fonti di finanziamento specifiche dedicate alla Ltc ci potrebbero essere: un nuovo tributo dedicato, l'utilizzo della fiscalità generale, nuove forme di detrazioni e/o deduzioni

(parziali o totali), un'assicurazione sanitaria obbligatoria collettiva, un sistema più esteso di voucher, la creazione di un fondo nazionale di tipo assicurativo, una tassazione sui giochi effettuati sulle piattaforme online.”

Digitalizzazione e governance dei dati

Infine, il terzo gruppo di lavoro, coordinato da **Fidelia Cascini**, Professoressa di Igiene e Sanità Pubblica dell'Università Cattolica del Sacro Cuore di Roma, ha affrontato **il tema della governance dei dati e del riutilizzo del dato per fini di interesse pubblico**.

Partendo dall'analisi del Regolamento Ue “Data Governance Act” (Dga), ha elaborato **linee di indirizzo** volte a supportare l'adeguamento della normativa italiana all'applicazione del Dga con particolare riferimento alle finalità di ricerca scientifica e di programmazione sanitaria identificando aspetti critici ed elaborando proposte concrete. Il Dga rappresenta un'occasione da cogliere per produrre valore dalla condivisione del dato sanitario, nel rispetto dei diritti della persona e dei principi etici. I **vantaggi** di una regolamentazione della governance dei dati sono numerosi e notevoli: la Commissione Europea ha stimato, infatti, che avrebbe un impatto diretto sull'economia dei dati dell'Ue compreso tra **i 7,2 e i 10,9 miliardi di euro nel 2028** e genererebbe un **risparmio di circa 120 miliardi di euro all'anno nel settore sanitario dell'Ue**.

Inoltre, nel settore sanitario i dati possono contribuire a sviluppare cure migliori e più personalizzate, con un impatto positivo sulla qualità di vita delle persone. “Le proposte a supporto dell'attuazione nazionale del Dga, cui si è giunti in queste linee di indirizzo per migliorare la qualità di vita delle persone, riguardano sostanzialmente: la piena valorizzazione degli strumenti normativi già esistenti in Italia; l'individuazione di una strategia sistemica di riuso dei dati sanitari con relativa governance e piano d'azione; la comunicazione pubblica della strategia per il riuso dei dati sanitari e dei suoi potenziali rischi e benefici; l'individuazione di organismi nazionali per la condivisione dei dati; la promozione di partenariati cooperativi a rafforzamento del piano di azione; la promozione di attività di formazione culturale rivolte ai cittadini” – ha commentato **Cascini**.

“Per assicurare nel prossimo futuro un'adeguata assistenza sanitaria ai cittadini italiani occorre investire in maniera efficiente in sanità, con un piano finanziario stabile e programmatico fondato su innovazione, assistenza sanitaria, sostenibilità e governance”, dichiara **Francesco Saverio Mennini, Capo Dipartimento della Programmazione, dei dispositivi medici, del farmaco e delle politiche in favore del Servizio Sanitario Nazionale (Ssn)**. “La spesa sanitaria del 2023 rispetto al 2022 ha visto un netto incremento. Un atto che manifesta la volontà di rimettere la sanità al centro degli obiettivi del nostro Paese. Occorre anche investire in modo mirato ed efficiente mediante una appropriata programmazione. Nei Sistemi Sanitari solidaristici avanzati, è ormai un obbligo morale, procedurale, economico e scientifico registrare, monitorare e misurare le attività caratterizzanti l'assistenza sanitaria e sociale, disinvestendo laddove serve farlo. Programmare e prevedere sono la chiave di volta per la spesa sanitaria e per raggiungere tali obiettivi bisogna che il nostro Paese si doti, come sta facendo, sia di misure abilitanti la programmazione sanitaria, come la circolazione dei dati sanitari e metodologie di misurazione degli esiti di salute e dell'efficientamento delle risorse economiche del Ssn prodotti dalle risorse investite, che di innovativi approcci di finanziamento del Ssn. Il tutto studiando soluzioni a supporto che tengano conto, da un lato di una crescente spesa assistenziale dovuta all'invecchiamento della popolazione e dall'altro di una altrettanto crescente offerta di innovazione, senza dover rinunciare a una delle due per ragioni di sostenibilità. Necessitiamo di soluzioni in grado di connettere con rapidità i pazienti con gli operatori sanitari così da migliorare quel processo che porta a rendere disponibile in maniera tempestiva l'innovazione tecnologica, in relazione ai bisogni espressi dalla popolazione e alle capacità di assorbimento del sistema sanitario. I vantaggi di questo approccio sono riconosciuti a tutti i livelli anche in un'ottica di sostenibilità e sviluppo del sistema nella sua globalità e accessibilità. Iniziative come Net-Health possono rappresentare un supporto alle istituzioni al fine di acquisire informazioni e spunti utili su cui lavorare”.

I risultati

I risultati dell'analisi di YouTrend/Quorum in collaborazione con Ls Cube e i **documenti** elaborati dai tre gruppi di lavoro sono stati raccolti in un volume presentato oggi durante l'evento e disponibile online [al sito https://www.lscube.it/2024/04/05/net-health-sanita-in-rete-2030/che](https://www.lscube.it/2024/04/05/net-health-sanita-in-rete-2030/che) ha l'obiettivo di condividere

suggerimenti di indirizzo con le istituzioni e fornire spunti di riflessione per tutti coloro che operano nel e per il nostro Ssn.

[**Nuovi Lea, nuovi modelli di finanziamento del Ssn e governance dei dati: le proposte per la sanità del futuro | Panorama della Sanità \(panoramadellasanita.it\)**](#)

quotidianosanita.it

I sette vizi capitali della Sanità italiana

Franco Cosmi, Medico Cardiologo, Perugia

15 MAG - Gentile Direttore

è sempre possibile descrivere i peccati ma quasi sempre impossibile trovare i peccatori. Ognuno è così attento nel vedere quelli altrui che trascura quelli propri. Probabilmente i vizi del nostro Servizio Sanitario Nazionale sono più di sette ma l'accostamento con i vizi capitali degli insegnamenti religiosi rende l'argomento più stimolante e interessante. Vengono elencati non in ordine di importanza anche perché i vizi sono spesso intrecciati tra di loro.

1) Sottofinanziamento del Servizio Sanitario Nazionale. Noi siamo i parenti poveri di altri stati europei come la Francia e la Germania, per non dire degli USA, che però hanno un PIL maggiore e soprattutto una evasione ed elusione fiscale inferiore. Se solo una parte dei 100 miliardi di evasione fiscale/anno venisse recuperata questo problema di cui sento parlare da quando avevo i calzoni corti sarebbe risolto. Invece persiste ed aumenta nel tempo tanto è vero che siamo costretti a finanziarlo a debito (quasi 10 miliardi nel 2024). Per fortuna non sempre gli esiti delle cure dipendono dalle risorse finanziarie impiegate. Gli italiani, come gli spagnoli, campano di più di altre nazioni che hanno una spesa sanitaria maggiore. Gli USA spendono il 16% del PIL (pubblico + privato) ma campano in media 5 anni in meno rispetto a noi che spendiamo complessivamente poco più del 9%. Le cause vanno attribuite allo scarso peso della prevenzione con relativi alti tassi di obesità e altri stili di vita inadeguati, all'elevato numero di decessi da sostanze illecite e al sistema sanitario costoso ma poco efficiente per avere come obiettivo la salute legata al profitto e non la salute slegata dal profitto. La storia è piena di esempi dei troppi soldi che possono favorire l'intrapresa di cure inadeguate e pericolose. Nemmeno averne pochi comunque fa bene.

2) Sprechi. Gimbe ha denunciato 21 miliardi di sprechi in sanità, attribuibili a disfunzioni e vera e propria corruzione nell'ambito del settore amministrativo e sanitario, ma anche a semplice bulimia consumistica sanitaria. La corruzione non è cambiata né con la centralizzazione né con la decentralizzazione e in tutti i governi politici e tecnici che si sono succeduti almeno negli ultimi 30 anni. Si potrebbe dire che la corruzione è la regola e non l'eccezione. Fa parte del malcostume nazionale. È difficile delimitare il confine tra sprechi e corruzione in un contesto emotivo che favorisce scelte poco razionali, adatte ad attirare consenso. È l'eterna questione morale mai risolta, che l'italiano ha imparato a subire, sopportare e approfittare, arrangiandosi come può per le proprie esigenze personali.

3) Inappropriatezza delle richieste e delle prescrizioni. In un Servizio Sanitario Nazionale l'appropriatezza è l'equivalente del prezzo in un sistema di mercato. Però mentre il prezzo trova il suo equilibrio nel valore di scambio, l'appropriatezza dovrebbe trovarlo nel valore d'uso ma è difficile rendere certo ciò che è solo probabile e probabile ciò che è solo casuale. Se con una richiesta di esame appropriato la possibilità di una positività è di circa il 20%, con uno inappropriato la positività è dello 0.5%. Bisognerebbe rinunciare allo 0.5% di diagnosticare prima qualcosa di importante. Chi è disposto? Il "meglio aver paura che buscarne" è saggio, ma costoso. Purtroppo, la gratuità induce per sua natura agli sprechi. L'inappropriatezza è una formidabile arma per rassicurare il paziente e un potente strumento di coesione sociale. Nell'era tecnologica la sola rassicurazione del medico non è sufficiente se non si accompagna a quella strumentale. È forse il problema più importante, più del finanziamento, per la formazione dell'imbutto delle liste di attesa. Certo, se a chiedere appropriatezza, è un apparato basato sulla corruzione spesso sfrontata, è difficile ottenere risultati.

4) Burocrazia. La buona burocrazia è fondamentale per aiutare pazienti e medici nei percorsi diagnostico-terapeutici ed assistenziali doverosi in un sistema complesso come quello sanitario e permettere la sostenibilità economica dello stesso. L'impreparazione, il clientelismo e la corruzione spesso favoriscono la

cattiva burocrazia che ha il vantaggio di non avere una esposizione personale di chi la disegna con la possibilità di caricare sulle spalle del medico una complessità elevata a fronte di una scarsa autonomia

5) Medicina difensiva. *L'esasperata litigiosità, alimentata dai professionisti del contenzioso, costa alle casse dello Stato circa 10 miliardi ogni anno per l'innescò di meccanismi difensivi del medico che nulla aggiungono ad una buona ed efficace sanità. Il fallimento terapeutico viene scambiato per errore così come l'imprevedibilità. È poco presente nella cultura del cittadino il concetto di fallimento, insuccesso, probabilità, casualità ed imprevedibilità che nulla hanno a che fare con il vero errore. La correttezza dei mezzi viene scambiata con la certezza del risultato. L'effetto è che nessuno vuole schierarsi in prima linea con il rischio di essere aggredito.*

6) Assenza di una vera rete ospedaliera. *Ogni anno vengono fatte le classifiche dei migliori Ospedali con differenze abissali negli esiti tra Ospedale ed Ospedale. Gli Ospedali ritenuti peggiori nel corso degli anni continuano ad essere peggiori invece di essere chiusi o immediatamente attenzionati vietando nel frattempo l'accesso ai malati, se le classifiche corrispondono a realtà considerata l'elevata credibilità dell'agenzia che le produce. Sarebbe più credibile, da parte delle autorità sanitarie, comune per comune, provincia per provincia e regione per regione, una mappa della rete ospedaliera con indicazione dei centri di riferimento utili per una determinata cura. Se in un sistema di mercato la classifica è giusta e doverosa, in un Servizio Sanitario Nazionale non di mercato è offensiva verso chi paga correttamente le tasse e non ottiene il servizio adeguato o lo ottiene scadente. Accettare di essere curato in un Ospedale ritenuto "peggiore" è dura, come ognuno può comprendere da sé.*

7) Assenza di una vera rete territoriale. *Il territorio viene lasciato alla buona volontà dei singoli medici di famiglia e di qualche distretto illuminato. Il corporativismo sindacale impedisce qualsiasi seria riforma ed una vera integrazione con la sanità ospedaliera. I veri dipartimenti dovrebbero essere ospedale-territorio o territorio-ospedale se piace di più. Le eterne liste di attesa sono un cancro che impediscono cure puntuali ed appropriate di cui il paziente è vittima ed artefice per l'eccessivo carico di inappropriata da lui stesso spesso indotta, senza possibilità di adeguati freni da parte dei medici di medicina generale e specialisti, impotenti di fronte a bulimia consumistica sanitaria e pretesa di immortalità.*

Se sette sono i vizi principali, sette sono le ingenuie ricette proposte, magari anche interessanti, ma che quasi certamente continueranno ad essere una "vox clamantis in deserto".

1) Sottofinanziamento. *Ovviamente, è penoso anche dirlo, si risolve con la fedeltà fiscale. È la mucca nel corridoio che tutti vedono ma che tutti fanno finta di non vedere, ingrassata con una evasione di 100 miliardi l'anno, fino ad accumulare un debito pubblico stratosferico, difficile persino da scrivere, che ci costa 70 miliardi di interessi ogni anno che, beffardamente, arricchiscono proprio quelli che le tasse non le pagano per il meccanismo dei soldi che producono soldi.*

2) Sprechi. *La massaia e la serva farebbero meglio di molti amministratori, anche facendo un po' di cresta, con il rispetto delle semplici regole che applichiamo a casa nostra. Pettinare le bambole con sempre nuove ed inutili regole è il mestiere preferito dai politici. "Fatta la legge trovato l'inganno" è lo sport nazionale preferito.*

3) Inappropriatezza. *Il fascino delle cose inutili, solo casualmente utili. Per risolvere il problema è indispensabile la formazione della cultura sanitaria dei cittadini e il rispetto di quella scientifica dei medici. Scienza ed empatia sono necessari per gli uni e gli altri, ma devono andare di pari passo con la cultura del rischio. Il metodo scientifico e la compassione nella relazione medico-paziente dovrebbero essere gli architravi del Sistema Sanitario, che non va inteso come un mercato dove l'inappropriatezza viene favorita per creare profitto. È la vera malattia, insieme agli sprechi, del nostro Servizio Sanitario Nazionale, più del sottofinanziamento. La cura è difficile perché ha bisogno di responsabilità e coesione sociale. Il circolo vizioso domanda-offerta-nuova domanda è una spirale infinita che può essere governata o dal prezzo di mercato o dalla appropriatezza che ha bisogno della cultura del rischio. Entrambi odiosi. Tertium non datur. L'unico governo diventa allora l'inevitabile imbuto delle liste di attesa, ancora più odioso.*

4) Burocrazia. *Favorire e premiare la buona burocrazia, che aiuta pazienti e operatori sanitari. Chiudere gli UCAS (Uffici Complicazioni Affari Semplici), aumentando gli uffici che aiutano e riducendo quelli che vietano.*

5) Medicina difensiva. *Se vogliamo passare dalla medicina paternalistica a quella della condivisione del processo decisionale bisogna passare dal consenso informato alla probabilità condivisa. Se l'errore è sempre colpa del medico, il fallimento o l'insuccesso deve essere responsabilità condivisa anche del paziente.*

6) Rete ospedaliera. Costituire vere reti ospedaliere con riferimenti di struttura certi e puntuali, con linee guida applicabili nella realtà, differenziando ciò che è evidenza acclarata da quello che è ipotesi e da quello che è ricerca clinica in corso o compassione, lasciando la libertà di cura al mercato. Chiudere o attenzionare seriamente gli ospedali ritenuti peggiori grandi o piccoli che siano e che continuano ad essere peggiori nonostante i tentativi di miglioramento. Alzi la mano chi si farebbe curare in un Ospedale ritenuto peggiore in base ai criteri appropriati dell'agenzia ministeriale incaricata. Anche in caso di semplice insuccesso di una terapia e non di errore, qualche dubbio verrebbe comunque al comune cittadino. O no? E il crescente fenomeno delle aggressioni non viene alimentato anche dal sospetto di non adeguatezza della struttura che eroga il servizio di cui si sta usufruendo? La percezione di autorevolezza da parte del cittadino verso la struttura e il personale che lo deve curare è fondamentale per la fiducia necessaria nell'affidare la cura della propria persona.

7) Rete territoriale. Passaggio alla dipendenza della Medicina Generale e della Specialistica Convenzionata per poter permettere una vera integrazione tra Territorio ed Ospedale. In un Servizio Sanitario è Nazionale in cui non può esistere libertà di cure, ma solo libertà clinica nell'ambito delle cure che rispondano a requisiti di appropriatezza scientifica, costituzionale, legislativa, amministrativa e di sostenibilità economica non ci può essere una specie di libero mercato sotterraneo. Scienza ed empatia devono essere patrimonio sia del medico che del paziente in scelte derivanti da probabilità decisionale condivisa. Naturalmente la Medicina Privata deve avere il suo ruolo integrativo, per la possibilità di scelta della libertà di cure con risorse proprie.

Sicuramente esistono analisi e ricette migliori, come sempre capita nel groviglio intricatissimo delle vicende umane dove logica e ragione vengono tirate non dalla parte più giusta per tutti e di interesse della collettività ma in quella più conveniente per alcuni. Anche ieri ho assistito al rito di ammirazione di una piccola folla al bar per uno che non paga le tasse, non paga il ticket, fa gli esami inappropriati, salta la fila e parla male del suo medico e dell'ospedale dove è stato ricoverato e curato, gratis.

https://www.quotidianosanita.it/lettere-al-direttore/articolo.php?articolo_id=122162

quotidianosanita.it

Nessuno si salva da solo, neanche all'interno del Ssn

Francesca Moggi, Medico di Medicina Generale Convenzionato SSN a Bibbiano (RE)

17 MAG - Gentile Direttore,

se è vero che "nessuno si salva da solo", questo è ancora più vero per un sistema come il Servizio Sanitario Nazionale, nel quale una "perturbazione" sul territorio verrà sempre ed inesorabilmente percepita anche a livello specialistico, e viceversa. Come MMG mi limito naturalmente a descrivere quelle che ritengo essere attualmente le più gravi criticità per la medicina generale, le quali si possono riassumere in 3 punti sostanziali. Non mi soffermerò sulle possibili soluzioni ai primi due, in quanto già ampiamente trattati da altri colleghi ed in varie occasioni prima di me; cercherò invece di proporre qualche traccia di possibili percorsi per superare il terzo ostacolo, che reputo il vero convitato di pietra del SSN.

I temi a mio avviso da affrontare con assoluta urgenza, al fine di migliorare non solo l'assistenza territoriale al paziente ma anche il SSN nella sua globalità, sono tre:

- 1) la burocrazia
- 2) la medicina difensiva
- 3) l'accesso indiscriminato al SSN

E' fondamentale e doverosa premessa tenere da conto che gli MMG (assieme naturalmente a PLS e PS) non sono altro che il primo frangiflutti, la prima barriera contro cui si alzano i marosi delle necessità sanitarie del Paese, e che per quanto questi ne possano frangere una buona parte, più i marosi saranno alti e violenti più comunque ne arriveranno ondate anche sulle scogliere situate più oltre, ossia la diagnostica e la specialistica. Ritengo altresì che non sia possibile affrontare la carenza di medici - a fronte di una sempre maggior richiesta da parte della popolazione (se non altro per aumento progressivo ed inesorabile dell'età media) - intervenendo esclusivamente sul SSN ossia, nella fattispecie, sui medici e sull'organizzazione del lavoro dei sanitari.

1) Il primo punto, ossia l'urgenza di uno snellimento degli oneri burocratici, è forse il più sentito e il più invocato negli ultimi anni. Pensiamo ad esempio innanzitutto ai certificati INPS, poi alle note AIFA, ai codici esenzione, o ai piani terapeutici (questi ultimi sono un vero capolavoro di perversione: in pratica il MMG redigendo un

piano terapeutico sta di fatto dando a se stesso il permesso di prescrivere un farmaco!) e a tanto altro che andrebbe se non abolito sic et simpliciter, quanto meno parecchio ridimensionato. La burocrazia è quasi sempre solo un fardello totalmente inutile: val la pena di ricordare che tra le torture psicologiche praticate dall'uomo su altri uomini nel corso della storia, c'è spesso stata quella di far svolgere alle vittime lavori privi di senso e di utilità.

2) Il secondo punto viene più raramente menzionato, ma non è certamente meno rilevante. La medicina difensiva nasce come conseguenza diretta del contenzioso medico-legale, ed è arcinoto che da sola provoca una pleora di richieste evitabili. D'altra parte il singolo medico ha tutte le ragioni di doversi tutelare, lavorando in un Paese che non ha ancora di fatto depenalizzato l'atto medico. Pertanto sarebbe non dico necessario ma addirittura indispensabile riformare la questione medico-legale in modo tale che il paziente veramente danneggiato mantenga il diritto al risarcimento, ma nel contempo il medico si senta maggiormente tutelato e non in balia di denunce fin troppo facili. (A tal proposito apro una parentesi: verrebbe parecchio da ironizzare sul cosiddetto "rapporto fiduciario" voluto dall'ACN: ma che rapporto di fiducia c'è tra due persone, una delle quali si tutela continuamente – consciamente o inconsciamente – nei confronti dell'altra, che pure sta aiutando, ma dalla quale tuttavia teme sempre la coltellata alla schiena della denuncia???)

3) Infine c'è un terzo punto, che ben di rado viene preso in considerazione, e che tuttavia fa parte pienamente del problema. Se la popolazione continua ad avere un accesso non solo gratuito, ma anche illimitato e a totale discrezione dell'utenza, sia presso il MMG/PLS che il PS, si continuerà a favorire quello che è stato fino ad ora, vale a dire: non un uso, ma un abuso indiscriminato del servizio offerto dal SSN.

Chi lavora in questi due fronti, MMG/PLS e PS, sa molto bene quanti accessi siano assolutamente capricciosi ed evitabili. E' nostro pane quotidiano. E allora se di riforma sanitaria e di educazione sanitaria si deve parlare, deve riguardare tutti, operatori sanitari e utenti-pazienti.

Qualora ci si chieda quali siano le possibili modalità per contenere gli accessi ingiustificati al SSN, i sistemi possono essere diversi – basta voler veramente contenere l'esubero della domanda – e ne citerò brevemente solo tre.

Una prima possibilità è il pagamento indiretto, con successivo rimborso da parte dello Stato: è un sistema già vigente in diversi stati europei e pur mantenendo la gratuità del SSN rende nel contempo il cittadino più responsabile e più consapevole del valore del bene di cui sta usufruendo.

Una seconda possibilità è quella di imporre un ticket irrisorio: anche un Euro sarebbe sufficiente a scoraggiare certi accessi al MMG ripetuti fino all'inverosimile.

Una terza via potrebbe essere quella della carta precaricata a punti: esattamente come una carta di credito, ogni utente avrebbe a inizio anno a disposizione un certo numero di punti proporzionale ad età e patologie, e "ricaricabile" in caso di nuova diagnosi durante l'anno stesso: ogni accesso a qualsivoglia medico, diagnosi o terapia del SSN dovrebbe avere un certo "valore" in punti da scalare dalla carta volta per volta. Chi li "spendesse" tutti prima della fine dell'anno senza aver motivi clinici che diano diritto alla ricarica della carta stessa, dovrà pagare gli accessi successivi. Quest'ultimo metodo oltre ad essere estremamente "smart", consentirebbe anch'esso di salvaguardare l'assoluta gratuità limitando nel contempo le richieste di intervento medico non supportate da reali necessità cliniche.

Ora ho cercato di sintetizzare brevemente quelle che a me – ma sono convinta anche alla maggioranza dei miei colleghi – sembrano le problematiche più gravi e scottanti per la medicina generale oggi, e ho anche cercato di porre la questione in modo costruttivo proponendone alcune possibili soluzioni. Naturalmente sappiamo tutti che non esiste un mondo perfetto e che qualsiasi cambiamento potrebbe portare nuove problematiche ad oggi sconosciute, ma sappiamo anche di certo che se non si farà qualcosa di urgente e concreto nelle direzioni qui accennate, il SSN non potrà che continuare il suo inesorabile ed inevitabile naufragio.

https://www.quotidianosanita.it/lettere-al-direttore/articolo.php?articolo_id=122224

La proposta di legge Schlein sulla sanità: ancora una visione miope della salute della popolazione

Roberto Polillo, Mara Tognetti

17 MAG -

Gentile direttore,

non avremmo voluto intervenire sulla proposta di legge Schlein perché' talmente riduttiva da apparire inadeguata per rappresentare un gruppo politico che ha gestito, pur all' interno di una coalizione di governo, il sistema salute al tempo della più grande pandemia del dopoguerra. Un gruppo politico che peraltro non dovrebbe esimersi da una sincera autocritica per avere contribuito negli anni a ridurre il finanziamento del SSN.

Nonostante i limiti evidenti di una tale proposta, il dibattito che ne è scaturito e le audizioni in corso sulla medesima ci induce ad intervenire nuovamente per ribadire l'essenzialità innanzitutto di una visione, di un'idea, di un progetto di SSN che appare totalmente assente nella proposta del Partito democratico

La mancanza di uno sguardo progettuale

Senza questo sguardo progettuale e concreto, che abbiamo declinato più volte e derivante dai cambiamenti demografici, epidemiologici, tecnologici e climatici, la proposta della Schlein appare meramente schiacciata su strategie finanziarie.

Una scelta che la rende debole e perdente in partenza, pur riconoscendo che senza risorse adeguate, continuative e sistematiche, recuperate dall' evasione fiscale e aggiungiamo noi dagli indecenti extra profitti di questi anni, non si garantisce e non si migliora nulla.

Le disuguaglianze di salute, le disuguaglianze all'accesso, la farraginosità del nostro sistema che non parla al proprio interno o ricorre a linguaggi differenti e discordanti richiedono una nuova Governance indispensabile per una concreta ed effettiva esigibilità del diritto fondamentale salute. E qualsiasi proposta di riforma o di modifica sostanziale del SSN deve porsi e contemplare questa dimensione.

La necessità di una nuova governance globale

Una governance riformata che deve interessare globalmente i vari livelli di articolazione del nostro Servizio Sanitario: quello superiore dei rapporti tra Ministero salute e MEF nella gestione delle risorse e dei rapporti tra stato e regioni; quello intermedio con il superamento dell'attuale neo-centralismo regionale che schiaccia il ruolo dei comuni nella programmazione emarginandoli totalmente; quello dei professionisti, restituendo loro onore e dignità oggi sotto il tacco di un modello aziendalistico autoritario.

Il diritto alla salute è per noi qualche cosa che si costruisce a livello strutturale ma anche a quello sovrastrutturale e culturale.

Un modello culturale e organizzativo alternativo

È nostra convinzione, infatti, che non bastano servizi più o meno in filiera se i professionisti ad essi preposti non hanno chiaro l'orizzonte entro il quale si devono muovere e orientare. Così come non bastano risorse se i cittadini non hanno neanche più il medico di base, e non sanno dove andare per ottenere i servizi di cui necessitano

Ciò che serve immediatamente dunque, oltre a strutture territoriali con livelli diversi di competenze (case della comunità, consultori, servizi domiciliari, ecc.) è una interlocuzione forte e chiara con i singoli cittadini e le collettività dei diversi territori che deve essere garantita dalla presenza di operatori di comunità. Attività che dovrà essere affiancata da azioni di promozione della salute e di coinvolgimento attivo dei diversi attori nella programmazione e soprattutto nella valutazione dei risultati ottenuti.

Le rinunce alle cure, la povertà sanitaria, l'uso improprio di risorse, i tempi infiniti di attesa, non derivano semplicemente da un mal funzionamento od una eccessiva onerosità del sistema, che pure esiste, ma anche da una non adeguata cultura della salute, da una letteracy che non corrisponde ai reali bisogni di salute derivanti da cambiamenti globali e interconnessi (one health). Ciò non vale solo per i cittadini ma anche per i professionisti della salute che sono formati e "aggiornati" su modelli e quadri nosologici che andrebbero aggiornati oltre che integrati con saperi che non si limitano a guardare un copro malato ma un individuo che non gode di piena salute e che interagisce con un sistema sociale fattore di molti rischi di salute.

Serve dunque un nuovo modello organizzativo basato sulla implementazione delle reti cliniche e del lavoro in team degli operatori attraverso coerenti adeguamenti contrattuali.

L'auspicio di una proposta aperta alla discussione

La mancanza di un riferimento esplicito alla promozione della salute e all'integrazione delle risorse di un Territorio, un modello di salute contemporaneo, sono tutti ulteriori elementi di miopia della proposta in discussione. Quale è il modello di programmazione e di valutazione sotteso? Per quale salute?

Ciò che dobbiamo ricostruire è un Ssn pubblico, adeguatamente finanziato che guarda al presente ma in particolare al futuro, capace di adeguarsi alle diverse e molteplici transizioni quale garanzia di diritti esigibili per i cittadini.

Un SSN che ormai costituisce un diritto di cittadinanza inalienabile è una risorsa economica e culturale imprescindibile per un Paese che si pensa allineato con il resto del mondo occidentale.

La proposta di legge in discussione non solo sembra non avere presente ciò che sta succedendo nel nostro Paese in termini di bisogni di salute, ma anche non avere tratto insegnamenti dalla pandemia da COVID 19 e fatto ancora più grave di non conoscere ciò che molti amministratori locali hanno positivamente implementato a partire dalle cure domiciliari e le giuste richieste degli operatori che fuggono dal lavoro pubblico in cui non si riconoscono più

Ci auguriamo che quanto proposto sia solo l'inizio di un processo più ampio e non una "proposta pre-elettorale" priva di contenuti qualificanti.

https://www.quotidianosanita.it/lettere-al-direttore/articolo.php?articolo_id=122215

quotidianosanita.it

Ddl Schlein. "Importante iniezione di 4 mld l'anno per la sanità, ma non basteranno a ridurre gap con Europa". L'audizione di Gimbe

Evidenziata anche l'incognita sul reperimento delle risorse visto che i DdL in esame, congiunti a quello Schlein, fanno riferimento a maggiori risorse derivanti dalla crescita economica, al recupero di risorse dall'evasione/elusione fiscale e alla revisione delle politiche contributive. "Senza rilancio del finanziamento pubblico ulteriore indebolimento del personale sanitario, innovazioni inaccessibili e addio all'universalismo del Ssn".

14 MAG -

"Negli ultimi 15 anni è bene ribadire che tutti i Governi, di ogni colore, hanno tagliato risorse o non finanziato adeguatamente il Ssn, portando il nostro Paese ad essere in Europa 'primo tra i paesi poveri' in termini di spesa sanitaria pubblica sia in percentuale del Pil, sia soprattutto pro-capite. Infatti, nel 2022 siamo davanti solo ai paesi dell'Europa meridionale (Spagna, Portogallo, Grecia) e a quelli dell'Europa dell'Est, eccetto la Repubblica Ceca".

*Così il presidente della Fondazione Gimbe, **Nino Cartabellotta**, audito oggi dalla XII Commissione Affari sociali alla Camera dei Deputati nell'ambito dell'esame delle proposte di legge recanti disposizioni per il sostegno finanziario del Servizio Sanitario Nazionale.*

"Il gap rispetto alla media dei paesi europei dal 2010 - ha proseguito - è progressivamente aumentato, arrivando nel 2022 a \$ 867, pari a quasi € 810, che, parametrato ad una popolazione residente Istat al 1° gennaio 2023, per l'anno 2022 corrisponde ad una voragine di € 47,7 miliardi. Nell'intero periodo 2010-2022 il gap cumulativo arriva alla cifra monstre di \$ 363 miliardi, pari a circa € 336 miliardi. Una progressiva sottrazione di risorse pubbliche che determinato l'inesorabile indebolimento del SSN nelle sue componenti strutturale, tecnologica, organizzativa e, soprattutto, professionale, con drammatiche conseguenze che oggi ricadono su 60 milioni di persone".

"I principi fondanti del Ssn, universalità, uguaglianza, equità - continua Cartabellotta - sono stati ampiamente traditi e la vita quotidiana delle persone, in particolare delle fasce socio-economiche più deboli, è sempre più condizionata da esperienze che documentano la mancata esigibilità del diritto alla tutela della salute: interminabili tempi di attesa, pronto soccorso affollatissimi, impossibilità di trovare un medico o un pediatra di famiglia vicino casa, necessità di ricorrere alla spesa privata sino all'impoverimento delle famiglie e alla rinuncia alle cure, enormi diseguaglianze regionali e locali sino alla migrazione sanitaria".

"Conseguenze del fatto che a partire dal 2010 - commenta il presidente di Gimbe - indipendentemente dalle cifre assolute, la sanità pubblica è continuamente defanziata, come documentato dall'inesorabile aumento del gap della spesa sanitaria pro-capite rispetto alla media dei paesi europei".

Fabbisogno sanitario nazionale passato e presente

- Periodo 2010-2019: il FSN è aumentato di € 8,2 miliardi con una percentuale di crescita complessiva dello 0,9% rispetto all'1,2 % dell'inflazione. "Per 10 anni - chiosa il Presidente - Regioni, Aziende sanitarie e

professionisti hanno lavorato in un contesto iso-risorse che ha progressivamente eroso la resilienza del SSN, poi travolto dalla pandemia quando già gravemente indebolito".

- **Periodo 2020-2023:** l'incremento del FSN è pari a € 15,1 miliardi che, spiega Cartabellotta "non hanno consentito alcun rinforzo strutturale del SSN, né hanno permesso alle Regioni – anche quelle più virtuose – di mantenere i conti in ordine senza tagliare i servizi o aumentare le imposte regionali". Sia perché le risorse sono state utilizzate in larga misura per fronteggiare l'emergenza pandemica, sia perché l'incremento del 2,9% nel 2022 e del 2,8% nel 2023 è stato pesantemente eroso dall'inflazione (8,1% nel 2022 e 5,7% nel 2023).

- **Legge di Bilancio 2024.** Il Fsn viene incrementato di € 3 miliardi per il 2024, € 4 miliardi per il 2025 e € 4,2 miliardi per il 2026, salendo a € 134 miliardi per il 2024, € 135,4 miliardi per il 2025 e € 135,6 miliardi per il 2026. "Se in termini assoluti è ben evidente il netto incremento del Fsn nel 2024 – spiega Cartabellotta – è bene rilevare da un lato che oltre l'80% è destinato al doveroso rinnovo dei contratti del personale dipendente e convenzionato, dall'altro che l'ultima Manovra non lascia intravedere alcun rilancio del finanziamento pubblico. Infatti, gli incrementi previsti nel 2025 (+1%) e nel 2026 (+0,15%) sono talmente esigui che non riusciranno a compensare l'inflazione, né l'aumento dei prezzi di beni e servizi". "A parte piccole differenze – continua Cartabellotta – le proposte dei DdL in esame sull'aumento del Fsn sono sì in linea con il Piano di Rilancio del SSN elaborato dalla Fondazione Gimbe, ma sono limitate ad un arco temporale di 5 anni con un finanziamento aggiuntivo di € 4 miliardi l'anno per un totale di € 20 miliardi. Al contrario, il Piano Gimbe suggerisce un incremento progressivo del finanziamento pubblico per allineare la spesa sanitaria pro-capite alla media dei paesi europei".

Dal punto di vista quantitativo, il recente paper dell'Ocse sulla sostenibilità fiscale dei sistemi sanitari entro il 2040 stima un aumento medio della spesa sanitaria nei paesi Ocse del 2,6%, ma prevede al contempo che le entrate attese, fiscali e non fiscali saranno pari all'1,3%, evidenziando dunque una possibile criticità nella sostenibilità della spesa sanitaria. Nelle stime Ocse l'Italia si trova al penultimo posto per incremento delle entrate attese (0,2%) e al terzultimo per l'aumento di spesa sanitaria (1,5%). "Una situazione – commenta Cartabellotta – che, in assenza di coraggiose scelte politiche, vede il rilancio del SSN pesantemente condizionato dalle difficoltà a reperire le risorse necessarie. In ogni caso, l'incremento del FSN di € 4 miliardi/anno proposto dai DdL in esame è superiore al 2,6% previsto dall'Ocse fino al 2035, salvo poi essere inferiore dal 2036 (figura 6): un'importante iniezione di denaro pubblico per il Ssn, tuttavia non sufficiente recuperare l'enorme gap della spesa sanitaria pro-capite rispetto alla media dei paesi europei".

Quanto al reperimento delle risorse necessarie, i DdL in esame fanno riferimento a maggiori risorse derivanti dalla crescita economica, al recupero di risorse dall'evasione/elusione fiscale e alla revisione delle politiche contributive. "Se da un lato i tempi di attuazione di queste ultime misure non permettono di recuperare risorse a breve termine – commenta Cartabellotta – dall'altro è indifferibile rivedere le priorità di investimento del Paese per evitare il crollo imminente di un pilastro della nostra democrazia. Peraltro, con la difficoltà di recuperare risorse da sprechi e inefficienze in assenza di coraggiose riforme, le uniche ipotesi aperte rimangono quelle di una tassa di scopo (es. su alcool, fumo, gioco d'azzardo, bevande zuccherate) e/o una tassazione aggiuntiva e incrementale dei redditi più elevati".

"Il persistere del sotto-finanziamento pubblico – conclude Cartabellotta – avrà tre conseguenze fondamentali sul Ssn. Innanzitutto, l'ulteriore demotivazione del personale sanitario con impoverimento del capitale umano che rischia di mettere definitivamente in ginocchio la sanità pubblica; in secondo luogo, la difficoltà sempre crescente nel garantire le innovazioni farmacologiche e tecnologiche; infine, l'addio all'universalismo con l'involutione del Ssn in una sanità a doppio binario, dove il diritto alla tutela della salute sarà condizionato della capacità di spesa delle persone.

Tuttavia per rilanciare il Ssn il progressivo incremento del finanziamento pubblico è condizione necessaria, ma non sufficiente: sono ormai inderogabili coraggiose riforme di sistema visto che, a fronte di varie transizioni (epidemiologica, demografica, digitale), le modalità di finanziamento, programmazione, erogazione e valutazione dei servizi sanitari 'obbediscono' a leggi che risalgono a 25-30 anni fa. Ma ancor prima, serve una visione chiara su quale modello di Ssn la politica vuole lasciare in eredità alle future generazioni, attraverso un patto sociale e politico che, prescindendo da ideologie partitiche e avvicendamenti di Governi, riconosca nel modello del Ssn un pilastro della nostra democrazia, una conquista irrinunciabile e una grande leva per lo sviluppo economico del Paese".

https://www.quotidianosanita.it/governo-e-parlamento/articolo.php?articolo_id=122130

Un Ssn nuovo negli obiettivi ma antico nei valori e per i diritti da difendere

Alessandro Giustini

13 MAG - Gentile Direttore,

tra i contributi attorno ai grandi problemi di sopravvivenza e di riforma urgente del nostro SSN continuano ad emergere, a mio modesto parere, elementi molto importanti di riflessione e comprensione dei meccanismi scientifici, finanziari, gestionali e politico-organizzativi che potrebbero guidare questo riordino: solo se il Paese riuscirà a liberarsi dalla "povertà" dell'impostazione neoliberista e miope sulla superiorità del mercato potremo forse tornare ad arricchire la difesa dei diritti di salute dei cittadini.

Infatti l'ideologia della superiorità assoluta del mercato è una deriva che la Unione Europea ha di fatto in questi decenni sostenuto ed istillato anche nella politica del nostro Paese e che in concreto prima di tutto la cosiddetta "sinistra progressista" ha fatto propria nei comportamenti di governo sia nazionale che locale. Tutti i Governi degli ultimi 20 e più anni, peraltro di ogni colore politico, si sono comportati di conseguenza e gli effetti deleteri nel Servizio Sanitario Nazionale si vedono: riduzione del finanziamento, del personale, della formazione, delle strutture ed infrastrutture. Assenza di programmazione basata sui dati epidemiologici, demografici e sociali sostituita da frammentazione di prestazioni seguendo criteri economici e dimenticando gli aspetti più complessivi della Salute che sono organicamente connessi con la globalità della Persona (interazione tra patologie tra loro e con il contesto sociale ed ambientale). Si è da tempo dimenticato che lo scopo essenziale del SSN non può essere offrire prestazioni (come un supermercato) ma offrire le condizioni migliori possibili di Salute nella definizione dell'OMS e di funzionamento e performance dei cittadini nella Vita. Le attività di tutela della Salute (Prevenzione, Cura e Riabilitazione) utilizzano le diverse prestazioni, interventi, strutture e professionisti come strumenti per questi obiettivi e quindi la valorizzazione economica non può essere focalizzata solo sulle singole prestazioni ma sugli obiettivi di salute raggiungibili e raggiunti.

Altro aspetto deleterio di questa impostazione è l'assoluto privilegio dato alla medicina riparativa: frammentazione talvolta astrusa dei problemi più disparati magari affrontati con "bonus" o fantomatiche attività di "comunità", spinta commerciale per attività anche secondarie o persino non appropriate, cancellazione di ogni valutazione complessiva di Salute e di reale efficacia per la vita delle persone

La dimostrazione è che il concetto di "appropriatezza" è stato declassato non più riferendolo alla Salute ed ai suoi indicatori e parametri ma solo verso il sintomo che viene valorizzato ed isolato, verso la correttezza tecnica della singola prestazione /attività costruendo quindi un sistema di pseudo-verifica che giustifica solo se stesso. Questo naturalmente comporta un flusso finanziario del tutto incontrollabile che in sostanza è in gran parte spreco, ma favorito dalla impostazione liberista e prestazionale del sistema.

Anche le notizie recenti sull'ipotesi di Decreto per il controllo della appropriatezza prescrittiva mostrano il persistere di questo gravissimo errore concettuale.

Ben altri potrebbero essere (e ben noti ed applicati a livello internazionale ma mi pare molto poco conosciuti dai nostri "esperti") i criteri di analisi di appropriatezza rispetto agli effetti di Salute su una popolazione delle attività di indagine diagnostica e di prescrizione terapeutica complessiva ma si deve coinvolgere la complessità della filiera assistenziale (Ospedaliera, specialistica, di base) e metterla anche in relazione con la filiera delle attività assistenziali (cronici, disabili, anziani in particolare) di quel territorio e di quella popolazione.

Basti ricordare che oramai OMS ha aggiunto accanto a Morbilità e Mortalità anche il Funzionamento come indicatore di Salute per ogni popolazione.

Grazie (purtroppo) a questa impostazione neo-liberista priva di progettualità sociale anche il contributo del privato invece che essere un positivo supporto nei programmi di difesa della Salute del servizio pubblico è divenuto naturalmente concorrente e crescente consumatore di risorse.

Manca del tutto una cultura di Salute ed una coerente programmazione a livello nazionale ed in particolare regionale: non a caso tutti vediamo che non esiste più il servizio sanitario nazionale ma esistono brandelli di servizio differenziati e tutti mal funzionanti nelle Regioni ed Aziende. Il fallimento della regionalizzazione ed aziendalizzazione è macroscopico ma gli interessi di tantissimi a mantenere e magari ampliare questa situazione sono per adesso prevalenti.

La tutela costituzionale per i Cittadini è del tutto occasionale e frammentaria nonostante che unitarie siano le tasse e prima di tutto unitari sono i Diritti.

Il DM 70, il Decreto LEA, il DM 77 sono la perfetta espressione di questa completa assenza di moderna cultura scientifica che prosegue imperterrita nella propria povertà direi anche etica.

Come pure macroscopico è il fatto che l'impianto delle indagini statistiche dell'Agenas in particolare sugli "esiti" rappresenta l'esempio perfetto di qualcosa di assolutamente inutile perché del tutto svincolato ad es. da analisi contestuali e di processo. Però utile solo a giustificare la propria esistenza in vita.

Peraltro è invece molto chiaro (e molto lontano da quei documenti) come possa essere contruita (e monitorata) una organizzazione volta alla difesa delle condizioni di Salute per una popolazione:

- Elemento essenziale è una strutturazione, una modalità organizzativa, una dotazione infrastrutturale e di competenze che consenta veramente la necessaria personalizzazione, continuità ed organicità dell'insieme delle cure specialmente in un ambito intensivo ed acuto come deve esser l'Ospedale,
- Parimenti essenziale è sempre la costruzione di un percorso che colleghi questo ai contesti territoriali nella sinergia, continuità e completezza basandosi sui risultati di funzionamento e performance nella vita i quali sono gli unici indicatori di appropriatezza, di efficacia ed efficienza di tutti gli interventi precedenti.

Quindi come si può, per difendere i DM indifendibili, dire che si deve privilegiare la sanità territoriale se non si realizzano contestualmente strutture ospedaliere adeguate (in quantità e qualità) a fare sinergia in tal senso. E neppure oggi ci sono difensori degli ospedali che non sanno quanto sia indispensabile l'integrazione prima e dopo con il contesto territoriale, ma che sanno parimenti che per questa efficace integrazione sono indispensabili strutture, dotazioni e competenze orientate anche in tal senso.

Per assurdo (ma anche ridicolo) nei documenti del Pnrr, realizzati in tutta fretta da Ministero, Agenas e Regioni per non perdere i finanziamenti, il tema della prossimità e della continuità, che sono appunto elementi essenziali per ogni efficace intervento per la Salute, sono molto ben rappresentati

Questo però solo in teoria ma in realtà sono lasciati del tutto lontani da ogni concreta integrazione con i DM (purtroppo) fondanti del SSN che debbono esser del tutto rivisti.

Tutto ciò è particolarmente grave in una rapidissima evoluzione demografica (invecchiamento e migrazioni) ed epidemiologica (dipendenze, cronicità e disabilità) che già ci travolge.

Non travolge invece la Medicina che essendo scienza umana ha nel suo bagaglio culturale e professionale tutti gli strumenti per comprendere ed affrontare queste problematiche: dovrebbe esser con tutte le sue potenzialità il centro di questa riforma e non più solo strumentalizzata per finalità politico-finanziarie. Va ricordato parallelamente che OMS e UN hanno da anni chiarito, con l'impegno delle associazioni internazionali dei pazienti, dei Medici e degli altri professionisti della Salute, come debbono esser impostate le politiche socio-sanitarie per rispettare i principi di tutela della Salute, i diritti delle persone anche se in condizioni di disabilità ed anche gli obiettivi di sviluppo complessivo del millennio.

Speriamo che quei contenuti di continuità e integrazione apparsi nel Pnrr siano un reale inizio di totale modifica della impostazione fino ad oggi dominante e che si possa al più presto ridisegnare tutto il nostro SSN.

https://www.quotidianosanita.it/lettere-al-direttore/articolo.php?articolo_id=122097



Presentata "Agenda salute", per una riforma sostenibile del Servizio Sanitario Nazionale

L'iniziativa di fondazione The Bridge e delle Università degli studi di Milano e Pavia è stata presentata oggi a Roma

Fondazione The Bridge, Università degli Studi di Milano e Università degli Studi di Pavia hanno presentato oggi un **documento** contenente alcune proposte di politiche sanitarie con l'obiettivo di dare il via a una vera riforma della sanità in Italia e dotarsi di un sistema sanitario più equo, partecipato e sostenibile.

Più di 150 stakeholder tra società scientifiche, partiti, istituzioni, aziende farmaceutiche, associazioni dei pazienti e altre figure chiave del settore sono state coinvolte oggi a Roma, presso Palazzo Brancaccio, nel corso dell'evento 'Agenda Salute'.

I temi affrontati nello studio riguardano il **sistema sanitario integrativo, la ricerca sanitaria e la sperimentazione clinica italiana, la promozione di una medicina preventiva, le professioni sanitarie del futuro e le strategie sanitarie in ottica di transizione energetica.**

"Da qualche anno - scrive la Fondazione - si è sviluppato un modello di finanziamento sanitario multi-pilastro, evidenziando una crescente ibridazione del Ssn. **Purtroppo, tale sviluppo non è stato governato**, mentre appare necessario disciplinare il processo sui piani regolatorio e organizzativo, garantendo adeguati monitoraggio e vigilanza. Innanzitutto, c'è bisogno di maggiore **trasparenza** e il gruppo di lavoro richiede

all'Osservatorio nazionale permanente dei fondi sanitari integrativi, istituito nel 2022, di pubblicare i dati della sperimentazione in atto, prima che il modello diventi effettivo nel 2025".

Tra le altre proposte, si richiede di "ampliare la funzione di finanziamento e rimborsabilità delle prestazioni nei confronti dei soggetti del sistema integrativo collettivo, tutelando gli interessi degli assistiti in una logica di continuità delle cure". Occorre, infine, "implementare un modello che **perfezioni la raccolta delle informazioni** sulle prestazioni sanitarie, pubbliche e private, attraverso il fascicolo sanitario elettronico".

Su **ricerca e sperimentazione clinica** una delle proposte è quella di "sostenere lo sviluppo di una strategia nazionale della ricerca sanitaria e di una governance della sperimentazione clinica con la creazione di un'Agenzia nazionale della ricerca sanitaria. Entro il 2027, infatti, è prevista una forte crescita del numero di nuove sperimentazioni, purtroppo a causa di vincoli posti dalla normativa italiana, specie in tema di privacy, e di una mancanza di coordinamento nazionale, il nostro Paese rischia di perdere terreno a livello internazionale".

Secondo l'analisi di '**Agenda Salute**', all'Italia "servono oculate scelte politiche, organizzative ed economiche, perché 'senza interventi la crescita sarebbe del 5%, mentre con azioni normative 'soft' si potrebbe arrivare al 15% e salire al 30% con interventi strutturali".

Per promuovere una medicina preventiva bisogna accedere alle informazioni raccolte nelle attività di assistenza clinica e a quelle in possesso del Ssn e Ssr, ma oggi "esistono dei gravi ritardi dovuti alla rigidità di applicazione del Gdpr. È importante, allora, sostenere il **Disegno di Legge**, presentato al Senato nel 2024, che regola la gestione dei dati sanitari con una modalità innovativa (sandbox), mutuata dall'ambito finanziario, che permette di affrontare in un ambiente protetto e sicuro i limiti posti all'utilizzo dei dati sanitari da parte dei Dpo".

Attualmente in Italia sono riconosciute **30 professioni sanitarie**, e il volume dei professionisti coinvolti, che operano sia in strutture pubbliche che private, è di circa 1.500.000 unità. "Per il futuro, ad esempio, si prevede che tra le professioni più richieste, non ancora riconosciute, ci saranno l'esperto di deep learning (addestratore di algoritmi), lo stratega del lifestyle, il telechirurgo, l'esperto di bioprinting (organi sintetici), il terapeuta realtà virtuale (mental health), l'analista di dati sanitari (big data). Tra quelle già riconosciute, invece, si prevede saranno più richieste l'infermiere professionista, il medico tecnologo e l'assistente sanitario a domicilio".

Affinché si possano adottare logiche predittive adeguatamente affidabili e supportare uno sviluppo coerente delle figure professionali che saranno maggiormente richieste, è necessario, a giudizio della Fondazione "prevedere una riforma della formazione specialistica e delle lauree triennali abilitanti e l'istituzione di un tavolo interministeriale che si occupi di monitoraggio e individui i trend formativi utili a breve, medio e lungo termine e li espliciti in offerta formativa universitaria e corsi Ecm".

L'impatto del cambiamento climatico sulla salute umana è ormai comprovato e "il settore sanitario è responsabile in media del 4,4% delle emissioni di CO2 globali. L'Ue è la terza produttrice dopo Stati Uniti e Cina e l'Italia si colloca tra quei Paesi il cui settore sanitario produce emissioni poco superiori alla media, con il 4% sul totale delle emissioni nazionali. È necessario, quindi, ripensare l'aspetto organizzativo e culturale delle strutture ospedaliere, ad esempio, inserendo gli ospedali negli elenchi delle aziende energivore e gasivore e istituendo un tavolo permanente con i ministeri di competenza (Ambiente, Salute e Semplificazione), le rappresentanze regionali e le associazioni ospedaliere, per semplificare la normativa esistente, prevedendo l'istituzione di un green team aziendale e l'adozione di un piano annuale delle politiche ambientali che promuova l'utilizzo di energie rinnovabili".

"La priorità è **garantire una sanità di qualità e colmare le disparità territoriali** presenti nel nostro Paese. Ciò significa intervenire sull'accessibilità dei servizi sanitari, valorizzando la medicina territoriale e di comunità e l'assistenza a domicilio". Lo ha detto la presidente di Fondazione The Bridge, **Rosaria Iardino**, (nella foto) che ha ribadito l'urgenza di 'riformare il Servizio sanitario nazionale, con servizi adeguati ad affrontare criticità come la frammentazione dell'accesso alle prestazioni, la debolezza dell'integrazione sociosanitaria, le liste d'attesa".

"In questa prospettiva – ha proseguito – abbiamo elaborato un documento centrato su cinque temi specifici con diverse proposte di politiche sanitarie da attuare, un'Agenda Salute che chiediamo di sottoscrivere per poter coinvolgere le istituzioni in modo ampio, condiviso e partecipato".

Secondo **Alessandro Venturi**, professore di Diritto amministrativo e di Diritto regionale e degli enti locali presso il Dipartimento di Scienze politiche e sociali dell'Università degli Studi di Pavia, Alma Ticinensis, "i temi

presenti in Agenda Salute sono rivoluzionari e fondamentali per il futuro del Ssn. La sanità integrativa è tra i punti più importanti. Da tempo leggiamo che la spesa privata per la sanità in Italia è aumentata, ma questo non è vero. Anzi, dei 42 miliardi che vengono spesso citati, premesso che sono delle stime e nessuno sa realmente a quanto ammonti la spesa sanitaria privata, in realtà solo 17 sono spesa sanitaria vera, cioè quella che non è sostituita dal Ssn. Una spesa fisiologica. Di questi 17 miliardi, poi, ne abbiamo 4 che sono già intermediati da fondi mutualistici o assicurativi, quindi si riducono a 13 miliardi”.

“Allora – ha poi evidenziato – con il primo punto di Agenda Salute, parlare cioè in maniera aperta di sanità integrativa al di fuori di qualsiasi ideologia, vogliamo immaginare un sistema che riduca il più possibile la spesa dal proprio portafoglio, quella out of pocket pura, mentre dovrebbe aumentare la spesa intermediata da fondi assicurativi e mutualistici. In un quadro, però, dove il Ssn con i suoi 136 miliardi di spesa copre ancora il prevalente fabbisogno di tutti i cittadini italiani”.

Per **Aldo Bruno Gianni**, professore Ordinario di Chirurgia Maxillo-Facciale e Presidente Comitato Direzione Facoltà di Medicina e Chirurgia Università degli Studi di Milano, “l’Università di Milano ha deciso di essere tra i promotori di questa iniziativa, che riguarda la **proposta di una riforma sanitaria equa, sostenibile e partecipata**, perché pensiamo che il concetto di Accademia moderna non sia più quello del passato, avulso dal territorio, ma è un’Accademia che deve essere parte attiva di cambiamenti importanti. Abbiamo fornito delle nostre proposte in ambito formativo e sulle competenze delle professioni sanitarie del futuro, in considerazione anche dei grandi cambiamenti in atto nella popolazione, si pensi all’invecchiamento e alle cronicità, ma anche a tutta la tecnologia che cambia il modo di approcciare questi problemi”.

https://www.sanitainformazione.it/advocacy-e-associazioni/presentata-agenda-salute-per-una-riforma-sostenibile-del-ssn/?mkt_tok=MDIwLVNDVC0wNjQAAAGTAogHPcAxCfIQlgjQUU-JmBYvS-ZEnB5iakppr24RyCZzwJ1qP-sX-uokDswWQ5zMzgewZv_kUB73abnuqJTYhMzyifDh0Ur2bVxNMQDm



Liste d’attesa: arrivano monitoraggio e piattaforma, più fondi per privati accreditati e personale sanitario

di Red.San.

“Tutti convocati” contro la piaga delle liste d’attesa in sanità. La bozza del decreto legge messo a punto dagli uffici del ministro della Salute, Orazio Schillaci, che dovrebbe essere discussa nel Consiglio dei ministri il prossimo 3 giugno, prevede all’articolo 1 la “Carta dei diritti dei cittadini in materia di prestazioni sanitarie”, mirata alla piena esigibilità delle cure prescritte dal medico con tanto di quesito diagnostico e indicazione della priorità e la maggiorazione delle multe previste, in caso ad esempio di “liste chiuse”, fino a 30mila euro.

Monitoraggio su liste attese e registro segnalazioni

Un monitoraggio nazionale sul rispetto dei tempi massimi di attesa per le classi di priorità delle prestazioni prenotate effettuato dall’Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali (Agenas), presso la quale è istituita la Piattaforma nazionale delle liste di attesa con il fine di realizzare l’interoperabilità con le piattaforme di ciascuna regione e provincia autonoma. Inoltre viene istituito - sul sito del ministero della Salute - un registro delle segnalazioni e viene creato un Osservatorio Nazionale delle Liste di Attesa.

Aumenta il tetto per l’acquisto di prestazione dei privati accreditati

Per smaltire le attese scendono in campo sia gli operatori pubblici che i privati accreditati: per questi ultimi la bozza di decreto legge innalza ulteriormente i tetti di acquisto delle prestazioni da parte delle Regioni. Passano dall’1% al 2% nel 2024, dal 3% al 4% nel 2025 e dal 4 al 5% dal 2026.

Incrementato il tetto di spesa per il personale

Tra le misure più attese, una prima deroga sul tetto del personale Ssn: varrà per l’anno 2024 e fino al 25% dell’incremento del Fondo sanitario regionale 2023 e sarà in ogni caso limitata a un decreto Salute-Mef (da adottare entro 4 mesi) che dovrà definire i nuovi criteri di spesa per il personale dal 2025. Inoltre è consentito

l'utilizzo fino allo 0,4% del Fondo sanitario 2024 per innalzare le tariffe orarie degli straordinari, sempre con l'obiettivo di garantire la completa attuazione dei Piani operativi regionali per il recupero delle liste d'attesa. Non solo: in campo ci sono anche gli specialisti ambulatoriali - cui vanno fino a 100 euro lordi l'ora - e gli specializzandi che potranno agire in libera professione fino a 12 ore alla settimana.

Visite ed esami anche il sabato e la domenica

La bozza del decreto prevede, inoltre, che le visite diagnostiche e specialistiche siano possibili anche di sabato e domenica, con l'estensione della fascia oraria per l'erogazione di queste prestazioni. Sarà attivato un sistema unico di prenotazione regionale o infra-regionale, con le strutture private accreditate ospedaliere e ambulatoriali che dovranno afferire al Centro unico di prenotazione (Cup), pena la nullità degli accordi contrattuali per l'accreditamento con il Ssn. Previsto anche un sistema di 'recall', attivato dal Cup, per ricordare all'assistito la data di erogazione della prestazione, per richiedere la conferma o per la cancellazione delle prenotazioni: in caso di mancata presentazione e visita non annullata, l'assistito può essere tenuto a pagare lo stesso.

Stretta sui gettonisti, possibili assunzioni in deroga

Per ridurre le liste di attesa, ma anche per "contrastare il fenomeno dei cosiddetti 'gettonisti' e di reinternalizzare i servizi sanitari affidati a cooperative, fino al 31 dicembre 2026, la bozza di decreto prevede che le Regioni, le Province autonome di Trento e di Bolzano e gli enti del Servizio sanitario nazionale possono reclutare il personale del comparto e della dirigenza medica e sanitaria nonché delle professioni sanitarie attraverso forme di lavoro autonomo, anche di collaborazione coordinata e continuativa, in deroga".

<https://www.sanita24.ilsole24ore.com/art/dal-governo/2024-05-24/liste-d-attesa-ad-agenas-monitoraggio-e-piattaforma-piu-fondi-privati-accreditati-e-personale-sanitario-145225.php?uuid=AFV07RqB&cmpid=nlqf>

quotidianosanita.it

Ssn e Società di Mutuo Soccorso, dove sta davvero il problema?

Antonio Chelli, Presidente Fimiv (Federazione italiana della mutualità integrativa volontaria)

29 MAG - Gentile Direttore,

il dibattito sulla sanità italiana si arricchisce di giorno in giorno di nuovi spunti e di nuove valutazioni, cosa che non può che far bene alla riflessione su di un tema che è molto delicato soprattutto per una società che vorrebbe essere tra le più evolute nel mondo.

Capita che durante questo dibattito anche il nostro mondo venga tirato per la giacchetta, qualche volta a proposito, qualche altra a sproposito e questo soprattutto quando dalla constatazione della realtà esistente il dibattito si sposta su di un piano prettamente ideologico.

Per formazione culturale e per studi universitari sono convinto che le ideologie rappresentino un valore aggiunto in una discussione, ma questo a patto che vi sia chiarezza intellettuale.

Come sto cercando di fare da tempo, voglio partire da alcuni dati di fatto: oggi in Italia vi è una spesa out of pocket al netto di quella intermediata da mutue, assicurazioni o qualsiasi altra forma che interagisca con il cittadino, che supera i 35 miliardi di euro. Non è un problema? A me sembra di sì. Ad oggi circa 15 milioni di lavoratori hanno una assistenza sanitaria integrativa (frutto della contrattazione nazionale, territoriale od aziendale non di altro) che consente loro di ricevere servizi aggiuntivi a quelli del SSN. Ne vogliamo parlare per comprenderne bene gli effetti? Secondo l'ISTAT nel 2023 circa 4,5 milioni di italiani hanno rinunciato alle cure per mancanza di risorse economiche o per le liste di attesa troppo lunghe. Non è un problema che rischia di avere effetti disastrosi sul nostro tessuto sociale?

Noi, Società di Mutuo Soccorso che non siamo tornati perché banalmente non siamo mai andati via, ci stiamo ponendo il problema di come fare ed operare per sostenere il sistema pubblico convinti come siamo che sia un principio ed un baluardo imprescindibile per una società giusta anche al di là degli articoli della Costituzione. Noi diamo sussidi ai nostri soci (e solo a loro perché a questo ci obbliga la legge istitutiva delle SMS) rimborsando i ticket ospedalieri, facendo accordi per l'intramoenia, cercando di indirizzarli verso i centri convenzionati con il servizio pubblico perché pensiamo che ad una sterile contrapposizione tra pubblico e privato (magari non profit come noi) sia da preferire la ricerca di un circolo virtuoso che metta assieme quelle risorse che in questo Paese operano a servizio della collettività per dare maggiore sicurezza e tranquillità proprio alle persone meno abbienti e che necessitano, quindi, di maggior sostegno. L'obbiettivo è quello di razionalizzare le risorse complessive per renderle il più efficaci possibile attraverso anche la nostra azione.

È ovvio che il nostro socio è libero di scegliere il servizio che più lo soddisfa, per cui se trova liste di attesa troppo lunghe o carenza di medici specializzati o qualsiasi altra difficoltà, si guarda attorno per soddisfare il suo bisogno. Ma questa è responsabilità delle Società di Mutuo Soccorso o di altri?

La sanità in Italia soffre di una carenza di investimenti da molti anni, frutto dell'opera di diversi governi. Per ridurre il gap con gli altri Paesi europei sarebbero necessarie risorse che ad oggi non ci sono e tempi che non sembrano congrui con i bisogni della popolazione italiana.

Davvero in questo panorama le società di mutuo soccorso appaiono come un problema? A me non sembra, anzi, in una visione riformista e progressista dovrebbero rappresentare una possibile risorsa per sostenere il sistema pubblico.

Un occhio attento, piuttosto, lo indirizzerei verso tutte quelle nuove mutue che stanno nascendo precipitosamente e che magari non aderiscono ad alcuna associazione che possa indirizzarle secondo i corretti canoni legislativi, perché queste sì che possono rappresentare, in un parallelismo con la cooperazione spuria, un elemento distorsivo del sistema e del rispetto delle leggi che sovrintendono alla nostra attività.

https://www.quotidianosanita.it/lettere-al-direttore/articolo.php?articolo_id=122484

quotidianosanita.it

Tremate: le mutue son tornate

Enzo Bozza, medico di base per i Comuni di Vodo e Borca di Cadore (BL)

27 MAG - Gentile Direttore,

i padri della Costituzione conoscevano benissimo la situazione sanitaria italiana.

Saltava all'occhio soprattutto un aspetto fondamentale: la monetizzazione delle cure: i borghesi benestanti e i signorotti dei latifondi, pagavano il medico di tasca propria, avendone la possibilità.

Alcuni, stipulavano un vero e proprio contratto di assistenza con il medico: un fisso annuale in denaro, e la fornitura di olio, grano, e tutti i prodotti della terra di cui il signorotto era proprietario, in cambio di assistenza medica. I poveri, contrassegnati come "indigenti" dal comune di residenza, potevano usufruire gratuitamente della "condotta medica": un medico stipendiato dal comune, presente sul territorio giorno e notte per sette giorni a settimana.

Gli indigenti non pagavano il medico ma dovevano comprare le medicine di tasca propria. Il medico condotto poteva prestare la sua opera a tutti gli altri, non indigenti, in libera professione.

Con questi limiti, la questione cruciale delle cure era il denaro.

Averlo o non averlo faceva la differenza tra la vita e la morte.

Per questo, l'articolo 32 della Costituzione, come affermava Beveridge, il deputato inglese che ha inventato il sistema sanitario pubblico: "per coloro che si ammaleranno, il denaro non sarà più un problema: voi pagate le tasse allo Stato e questi vi curerà gratuitamente quando ne avrete bisogno".

La questione è fondamentale, talmente tanto da essere alla base del concetto di Libertà.

Un uomo malato, non è libero, non può esprimere ogni corollario della sua cittadinanza se è oppresso dalla malattia e da uno stato di necessità. La libertà è salute, perché corrisponde alla pienezza della vita umana, ma la salute è libertà se non diventa opprimente dipendenza economica, se non bisogna comprarsela vendendo anche i propri beni, come spesso è successo.

Ma il passaggio verso le cure gratuite è stato graduale in Italia, dopo la condotta medica sono arrivate le mutue, un sistema previdenziale per categorie di lavoratori, ma con notevoli differenze nelle prestazioni pagate dalle casse mutue: alcune ricche, altre con il minimo concedibile. Comunque, molto spesso, bisognava pagarsi qualche prestazione non prevista dalla mutua. Finalmente, la sostanziale riforma del 1978 con Legge dello Stato che aboliva le mutue e applicava pienamente il sistema Beveridge: cure gratuite per tutti.

Per mille ragioni, siamo riusciti in una regressione istituzionale da poderosa vergogna governativa, se qualcuno fosse ancora capace di vergogna: il mercato privato, sempre attento nello scovare le cose guaste e saprofito, si è inventato una specie di mutua assicurativa.

Due note compagnie assicurative italiane offrono un pacchetto completo di servizi sanitari con consulenza medica di base, specialistica, diagnostica, in tempi brevissimi che tolgono il cittadino dalla palude del servizio pubblico. Sono ritornate le mutue?

Ma certo: i padri costituenti possono rivoltarsi nelle tombe.

Una cosa salta all'occhio: il mercato è sempre più veloce di ogni sistema governativo, lo Stato langue?

Il mercato, no. Lo Stato non trova le risorse? Il mercato sa sempre dove cercarle, mentre i sindacati dormono sui propri privilegi. E la Libertà? ai ricchi, come sempre.

https://www.quotidianosanita.it/lettere-al-direttore/articolo.php?articolo_id=122428

quotidianosanita.it

Perché il Jobs act non è al centro della battaglia referendaria Cgil?

Ivan Cavicchi

20 MAG -

Gentile direttore,

la Cgil ha deciso di raccogliere le firme per abrogare il jobs act. Una decisione importante ma con un discreto grado di equivocità. Essa può significare allo stesso tempo:- l'apertura di una grande battaglia per rimettere al centro i diritti di salute e per restituire alla sanità pubblica il suo ruolo perduto

- la resa incondizionata del più importante sindacato di sinistra del paese ad un neoliberismo sempre più incontenente selvaggio e aggressivo.

Il Jobs act è uno sciame di norme in gran parte di natura giuslavoristica e fiscale a esclusivo beneficio del reddito di impresa che come una tenaglia a due rampi:

- da una parte riforma il lavoro manifatturiero rendendolo sempre più flessibile e subalterno alle esigenze produttive dell'impresa

- dall'altra riduce i salari dei lavoratori ma offrendo loro in cambio benefits sanitari espropriando prestazioni sanitarie alla sanità pubblica come salario. Il famoso welfare aziendale.

Insomma al jobs act in realtà non interessa curare le malattie dei lavoratori ma speculare su di esse si ma per curare il reddito delle imprese.

Il Jobs act, è

:- una riforma liberista del lavoro perché al valore sovrano del reddito di impresa viene subordinato praticamente tutto, compreso le più elementari ma anche più fondamentali, conquiste dei lavoratori, diritti compresi

- un vero siluro a testata nucleare lanciato contro il SSN quindi una delle più formidabili e spietate controriforme della sanità pubblica pensata per fare la festa all'art 32 della costituzione.

Sul piano sanitario il Jobs act è una estensione della controriforma Bindi del 99 quella che per ragioni di sostenibilità economica al tempo del governo dell'Ulivo rese possibile la sussidiarietà della sanità pubblica con quella privata. Non è stato Renzi a inventare il welfare aziendale ma è stata la Bindi. Renzi ha solo fatto i compiti a casa. Infatti il welfare contrattuale sottoforma di contrattazione è una chance già prevista nell'art 9 della 229.

Il jobs act si basa su un presupposto politico preciso se l'impresa economica determina la ricchezza del paese allora non si può avere crescita economica senza accrescere il reddito di impresa.

Per accrescere il reddito di impresa la strada scelta dal Jobs act è l'uso del fisco altrimenti detto "welfare fiscale" per mettere fuori gioco la sanità pubblica al fine di privatizzarla quindi sostituirla con una sanità aziendale usata come se fosse salario cioè per compensare con prestazioni sanitarie le riduzioni salariali previste dai contratti. Il jobs act quindi molto banalmente è il ritorno delle mutue del secolo scorso per mezzo dei grandi contratti di lavoro quindi con l'intermediazione del sindacato cioè è il ritorno a una tutela sanitaria non più garantita dallo Stato ma dalla azienda in cogestione col sindacato.

Con una sanità pubblica sempre meno finanziata dal governo e resa sempre più inefficiente dai blocchi delle assunzioni e quindi suo malgrado sempre più lontana dai bisogni reali dei cittadini, spinta quasi a forza verso il privato, non è difficile prevedere che il Jobs act con il suo bravo welfare aziendale pur con le difficoltà registrate dalla letteratura è destinato a breve a sostituire parti importanti della sanità pubblica, cioè a prenderne il posto.

Del resto sappiamo tutti che la sanità come ha fatto capire il governo Meloni è destinata a soccombere già a partire dal prossimo anno sotto il peso dei contratti di stabilità dell'Europa e a diventare il primo problema da risolvere per contenere il debito pubblico nel nostro paese. Sino ad ora la nostra sanità è stata finanziata in disavanzo cioè accrescendo il già alto debito pubblico del paese. Sembra che in futuro indebitarsi per la sanità non sarà più possibile.

Apparentemente in questa situazione drammatica il welfare aziendale sembra una via di uscita se non un grande vantaggio per certe categorie di lavoratori che così avrebbero comunque una assistenza sanitaria e senza liste di attesa, ma alla lunga i dati ci dicono che questo vantaggio per i lavoratori, ripeto pagati in parte con le mutue, è apparente fallace e ingannevole perché tornare indietro al tempo delle mutue per i cittadini non è così vantaggioso come si pensa. L'assistenza fornita dalle mutue o dai fondi non ha la stessa qualità e affidabilità del servizio pubblico e non da le stesse garanzie.

Se negli anni 70 abbiamo superato il sistema mutualistico c'erano mille ragioni per farlo che non cito perché note a tutti. Ora tornare con il welfare aziendale come alla fine di un lungo periplo al punto di partenza dopo mezzo secolo di sanità pubblica non mi pare una grande conquista. Quelle mille ragioni che ci hanno suggerito di fare il SSN oggi si sono super complicate e si sono super moltiplicate. Oggi a parità di malattie i tassi di

mortalità registrati nei sistemi privati finanziati dal pubblico sono più alti di quelli registrati nei servizi pubblici. Del resto ciò non deve sorprendere: sappiamo tutti che curare le malattie secondo diritto nel servizio pubblico è un conto curarle nel privato delle tariffe e dei DRG è un altro paio di maniche. “ “

Non si dimentichi mai che le mutue curano le malattie ma non le prevengono. Con la prevenzione le mutue guadagnano di meno e poi oggi la questione della prevenzione insieme a quella dell'ambiente resta con buona pace del mercato la carta vincente per definire una nuova tutela della salute e un nuovo e più avanzato diritto alla salute. Oggi dopo quasi 50 anni di 833 le malattie invece di calare di numero aumentano sempre di più esasperando i problemi di compatibilità e di sostenibilità economica della sanità.

Il referendum contro il Jobs act della Cgil purtroppo è “al di qua” di tutte le grandi questioni che ho appena accennato, cioè esso si limita solo a poche questioni giuslavoristiche legate alla precarietà e alla flessibilità del lavoro, lasciando presagire che quello che chiede la Cgil è sostanzialmente una razionalizzazione del mercato del lavoro ma a Jobs act invariante, cioè mantenendo la sua vocazione liberista prima descritta.

il Job act è una vera “porcheria” neoliberista che rivela un sindacato e purtroppo una sinistra di governo che sulla sanità vuole combattere il governo di destra ma senza fare i conti con i suoi fallimenti, con i suoi errori e i suoi limiti, i suoi tradimenti quindi alla fine convinto che si possa rifinanziare una sanità pubblica ma restando subalterni alle logiche neoliberiste. La domanda politica che faccio è semplice: perché mai questa “porcheria liberista” che è il Jobs act non è al centro della battaglia referendaria promossa dalla Cgil?

E perché mai la Cgil non è alla testa di un grande movimento per rimettere in agenda l'art 32 della Costituzione e per liberare il salario di chi lavora senza barattarlo con la salute quindi offrendo a chi lavora il salario che merita e la salute di cui ha diritto? Perché mai la Cgil non torna a scrivere sulle sue bandiere la “salute è un diritto fondamentale non negoziabile”?

Forse che il più grande sindacato confederale di sinistra sta dicendo al paese che ha cambiato idea e che oggi se vogliamo stare con i piedi per terra il cedimento all'ideologia liberista sul diritto fondamentale alla salute oltre ad essere un “sano” segno di pragmatismo è perfino una necessità politica inevitabile?

Cioè il sogno dell'art 32 e del SSN è per caso finito?

https://www.quotidianosanita.it/lettere-al-direttore/articolo.php?articolo_id=122249

quotidianosanita.it

Le prescrizioni indotte e le autoprescrizioni: due fenomeni incontrollati dagli effetti disastrosi sulla appropriatezza

Claudio Maria Maffei

23 MAG -

Gentile direttore,

il tema della (in)appropriatezza prescrittiva è all'ordine del giorno sia quando si parla di liste di attesa (e cioè tutti i giorni) che quanto si parla di spesa farmaceutica e di antibioticoresistenza (in questo caso non se ne parla abbastanza spesso). A questo fenomeno dai costi economici oltre che sanitari e sociali enorme non può fare da unico o quasi unico argine la medicina generale. Questo orientamento è illogico e andrebbe in tutti i modi evitato e per farlo occorre affrontare due questioni difficili da risolvere rispetto a cui non si può però fare finta di niente: la prescrizione indotta (il fenomeno più pesante) e l'autoprescrizione (un fenomeno crescente). La prescrizione indotta ha cause precise e note, che hanno un unico comune denominatore: cosa prescrivere lo decidono in tanti, ma a prescrivere è quasi sempre uno solo, il medico di medicina generale (MMG), autorizzato all'utilizzo del ricettario per conto di tutti. Facciamo un breve elenco con numeri di quanti sono i casi in cui il MMG prescrive per conto di qualcun altro:

- il medico specialista in libera professione;
- il medico specialista in regime privato;
- la struttura di ricovero privata che dimette;
- il medico con qualunque rapporto col Ssn che partecipa alle sempre più numerose giornate ad accesso libero e gratuito della prevenzione, della vista, del respiro, del sonno, della salute della donna, ecc.

Proviamo a dare qualche numero tanto per avere una idea. Dall'[ultimo rapporto dell'Agenas nel 2022 sulla attività libero-professionale intramuraria \(ALPI\)](#) le prestazioni erogate in Alpi sono state quasi 5 milioni. In particolare le visite specialistiche con oltre 3,7 milioni di prestazioni hanno rappresentato il 78% del totale.

A livello assoluto la visita cardiologica (588.343) è stata quella più erogata in intramoenia, seguita dalla visita ginecologica (476.643) da quella ortopedica (466.466) e dalla visita oculistica (354.319). Nel 2021 secondo [l'ultimo Rapporto SDO](#) le dimissioni da reparti per acuti di strutture private accreditate sono state 789.658 cui si aggiungono altre 53.099 dimissioni da case di cura private non accreditate.

Più difficile stimare il numero di prestazioni in regime privato “puro”: se le consideriamo almeno metà di quelle erogate in libera professione (stima molto conservativa, ma proprio molto) parliamo di almeno 1,8 milione di visite.

Quanto alle giornate a libero accesso e fee for service alle prestazioni erogate in regime di volontariato dagli specialisti la stima è impossibile.

Si tratta comunque di prestazioni concentrate in singole giornate destinate a ricadere il lunedì successivo sugli ambulatori locali della medicina generale.

A questo fiume in piena dovrebbero fare da diga 40.000 medici di medicina generale.

Qualche considerazione aggiuntiva prima di fare un accenno all'autoprescrizione.

La prescrizione indotta ha una elevata probabilità di essere inappropriata in tutte e quattro le situazioni: nelle prime tre (ALPI, specialista privato e struttura di ricovero privata) perché la spinta alla fidelizzazione del paziente inevitabilmente spinge in quella direzione, mentre nelle giornate “della prevenzione” si corre l'inevitabile rischio di inappropriata delle verifiche di casi generati da screening non mirati o validati.

La inappropriata delle prescrizioni indotte (che si tratti di accertamenti o di farmaci o altro ancora come trattamenti riabilitativi) non può essere controllata al livello della medicina generale.

È ovvio, credo.

A queste situazioni si aggiungono quelle generate dalla autoprescrizione di “controlli in farmacia” che pure rientrano tra quelle a rischio di generare percorsi di verifica inadeguati perché replicano il problema delle giornate ad accesso libero (e incontrollato).

Situazioni anche queste che ricadono sul MMG, come del resto ricade su di lei o lui buona parte dei percorsi di presa in carico che le strutture pubbliche non riescono a fare anche quando dovrebbero, persino in area oncologica (qui la prescrizione più che indotta è “trasferita”).

Il che aumenta il suo carico di lavoro burocratico di “impegnativizzazione” delle scelte altrui, carico oltretutto fastidioso da sopportare, oltre che concausa della inappropriata prescrittiva “vera” del MMG i cui tempi di lavoro clinici si riducono sempre più.

Soluzioni? Ai tempi della digitalizzazione forse qualche soluzione si può e si deve trovare fosse anche quella, tra le altre, di mettere in discussione il dogma che il ricettario è uno strumento quasi solo del medico di medicina generale (e del pediatra di libera scelta, cui si applicano le stessissime considerazioni).

https://www.quotidianosanita.it/lettere-al-direttore/articolo.php?articolo_id=122359



Rapporto sulla spesa sanitaria italiana

mercoledì 8 Maggio 2024

I dati e le valutazioni sulla spesa sanitaria italiana, a partire da quella pubblica, sono ormai numerosi. In questa sede faremo riferimento prevalentemente alle analisi di OCSE, Ragioneria Generale dello Stato e Corte dei Conti.

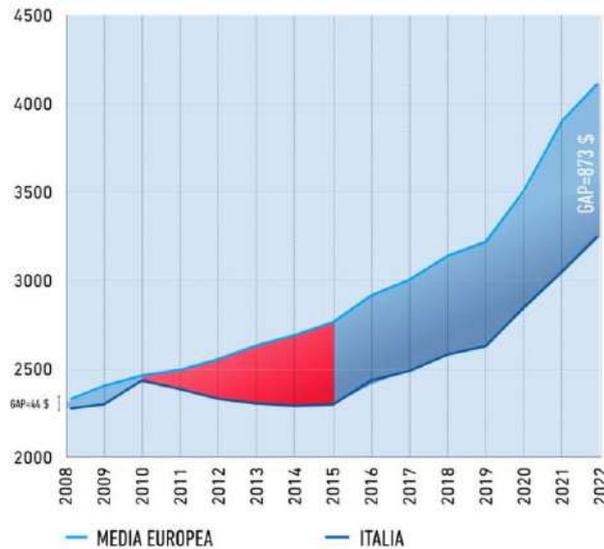
L'anno di riferimento più recente per la maggior parte dei dati è il 2022, che è anche l'anno preso in considerazione dalla Corte dei Conti nella sua recentissima Relazione al Parlamento sulla Gestione dei Servizi Sanitari Regionali, appena approvata. Ma anche i riferimenti utilizzati dalla Ragioneria Generale dello Stato, da Agenas e dall'OCSE sono i medesimi.

Il dato di riscontro più comune per valutare la spesa sanitaria, a partire da quella pubblica, è parametrato in percentuale sul PIL, e ciò ha un senso per ragioni ovvie ed evidenti, visto che tiene conto della ricchezza prodotta da un Paese e di tutti i parametri economici ad essa collegati.

Ma si tratta anche di un dato che non rende conto pienamente, in termini di informazione, di quanto si spende effettivamente.

*Se l'Italia dedicasse alla spesa sanitaria risorse simili a quelle di **Francia, Germania o Regno Unito**, in termini di Pil, considerato che le dimensioni della sua economia sono inferiori, avrebbe una spesa pro capite certamente maggiore di quella attuale, ma comunque inferiore rispetto a quella di quei Paesi.*

SPESA SANITARIA PROCAPITE IN DOLLARI



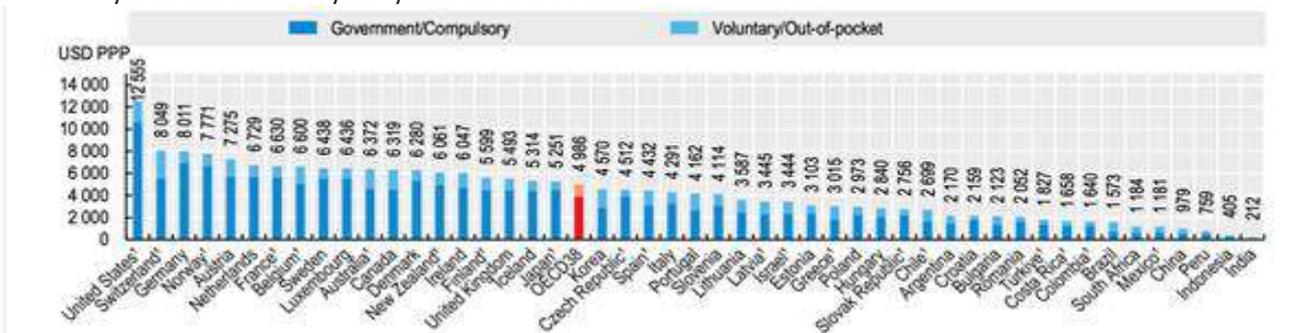
Ad ogni buon conto, comunque la si esamini, la spesa sanitaria pubblica italiana è nettamente inferiore a quella dei principali paesi europei, sia in valore pro capite che in percentuale del PIL.

La spesa sanitaria pubblica pro capite, a parità di potere d'acquisto, espressa in dollari statunitensi, l'unità di misura adottata dall'OCSE, in Italia nel 2022 è stata di 3.255 USD, superiore alla spesa di Spagna (3.113), Portogallo (2.640) e Grecia (1.785), ma inferiore del 53% a quella della Germania (6.930 USD), del 42% rispetto a quella della Francia (5.622 USD) e del 27,3% rispetto al Regno Unito.

*Nel 2022, a parità di potere di acquisto, l'incremento della spesa pro capite in **Italia**, è stato del 6,7%, inferiore a quello di Germania (+7,9%) e Francia (+8,6%), mentre il Regno Unito ha ridotto la spesa dell'1,3%.*

Anche considerando il biennio 2020-2021, il più duro per la pandemia da SARS-CoV2, pur facendo registrare una crescita nell'insieme del 15,5%, quindi con un incremento rilevante rispetto a quello medio degli anni precedenti, la spesa sanitaria pubblica italiana è cresciuta comunque meno rispetto che a Francia (+19,2%), Germania (18,4%) e Regno Unito (+28,6%).

Graf. 1 – Spesa sanitaria totale pro capite dei Paesi OCSE in Dollari PPP

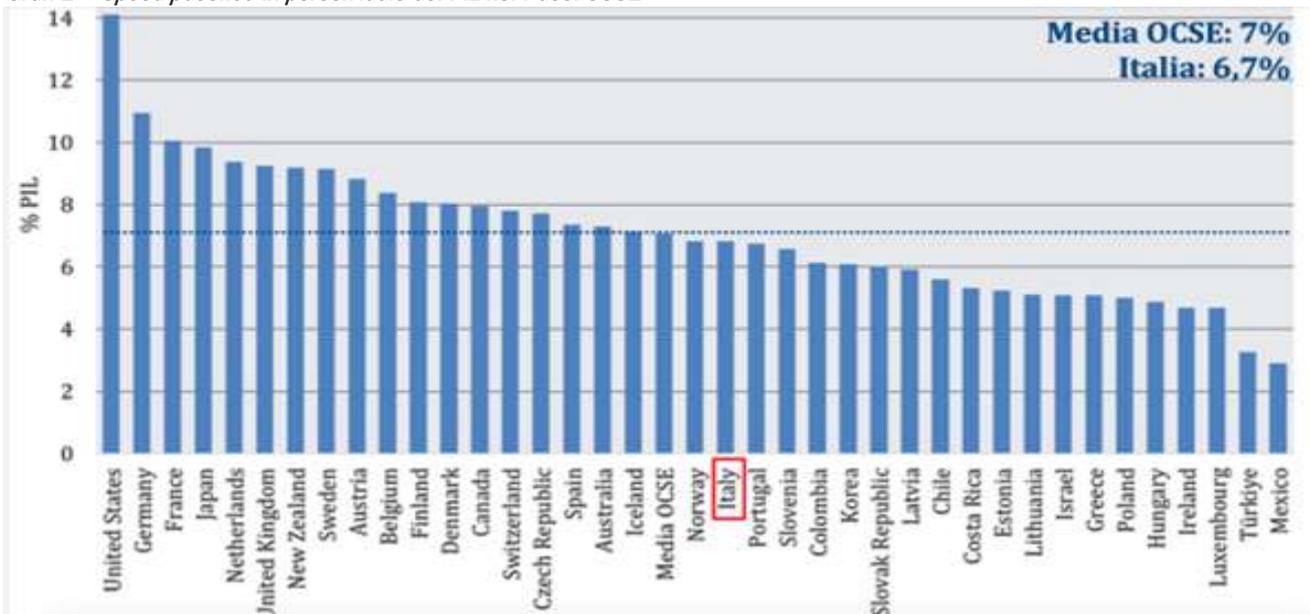


Fonte: OECD Health Statistics 2023; WHO Global Health Expenditure Database

Considerando l'incidenza sul PIL, la spesa sanitaria pubblica italiana è stata nel 2022 pari al 6,8%, superiore a quella del Portogallo (6,7%) e della Grecia (5,1%), ma inferiore di ben 4,1 punti percentuali rispetto a quella tedesca (10,9%), di 3,5 punti rispetto a quella francese (10,3%), di 2,5 punti rispetto al Regno Unito (9,3%), e inferiore di mezzo punto anche rispetto a quella spagnola (7,3%).

Va ricordato, per completezza di informazione, che il livello della spesa italiana è condizionato dal vincolo di finanza pubblica, che per l'Italia comporta il pagamento di interessi sul debito pubblico che nel 2022 hanno assorbito 4,3 punti percentuali di PIL (82,9 mld in valore assoluto), 3,6 punti percentuali più di Germania (0,7%, pari a 26,5 mld) e 2,4 più della Francia (1,9%, pari a 50,7 mld).

Graf. 2 – Spesa pubblica in percentuale del PIL nei Paesi OCSE



Fonte: Fondazione Gimbe su OECD Health Data, 2023

La tabella successiva rende conto della evoluzione dei principali indicatori macroeconomici OCSE riguardanti la spesa sanitaria pubblica per alcuni Paesi europei nel periodo 2015-2022.

Tab. 1- Principali indicatori macroeconomici riguardanti la spesa sanitaria pubblica in alcuni Paesi europei. 2015-2022

Paese	Misura	Unità	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022
Italia	Quota sul Pil	percentuale	6,6	6,5	6,4	6,4	6,4	7,3	7,1	6,8
	Prezzi correnti	Euro, milioni	109.132	110.086	111.117	113.591	114.691	121.390	126.595	130.364
	Pro capite, prezzi correnti	Euro	1.797	1.816	1.836	1.880	1.920	2.042	2.141	2.208
	Pro capite, prezzi correnti, a parità di potere d'acquisto	USD	2.299	2.436	2.489	2.582	2.629	2.850	3.051	3.255
Francia	Quota sul Pil	percentuale	8,8	9,5	9,4	9,3	9,3	10,3	10,4	10,3
	Prezzi correnti	Euro, milioni	192.743	212.653	216.742	220.786	225.859	237.676	261.037	271.218
	Pro capite, prezzi correnti	Euro	2.896	3.187	3.239	3.288	3.352	3.517	3.852	3.996
	Pro capite, prezzi correnti, a parità di potere d'acquisto	USD	3.577	4.084	4.158	4.249	4.314	4.624	5.178	5.622
Germania	Quota sul Pil	percentuale	9,4	9,5	9,6	9,7	9,8	10,8	11,1	10,9
	Prezzi correnti	Euro, milioni	285.092	297.262	312.544	325.002	341.709	367.825	398.083	423.311
	Pro capite, prezzi correnti	Euro	3.490	3.610	3.781	3.920	4.112	4.423	4.785	5.086
	Pro capite, prezzi correnti, a parità di potere d'acquisto	USD	4.461	4.786	5.043	5.291	5.390	5.911	6.424	6.930
Grecia	Quota sul Pil	percentuale	4,8	5,2	4,9	4,8	5	5,9	5,7	5,1
	Prezzi correnti	Euro, milioni	8.470	9.050	8.715	8.634	9.246	9.720	10.353	10.578
	Pro capite, prezzi correnti	Euro	783	840	810	804	862	909	980	1.011
	Pro capite, prezzi correnti, a parità di potere d'acquisto	USD	1.240	1.386	1.363	1.371	1.445	1.537	1.700	1.785
Paesi Bassi	Quota sul Pil	percentuale	8,4	8,4	8,3	8,2	8,4	9,5	9,6	8,6
	Prezzi correnti	Euro, milioni	57.972	59.201	60.951	63.675	68.267	75.845	82.034	80.944
	Pro capite, prezzi correnti	Euro	3.422	3.476	3.558	3.695	3.936	4.349	4.679	4.602
	Pro capite, prezzi correnti, a parità di potere d'acquisto	USD	4.010	4.137	4.292	4.501	4.673	5.261	5.722	5.672
Portogallo	Quota sul Pil	percentuale	5,8	5,8	5,7	5,8	5,8	6,8	7	6,7
	Prezzi correnti	Euro, milioni	10.335	10.803	11.165	11.825	12.410	13.599	15.117	16.125
	Pro capite, prezzi correnti	Euro	998	1.046	1.084	1.150	1.206	1.321	1.459	1.558
	Pro capite, prezzi correnti, a parità di potere d'acquisto	USD	1.627	1.736	1.780	1.919	1.962	2.157	2.421	2.640
Spagna	Quota sul Pil	percentuale	6,5	6,4	6,3	6,3	6,5	7,9	7,7	7,3
	Prezzi correnti	Euro, milioni	70.135	71.346	73.317	76.060	80.362	87.873	92.810	96.844
	Pro capite, prezzi correnti	Euro	1.510	1.535	1.574	1.625	1.705	1.855	1.957	2.042
	Pro capite, prezzi correnti, a parità di potere d'acquisto	USD	2.153	2.253	2.339	2.407	2.489	2.718	2.926	3.113
Regno Unito	Quota sul Pil	percentuale	7,9	7,8	7,7	7,7	7,9	10,1	10,3	9,3
	Prezzi correnti	Euro, milioni	150.857	156.745	160.040	166.529	176.717	213.071	233.063	230.461
	Pro capite, prezzi correnti	Euro	2.317	2.388	2.423	2.507	2.646	3.176	3.460	3.409
	Pro capite, prezzi correnti, a parità di potere d'acquisto	USD	3.041	3.175	3.231	3.322	3.480	4.152	4.539	4.479

Fonte: Cortei dei Conti su dati OCSE. Relazione al Parlamento sulla Gestione dei Servizi Sanitari Regionali, 2024

La tabella successiva illustra l'evoluzione della spesa sanitaria pubblica pro capite in alcuni Paesi dell'OCSE, a parità di potere di acquisto, dal 1990 al 2022.

Tab. 2 – Evoluzione della spesa sanitaria pubblica pro capite in un gruppo di Paesi OCSE. 1990-2022

	1990	2000	2010	2015	2019	2020	2021	2022	Δ 1990/2022
Canada	1.262,41	1.714,75	2.897,06	3.282,16	3.630,29	4.332,68	4.577,51	4.506,15	256,9%
Francia	1.108,66	2.119,93	3.084,74	3.576,53	4.314,38	4.624,23	5.177,95	5.510,24	397,0%
Germania	1.300,86	2.261,28	3.681,76	4.461,12	5.389,89	5.910,84	6.424,42	6.929,64	432,7%
Italia	1.035,89	1.474,94	2.435,57	2.299,26	2.629,24	2.849,56	3.050,58	3.254,56	214,2%
Giappone	844,96	1.486,18	2.596,43	3.796,81	3.871,41	3.920,04	4.197,90	4.491,13	431,5%
Paesi Bassi	996,74	1.827,75	3.730,73	4.009,69	4.673,02	5.265,89	5.765,78	6.186,38	520,7%
Spagna	643,93	1.087,55	2.037,94	2.153,40	2.489,20	2.718,03	2.926,32	3.142,41	388,0%
Svezia	1.185,30	1.878,49	2.830,30	4.201,52	4.586,26	4.941,13	5.350,93	5.524,90	366,1%
Svizzera	..	1.933,11	3.198,83	4.137,59	4.443,13	4.750,44	5.135,20	5.547,31	-
Regno Unito	659,76	1.444,88	2.769,29	3.041,41	3.479,87	4.151,75	4.538,69	4.478,96	578,9%
Stati Uniti	1.084,84	2.013,68	3.836,86	7.759,01	8.978,03	10.076,37	10.201,37	10.643,65	881,1%

Fonte: OECD Health Data, 2024

Nella tabella successiva sono riportati gli incrementi percentuali registrati dalla spesa sanitaria pubblica pro capite nello stesso gruppo di Paesi dell'OCSE, nello stesso periodo.

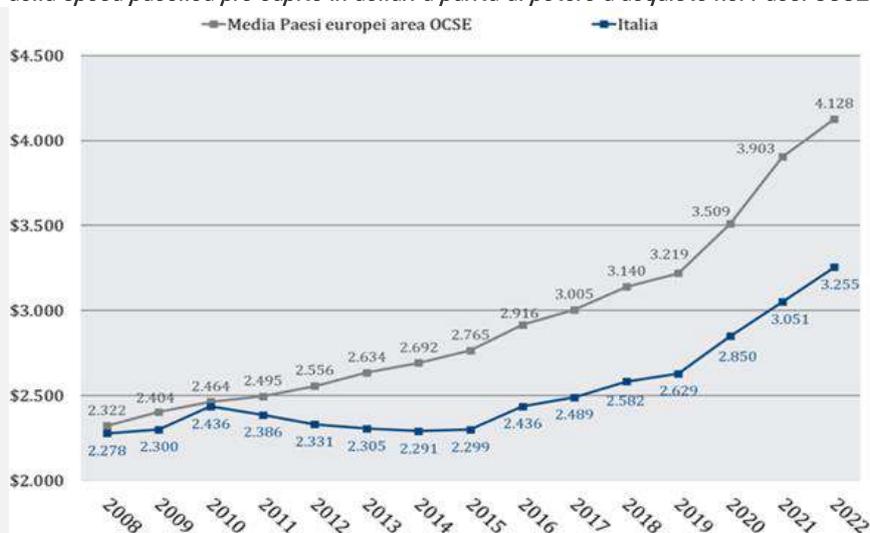
Tab. 3 – Incrementi percentuali della spesa sanitaria pubblica pro capite in un gruppo di Paesi OCSE. 1990-2022

	1990/2000	2000/2010	2010/2022	2000/2022	1990/2022
Canada	35,8%	68,9%	55,5%	162,8%	256,9%
Francia	91,2%	45,5%	78,6%	159,9%	397,0%
Germania	73,8%	62,8%	88,2%	206,4%	432,7%
Italia	42,4%	65,1%	33,6%	120,7%	214,2%
Giappone	75,9%	74,7%	73,0%	202,2%	431,5%
Paesi Bassi	83,4%	104,1%	65,8%	238,5%	520,7%
Spagna	68,9%	87,4%	54,2%	188,9%	388,0%
Svezia	58,5%	50,7%	95,2%	194,1%	366,1%
Svizzera		65,5%	73,4%	187,0%	
Regno Unito	119,0%	91,7%	61,7%	210,0%	578,9%
Stati Uniti	85,6%	90,5%	177,4%	428,6%	881,1%

Fonte: OECD Health Data, 2024

Il grafico successivo illustra il trend della evoluzione della spesa pubblica pro capite tra il 2008 e il 2022 nei Paesi OCSE.

Graf. 3 – Evoluzione della spesa pubblica pro capite in dollari a parità di potere d'acquisto nei Paesi OCSE. 2008-2022



Fonte: Fondazione Gimbe su OECD Health Data, 2023

Esaminando i dati al netto dell'inflazione, nel quadriennio antecedente alla pandemia (2016-2019), la crescita della spesa sanitaria italiana è stata inferiore di 2,3 punti percentuali alla variazione del PIL, mentre in Francia, Germania e Regno Unito è cresciuta, rispettivamente, di 6,0, 5,5 e 1,9 punti percentuali in più del PIL.

Comportamento opposto nel primo anno del biennio pandemico (2020-2021), quando in Italia il rapporto si inverte, mentre nel 2021, per effetto del rimbalzo (+8,3%), l'economia cresce quasi il triplo della spesa sanitaria (+2,9%). Nell'intero arco temporale considerato (2016-2022), la crescita della spesa sanitaria è inferiore di un punto percentuale rispetto al PIL (6,6% a fronte di 7,7%).

In Francia e Germania, nello stesso periodo, la spesa sanitaria pubblica cresce ad un tasso quasi triplo rispetto a quello del PIL, nel Regno Unito più del doppio (+25,4% a fronte di +10,2%).

Tab. 4 -Variazione percentuale di spesa sanitaria e PIL. 2016-2022

Paese	Descrizione	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	Variazione % cumulata 2016-2019	Variazione % cumulata 2020-2022	Variazione % complessiva 2016-2022
Italia	Variazione% spesa sanitaria	0,7	-0,1	1,2	0,4	5,2	2,9	-3,7	2,2	4,4	6,6
	Variazione% Pil volume	1,3	1,7	0,9	0,5	-9	8,3	4,0	4,4	3,3	7,7
Francia	Variazione% spesa sanitaria	10,2	1,1	0,5	1,4	2,3	8,9	0,4	13,2	11,6	24,8
	Variazione% Pil volume	1,1	2,3	1,9	1,8	-7,5	6,4	2,5	7,1	1,4	8,5
Germania	Variazione% spesa sanitaria	3,5	3,4	2,3	3,5	6,8	5,1	0,4	12,7	12,3	25,0
	Variazione% Pil volume	2,2	2,7	1,0	1,1	-3,8	3,2	1,8	7,0	1,2	8,2
Regno Unito	Variazione% spesa sanitaria	2,6	0,6	2,2	4,1	13,9	9,0	-7,0	9,5	15,9	25,4
	Variazione% Pil volume	1,9	2,7	1,4	1,6	-10	8,7	4,3	7,6	2,6	10,2
Spagna	Variazione% spesa sanitaria	1,6	1,3	2,2	4,3	9,0	3,5	-2,1	9,4	10,4	19,8
	Variazione% Pil volume	3,0	3,0	2,3	2,0	-11,0	6,4	5,8	10,3	1,0	11,3

Fonte: Cortei dei Conti su dati OCSE. Relazione al Parlamento sulla Gestione dei Servizi Sanitari Regionali, 2024

Il grafico successivo evidenzia l'andamento della crescita percentuale della spesa sanitaria e del PIL italiani rispetto all'anno precedente nel periodo 2016-2022.

Grafico 4 -Variazione percentuale della spesa sanitaria e del Pil italiani rispetto all'anno precedente. 2016-2022



Fonte: Cortei dei Conti su dati OCSE. Relazione al Parlamento sulla Gestione dei Servizi Sanitari Regionali, 2024

I dati OCSE sulla spesa sanitaria pubblica in termini reali, **al netto dell'inflazione**, evidenziano che tra i Paesi europei la spesa pubblica italiana e quella portoghese restano sostanzialmente statiche nel triennio 2015-2017, per poi risalire nel biennio 2018-2019, e fino al 2021. Nel 2022 in Italia la spesa sanitaria si riduce del 3,7% in termini reali rispetto all'anno precedente, mentre Francia, Germania e Portogallo la incrementano, seppure in misura marginale, e il Regno Unito la riduce del 7%.

Questi dati, nell'insieme, ci hanno fatto parlare già in passato del SSN come di un **sistema sanitario pubblico frugale**, in grado di raggiungere risultati particolarmente significativi a costi estremamente contenuti.

Il confronto internazionale documenta una spesa sanitaria pro capite in Italia più bassa della media UE di quasi un terzo, ma anche uno stato di salute della popolazione buono, e una aspettativa di vita tra le più elevate. Dai 79,9 anni del 2000 la speranza di vita alla nascita è salita agli 83,6 del 2019, più alta di Germania, Francia, Regno Unito, Svezia e seconda in Europa solo alla Spagna con 83,9 anni.

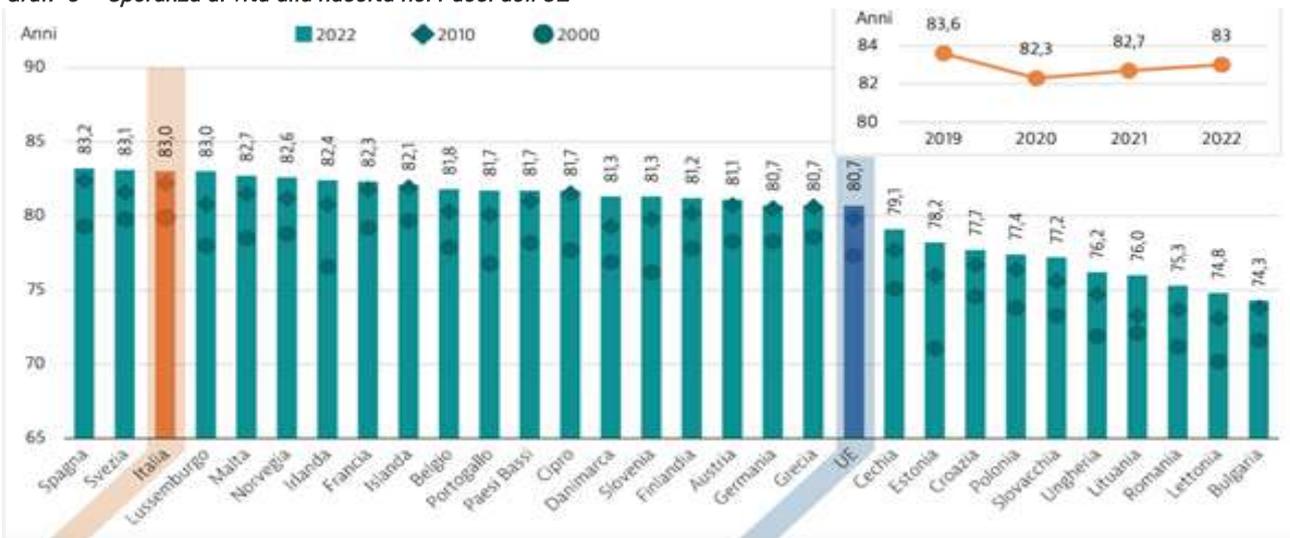
Tab. 5 – Spesa pubblica per i servizi sanitari in termini reali. 2015-2022

Paese	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	Variazione% 2022/2021
Francia	192.743	212.431	214.789	215.829	218.848	223.775	243.603	244.658	0,43
Germania	285.092	295.155	305.110	312.015	322.814	344.158	361.831	363.223	0,38
Italia	109.132	109.883	109.774	111.082	111.481	117.319	120.774	116.332	-3,70
Portogallo	10.335	10.682	10.852	11.306	11.751	12.709	13.925	14.018	0,67
Spagna	70.135	71.230	72.126	73.677	76.870	83.818	86.708	84.874	-2,12
Regno Unito	150.857	154.814	155.757	159.140	165.595	188.650	205.585	191.127	-7,03

Fonte: Cortei dei Conti su dati OCSE. Relazione al Parlamento sulla Gestione dei Servizi Sanitari Regionali, 2024. Valori a prezzi costanti, anno base 2015. Importi in milioni di euro, Regno Unito in milioni di sterline

Dopo aver perso 1,3 anni nel 2020, con la pandemia da SARS-CoV2, l'aspettativa di vita italiana ha registrato un recupero nel 2022, tornando a 83 anni, uno dei livelli più elevati in Europa, superiore di 2,3 anni alla media UE, sebbene ancora inferiore al dato pre-pandemico.

Graf. 5 – Speranza di vita alla nascita nei Paesi dell'UE



Fonte: Banca dati Eurostat, 2023. OECD-EU, State of Health in the EU, Italia, Profilo della sanità 2023

Gli italiani al di sopra dei 65 anni di età presentano, inoltre, una minore probabilità di riportare patologie croniche multiple, con uno scarto rispetto alla media UE particolarmente significativo per gli uomini, per i quali si registra anche una prevalenza leggermente inferiore di limitazioni nelle attività di base della vita quotidiana dovute a problemi di salute.

I ricoveri ospedalieri evitabili per patologie croniche come asma, BPCO e diabete sono al di sotto della media dell'UE, anche se con disparità tra le diverse aree territoriali.

I tassi di mortalità per cause potenzialmente prevenibili e trattabili sono inferiori alle rispettive medie UE di oltre il 27 %. Infine, la mortalità neonatale è scesa da 3,5 per mille del 2000 a 1,9 del 2019, ed è tra le più basse in Europa.

<https://www.fiaso.it/analisi-della-spesa-sanitaria-italiana-8-maggio-2024/>

Liste d'attesa: nel decreto per abatterle c'è anche la Carta dei diritti dei cittadini

Il Cup dovrà attivare un sistema di "Recall". Il paziente che non si presenterà alla visita senza disdirla dovrà pagare la prestazione. Cambiano le tariffe orarie per le prestazioni aggiuntive svolte dal personale medico e del comparto sanitario. Sale il tetto di spesa per il privato

È in dirittura d'arrivo il decreto con il quale il ministro della Salute, Orazio Schillaci, punta ad abbattere il fenomeno delle liste d'attesa. L'approdo in Cdm è atteso per il 3 giugno ma è iniziata a circolare una prima bozza che Quotidiano Sanità ha anticipato.

L'ampio documento (suscettibile di modifiche in quanto c'è un'intensa trattativa tra Mef e Salute sulle risorse) spazia su diversi punti, partendo dalla Carta dei diritti dei cittadini, fino agli obblighi di comunicazione e trasparenza da parte delle aziende sanitarie.

*Si istituisce un **Sistema Nazionale di Governo delle Liste di Attesa**, l'interoperabilità tra Cup e la piena interoperabilità dei centri di prenotazione degli erogatori privati accreditati con i competenti Cup territoriali costituirà condizione preliminare, a pena di nullità, per la stipula degli accordi contrattuali per l'accreditamento delle strutture sanitarie. Compito dei Cup sarà anche quello di attivare un servizio di "Recall" per ricordare ai pazienti il loro appuntamento. Se questi non si presenteranno alla visita senza disdirla, dovranno pagare la prestazione.*

Cambia poi il tetto di spesa per il personale sanitario che diventa meno stringente, così come le tariffe orarie per le prestazioni aggiuntive svolte dal personale medico e del comparto sanitario. Arriva una nuova stretta per contrastare il fenomeno dei gettonisti in corsia e si introducono nuove misure nell'ambito della farmacia dei servizi.

La Carta dei diritti dei cittadini

L'ipotesi è contenuta nell'articolo 1 ai fini dell'erogazione dei Livelli essenziali di assistenza. Tra le altre cose, i cittadini hanno diritto ad accedere alle liste d'attesa senza incorrere nella sospensione delle prenotazioni; all'effettiva erogazione delle prestazioni sanitarie nell'ambito delle strutture pubbliche e private accreditate; al rispetto dei tempi di attesa; ad una comunicazione trasparente sia in merito ai tempi di attesa massimi previsti, sia sulla tipologia dei percorsi di presa in carico delle richieste per le quali il Servizio sanitario non sia in grado al momento della prenotazione di offrire la prestazione nei tempi garantiti unitamente alla definizione delle modalità di erogazione delle prestazioni.

Le Regioni dovranno attuare ogni utile iniziativa per garantire l'effettiva erogazione delle prestazioni sanitarie nell'ambito delle strutture pubbliche e private accreditate, per garantire il rispetto dei tempi di attesa, per monitorare e vigilare sui risultati raggiunti, prevedendo, in caso contrario, idonee misure da adottare nei confronti dei direttori generali delle aziende sanitarie. In caso di sospensione delle attività di prenotazione delle prestazioni le sanzioni vengono inasprite da 2.000 a 10.000 euro, e da 8.000 a 30.000 euro per violazioni del registro delle prestazioni specialistiche ambulatoriali, di diagnostica strumentale e di laboratorio e dei ricoveri ospedalieri.

All'articolo 2 si specifica come, ad ognuna delle seguenti classi di priorità, corrisponda una diversa tempistica di erogazione della prestazione sanitaria:

a) classe U (Urgente): entro 72 ore dalla richiesta di prestazione;

b) classe B (Breve attesa): entro 10 giorni dalla prenotazione;

c) classe D (Differita): entro 30 giorni per le visite ovvero 60 giorni per gli accertamenti diagnostici dalla prenotazione;

d) classe P (Programmabile): entro 120 giorni dalla prenotazione secondo indicazione del medico prescrittore.

Per l'erogazione delle prestazioni di specialistica ambulatoriale, le aziende sanitarie locali erogano le prestazioni sanitarie nei confronti dei propri assistiti anche tramite l'offerta delle aziende ospedaliere, nonché degli erogatori privati accreditati, previa stipula di accordi contrattuali. Queste dovranno erogare almeno il 90% delle prestazioni entro i tempi massimi previsti da ogni classe di priorità. I direttori generali delle aziende sanitarie locali e ospedaliere dovranno elaborare annualmente un documento di programmazione che contiene l'analisi e la previsione relative alla domanda di prestazioni ambulatoriali proveniente dai propri assistiti e alla corrispondente offerta aziendale, comprensiva anche di quella delle aziende ospedaliere nonché degli erogatori privati accreditati.

La telemedicina

Le aziende sanitarie locali e ospedaliere nonché gli erogatori privati accreditati garantiscono l'utilizzo degli strumenti di telemedicina, tra cui il teleconsulto, quali strumenti di integrazione tra i medici ospedalieri e i medici di medicina generale e i pediatri di libera scelta di afferenza territoriale.

Con l'articolo 3, al fine di implementare l'efficacia del coordinamento di livello nazionale per la riduzione e il superamento delle liste di attesa, con particolare riguardo alla risoluzione delle disuguaglianze regionali e del fenomeno della mobilità attiva e passiva, viene istituito presso il Ministero della salute il Sistema Nazionale di Governo delle Liste di Attesa (Singla). Questo, tra i suoi diversi compiti, dovrà analizzare il fabbisogno di prestazioni ambulatoriali e in ricovero ordinario e Day Hospital attraverso l'individuazione del livello delle prestazioni attese nelle diverse regioni, nelle loro articolazioni territoriali, per ambiti di patologia e per percorsi diagnostico terapeutici assistenziali (Pdta), adottando uno specifico strumento operativo finalizzato a determinare i livelli di prestazioni attese, idoneo a un'analisi puntuale dei bisogni che consenta il superamento dell'attuale modello di valutazione basato sui valori storicizzati delle prestazioni erogate nel passato.

Dovrà poi governare la domanda delle prestazioni attraverso la promozione della appropriatezza prescrittiva e organizzativa in collaborazione con i medici di famiglia e i pediatri di libera scelta; identificare e dimensionare il sistema d'offerta necessario per garantire la risposta alla domanda di prestazioni attese; integrare il modello di governance del Ssn basato sul Nuovo Sistema di Garanzia (Nsg) con indicatori di monitoraggio riguardanti le liste di attesa; collegare strutturalmente i sistemi regionali e aziendali di governo delle liste di attesa ai ruoli di rete nel Servizio sanitario regionale (Ssr) quali il sistema dell'emergenza urgenza, delle reti tempo-dipendenti, delle reti di patologia, i sistemi di risposta tempestiva e di prevenzione e controllo in caso di eventi catastrofici di tipo biologico e non biologico; definire un piano di formazione dei professionisti sanitari per promuovere l'appropriatezza prescrittiva e organizzativa.

Un Piano di comunicazione ai cittadini

E ancora, definire un piano di comunicazione istituzionale diretto ai cittadini per informarli dei propri diritti e delle responsabilità in merito al corretto utilizzo del Cup; promuovere il collegamento dei sistemi di prenotazione con il Fse; introdurre il monitoraggio dei tempi di attesa dei ricoveri; e rafforzare strumenti di monitoraggio dell'equilibrio tra offerta istituzionale e attività libero professionale intramoenia (Alpi), sia per le prestazioni ambulatoriali che di ricovero. Le regioni dovranno definire i "Piani regionali di contenimento e recupero delle liste di attesa" nell'ambito dei quali è stimato il fabbisogno regionale di prestazioni per ogni branca specialistica per provincia e per area metropolitana, programmando la struttura di offerta. Le disposizioni per il governo delle liste d'attesa vengono specificate all'articolo 6. L'Agenas effettuerà il monitoraggio nazionale sul rispetto dei tempi massimi di attesa per classi di priorità e delle prestazioni prenotate in regime istituzionale e in regime di libera professione intramoenia (Alpi).

Al fine di implementare il livello di monitorabilità del sistema di erogazione delle prestazioni nell'ambito del Ssn, l'erogazione delle prestazioni nell'ambito del Servizio sanitario nazionale richiede l'utilizzo di strumenti di prescrizione dematerializzati e interoperabili che individuino il quesito diagnostico anche in base all'assegnazione dell'appropriata classe di priorità da parte del medico prescrittore. Ancora, l'articolo 7 stabilisce l'istituzione presso Agenas della Piattaforma nazionale delle Liste di Attesa finalizzata a realizzare l'interoperabilità con le piattaforme per le liste di attesa relative a ciascuna regione.

Trasparenza online

All'articolo 8 il provvedimento prevede, sul sito internet istituzionale del Ministero della salute, il registro delle segnalazioni per il mancato rispetto dei diritti dei cittadini. Con decreto del Ministro della salute, da adottarsi entro trenta giorni dalla data di entrata in vigore del presente decreto, è stabilita la composizione dell'Osservatorio Nazionale delle Liste di Attesa, cui partecipano comunque i rappresentanti regionali designati dalla Conferenza Stato Regioni e i rappresentanti delle organizzazioni civiche di tutela della salute, e sono definite le modalità di raccolta e analisi delle segnalazioni pervenute e delle problematiche più rilevanti analizzate.

Gli erogatori pubblici e gli erogatori privati accreditati ospedalieri e ambulatoriali afferiscono al Centro unico di prenotazione (Cup) che è unico a livello regionale o infra-regionale, come chiarito all'articolo 9.

Il Cup te lo ricorda

Il Cup dovrà attivare un sistema di "Recall" per ricordare all'assistito la data di erogazione della prestazione, per richiedere la conferma o per la cancellazione delle prenotazioni, da effettuarsi almeno due giorni lavorativi prima dell'erogazione della prestazione, anche in modalità on demand, nonché sistemi di ottimizzazione delle agende di prenotazione, secondo le indicazioni tecniche indicate in linee guida omogenee di livello nazionale, adottate con decreto del Ministro della salute, previa intesa in sede di Conferenza Stato Regioni. In caso di assenza ingiustificata e visita non annullata, l'assistito può essere tenuto al pagamento all'erogatore pubblico o privato accreditato della quota ordinaria di partecipazione al costo stabilita dalle norme vigenti alla data dell'appuntamento, per la prestazione prenotata e non usufruita. Al fine di ridurre i tempi delle liste di attesa e di evitare le degenze prolungate dovute alla mancanza di disponibilità per gli esami diagnostici, le visite diagnostiche e specialistiche, come spiegato all'articolo 10, possono essere effettuate nei giorni di sabato e domenica e la fascia oraria per l'erogazione di tali prestazioni può essere prolungata.

Il ruolo delle farmacie

L'articolo 17 introduce il capitolo Farmacia e prevede la somministrazione presso le farmacie, da parte di farmacisti opportunamente formati a seguito del superamento di specifico corso abilitante e di successivi aggiornamenti annuali, organizzati dall'Istituto superiore di sanità, di vaccini individuati dal Piano nazionale di prevenzione vaccinale nei confronti dei soggetti di età non inferiore a 12 anni, nonché l'effettuazione di test diagnostici che prevedono il prelievamento del campione biologico a livello nasale, salivare o orofaringeo, da effettuare in aree, locali o strutture, anche esterne alla farmacia, dotate di apprestamenti idonei sotto il profilo igienico-sanitario e atti a garantire la tutela della riservatezza.

Il decreto introduce inoltre la possibilità "dell'effettuazione da parte del farmacista dei test diagnostici per il contrasto all'antibiotico-resistenza, a supporto del medico di medicina generale e del pediatra di libera scelta ai fini dell'appropriatezza prescrittiva", oltre a "l'effettuazione da parte del farmacista, nei limiti delle proprie competenze professionali, dei servizi di telemedicina nel rispetto dei requisiti funzionali e dei livelli di servizio indicati nelle linee guida nazionali".

<https://www.sanitainformazione.it/politica/liste-dattesa-nel-decreto-per-abbatterle-ce-anche-anche-la-carta-dei-diritti-dei-cittadini/>

quotidianosanita.it

Autonomia differenziata. Corte dei Conti: "Sui LEP registrato solo qualche progresso". Dubbi anche sul sistema di perequazione

"I fabbisogni determinati dal completamento della riforma potrebbero richiedere risorse superiori a quelle necessarie per coprire la spesa storica; pertanto, potrebbe rendersi necessario un apporto ulteriore di risorse e un maggiore coordinamento fra gli aspetti fiscali e quelli connessi alle esigenze autonomistiche", spiega la Corte dei Conti nel corso di un'audizione sulle tematiche relative allo stato di attuazione e alle prospettive del federalismo fiscale

22 MAG -

"Uno dei temi cruciali per l'attuazione del federalismo fiscale riguarda la definizione dei livelli essenziali delle prestazioni, in quanto una più ampia autonomia richiede a monte la garanzia di accesso a prestazioni uniformi. Da questo punto di vista si registra qualche progresso, ma non un risultato completo. Infatti, anche sotto la spinta della riforma dell'autonomia differenziata, è stato dato nuovo impulso alla definizione dei LEP attraverso il lavoro di un'apposita commissione i cui esiti non hanno ancora portato effetti concreti".

Così la Corte dei Conti, nel corso di un'audizione sulle tematiche relative allo stato di attuazione e alle prospettive del federalismo fiscale.

"La definizione dei fabbisogni standard, che richiede a monte la fissazione dei LEP, non ha fatto passi in avanti e le assegnazioni delle risorse per la copertura dei servizi si basano ancora sostanzialmente sui livelli storici - si è spiegato nel corso dell'audizione -. Questi ultimi non assicurano la coerenza con la tutela dei diritti essenziali, in quanto riflettono, in linea di consequenzialità, i preesistenti squilibri tra le diverse regioni. Tale sistema si mostra limitato e non sempre caratterizzato da parametri efficaci di equità, non potendo garantire in modo uniforme l'effettività dei diritti civili e sociali".

Le modalità e l'entità del finanziamento incidono però "sull'esercizio dei diritti fondamentali e in particolare sui livelli essenziali delle prestazioni (LEP), i quali devono essere determinati dal legislatore statale e garantiti su tutto il territorio nazionale". Dal punto di vista finanziario, "il sistema dei LEP non può prescindere da flessibilità e da una valida capacità programmatica da parte dello Stato. Si tratterà, infatti, di un approccio differente dall'attuale copertura dei Lea - ossia i livelli essenziali di assistenza, operativi da tempo nel settore sanitario - che vengono finanziati in coerenza con i limiti di finanza pubblica e non costituiscono un parametro di definizione della spesa sanitaria".

Per un efficace funzionamento di un sistema autonomistico sarà inoltre determinante il modello di perequazione, che "dovrà essere integrale per i fabbisogni valutati a costi standard per i livelli essenziali delle prestazioni e le funzioni fondamentali, da finanziare attraverso l'autonomia tributaria per le restanti funzioni".

Allo stato, però, "la perequazione finanziaria per i Comuni è stata affidata al fondo di solidarietà, strumento che presenta, però, alcuni limiti: la sua alimentazione, nel tempo, è stata quasi esclusivamente orizzontale e la componente strettamente perequativa ha un peso complessivo non elevato sul totale della dotazione. Accanto a ciò, è presente anche un'esigenza di perequazione infrastrutturale per la quale è stato introdotto

solo di recente apposito fondo (legge di bilancio per il 2021), la cui dotazione è stata notevolmente ridotta dall'ultima legge di bilancio".

"I fabbisogni determinati dal completamento della riforma potrebbero richiedere risorse superiori a quelle necessarie per coprire la spesa storica; pertanto, potrebbe rendersi necessario un apporto ulteriore di risorse e un maggiore coordinamento fra gli aspetti fiscali e quelli connessi alle esigenze autonomistiche", conclude la Corte dei Conti.

https://www.quotidianosanita.it/governo-e-parlamento/articolo.php?articolo_id=122332

quotidianosanita.it

Personale Ssn. Cresce occupazione stabile e numero delle unità. I dati del Conto annuale

Giulio Nisi

Cresce il numero del personale del Servizio sanitario nazionale nel 2022 che aumenta rispetto al 2021 di 11.218 unità (+1,7%). Salgono anche i guadagni: in media 543,71 euro in più (+1,5%, ma molti contratti sono ancora da rinnovare rispetto agli anni successivi). In salite anche il personale "stabilizzato": i lavori flessibili calano di -4.662 unità.

16 MAG -

Il personale del Servizio sanitario nazionale nel 2022 aumenta rispetto al 2021 di 11.218 unità (+1,7%), guadagna in media 543,71 euro in più (+1,5%, ma molti contratti sono ancora da rinnovare rispetto agli anni successivi) ed è più "stabilizzato": i lavori flessibili calano di -4.662 unità.

A rilevarlo è il Conto annuale 2022 della Ragioneria generale dello Stato, appena pubblicato, e che rappresenta la base ufficiale per i rinnovi contrattuali e per tutte le quantificazioni del Pubblico impiego.

Gli organici

Quasi tutti i profili registrano aumenti di organico, tranne medici, chimici e personale contrattista.

L'aumento maggiore è percentualmente quello del ruolo della ricerca sanitaria (+20,7%), seguito dai dirigenti delle professioni sanitarie (+9,7%) e dal ruolo professionale (+9,2%).

Aumentano gli infermieri di 4.078 unità (+1,5% rispetto al 2021), ma diminuiscono i medici di 491 unità (-0,5%). Fenomeni questi con molta probabilità legati da un lato alle stabilizzazioni post-Covid e, dall'altro, all'età media dei professionisti (notoriamente più alta tra i medici che, come anche le altre categorie, vengono sostituiti con difficoltà per la scarsità di turn over) e al fenomeno ormai noto dell'abbandono della professione pubblica dei 'gettonisti'.

Conto annuale 2022: personale del Ssn e differenza con 2021				
PROFILI	2021	2022	Diff	Diff. %
TOTALE SSN	670.637	681.855	11.218	1,7
MEDICI	108.263	107.772	-491	-0,5
VETERINARI	4.925	4.980	55	1,1
ODONTOIATRI	137	147	10	7,3
BIOLOGI	4.039	4.277	238	5,9
CHIMICI	404	376	-28	-6,9
FARMACISTI	3.162	3.291	129	4,1
FISICI	789	811	22	2,8
PSICOLOGI	5.081	5.306	225	4,4
DIRIGENTI PROFESSIONI SANITARIE	641	703	62	9,7
DIR. RUOLO AMMINISTRATIVO	2.547	2.637	90	3,5
DIR. RUOLO PROFESSIONALE	1.362	1.446	84	6,2
DIR. RUOLO TECNICO	929	957	28	3,0
PERSONALE FUNZIONI RIABILITATIVE	20.923	21.286	363	1,7
PERSONALE INFERMIERISTICO	279.861	283.939	4.078	1,5
PERSONALE TECNICO SANITARIO	37.422	38.289	867	2,3
PERSONALE VIGILANZA E ISPEZIONE	10.752	10.809	57	0,5
RUOLO AMMINISTRATIVO	63.751	65.330	1.579	2,5
RUOLO PROFESSIONALE	262	286	24	9,2
RUOLO TECNICO	123.164	126.695	3.531	2,9
RUOLO RICERCA SANITARIA	1.366	1.649	283	20,7
DIRETTORI GENERALI	762	788	26	3,4
PERSONALE CONTRATTISTA	95	81	-14	-14,7

Le retribuzioni

Lo stipendio medio nel Ssn (solo quelle delle figure maggiormente presenti nelle strutture senza considerare altre forme contrattuali e tranne le figure come quelle dei direttori generali soggette a trattativa privata) è di quasi 61.300 euro/anno, con un aumento dell'1,5% rispetto all'anno precedente. Ma nel 2022 ancora alcuni rinnovi contrattuali non erano avvenuti (come quello dei medici e di tutta la dirigenza sanitaria ad esempio).

Chi guadagna di più sono i chimici con 92.700 euro/anno, seguiti dai medici, con uno stipendio medio annuo di 90.593 euro e dai veterinari a poco più di 90.440 euro/anno.

Sul versante opposto c'è il personale del ruolo tecnico che si ferma a 28.465 euro/anno, seguito dal ruolo amministrativi a 29.600 euro/anno e dal ruolo della ricerca a 30.543 euro/anno.

Gli infermieri, la categoria professionale più numerosa del Ssn, raggiungono i 36.560 euro/anno (sempre lodi si intende) con un aumento del +5,6%, in linea con gli aumenti contrattuali. In parole povere, lo stipendio netto di un infermiere su tredici mensilità raggiungerebbe i 1,770 euro/mese circa.

Lavoro flessibile

I cosiddetti "lavori flessibili" (in sostanza il precariato: tempo determinato, lavoro interinale, lavori socialmente utili e formazione lavoro) si riducono del 7,5%, -4.662 unità, concentrate in massima parte (-4.013) sul tempo determinato, anche per le stabilizzazioni in corso dopo le assunzioni nel periodo Covid.

Il maggior numero di 'precari' resta comunque nella professione infermieristica, con 21.758 unità (di cui 20.038 a tempo determinato), seguita dal ruolo tecnico (15.814 unità) e dai medici (6.836 unità).

Lavori socialmente utili e formazione lavoro, sono in realtà quasi tutti concentrati su pochi pirofilii: la maggior parte nel ruolo amministrativo e nel ruolo tecnico e qualche singola unità in poche altre professioni.

Il lavoro flessibile 2022 (precari) e differenza con 2021												
PROFILI	2021					2022					Diff. TD	Diff. Totale
	Tempo determinato	Interinale	Lavori socialmente utili	Formazione Lavoro	Totale	Tempo determinato	Interinale	Lavori socialmente utili	Formazione Lavoro	Totale		
TOTALE	54168	8260	183	34	62645	50155	7367	422	39	57983	-4013	-4662
MEDICI	6475	30	0	5	6511	6782	48	0	7	6836	306	325
VETERINARI	332	0	0	0	332	352	0	0	0	352	20	20
ODONTOIATRI	13	0	0	0	13	17	0	0	0	17	4	4
BIOLOGI	487	0	0	0	487	552	0	0	0	552	65	65
CHIMICI	1033	57	0	0	1090	9	0	0	0	9	-1024	-1081
FARMACISTI	369	0	0	1	370	267	0	0	1	268	-102	-102
FISICI	242	20	0	0	262	32	0	0	0	32	-210	-229
PSICOLOGI	635	3	0	0	637	678	0	0	0	678	44	41
DIRIGENTI PROFESSIONI SANITARIE	106	95	0	0	201	51	4	0	0	55	-55	-146
DIR. RUOLO AMMINISTRATIVO	242	164	0	1	407	192	197	0	1	390	-50	-17
DIR. RUOLO PROFESSIONALE	84	6	0	0	89	104	3	0	0	108	21	18
DIR. RUOLO TECNICO	56	102	0	0	158	60	67	0	0	127	3	-31
PERSONALE FUNZIONI RIABILITATIVE	1999	228	0	0	2227	1427	143	0	0	1570	-572	-657
PERSONALE INFERMIERISTICO	21974	1551	4	0	23529	20038	1720	0	0	21758	-1936	-1771
PERSONALE TECNICO SANITARIO	2948	508	0	0	3457	2520	426	0	0	2946	-429	-511
PERSONALE VIGILANZA E ISPEZIONE	558	11	0	0	569	545	22	0	0	567	-12	-2
RUOLO AMMINISTRATIVO	4451	1660	165	11	6287	4097	1382	156	10	5645	-354	-642
RUOLO PROFESSIONALE	250	473	0	0	723	130	47	0	0	176	-121	-546
RUOLO TECNICO	11738	3217	14	16	14986	12251	3289	253	20	15814	514	828
PERSONALE CONTRATTISTA	176	134	0	0	310	51	18	13	0	82	-125	-228

https://www.quotidianosanita.it/studi-e-analisi/articolo.php?articolo_id=122195



CORTE DEI CONTI
SEZIONI RIUNITE IN SEDE DI CONTROLLO

RELAZIONE SULLO STATO DI ATTUAZIONE
DEL PIANO NAZIONALE DI RIPRESA E RESILIENZA
(PNRR)

(redatta ai sensi dell'art. 7, comma 7, del decreto-legge 31 maggio 2021 n. 77,
convertito, con modificazioni, dalla legge 29 luglio 2021, n. 108)



Maggio 2024

www.quotidianosanita.it/allegati/allegato1715850373.pdf

quotidianosanita.it

Finanziamento e spesa del Ssn, facciamo chiarezza

Vittorio Mapelli. Ex professore associato di economia sanitaria, Università degli studi di Milano

06 MAG - Gentile Direttore,

vorrei chiederle, se posso, una moratoria su due notizie che ci martellano quasi ogni giorno, attinte dal DEF, dalla Corte dei Conti, dall'OCSE, da Eurostat, dall'ISTAT o dalla Fondazione GIMBE e pubblicate dal suo giornale, che peraltro apprezzo molto.

La prima è che il finanziamento del SSN è destinato a scendere nei prossimi anni fino al 6,2% del Pil (secondo il DEF); la seconda che in Italia si spende per la sanità pubblica molto meno che in Francia e Germania (secondo la Corte dei Conti, la Fondazione GIMBE e altri). Notizie, sia detto, vere, ma fuorvianti nei commenti di molti giornalisti, politici e anche studiosi, che contribuiscono a creare un clima di vigilia di prossima catastrofe del SSN. Il che non mi sembra, almeno non ancora.

Il DEF è un documento di programmazione triennale e riguarda la spesa tendenziale (ad aprile), ma ciò che conta è la legge di bilancio, che (a dicembre) stabilisce il finanziamento reale del SSN. Purtroppo non si possono confrontare le cifre dei due documenti, perché l'una riguarda la spesa e l'altra il fabbisogno finanziario (sistematicamente inferiore alla spesa).

Ma se si prendono le previsioni della legge di bilancio di due anni prima (t-2) e lo stanziamento approvato (t0), si noterà che quest'ultimo è sempre superiore alla previsione iniziale, smentendo le più fosche attese, come dimostra la tabella.

Anno	Previsione (t-2)	Stanziam. finale	Aumento	Incidenza % sul Pil previsto	
				previsione	stanziam.
2020	116.474	118.071	1.597	6,4	7,2
2021	117.974	122.060	4.086	6,3	6,9
2022	118.532	125.980	7.448	6,3	6,6
2023	125.980	128.869	2.889	6,4	6,3
2024	128.708	134.013	5.305	6,0	6,3
2025	136.041		(2.028)	6,2	

Fonte: ns elaborazioni sulle leggi di bilancio dello Stato 2018-2024 e sulla NADEF 2020-23

Note: Per gli anni 2020, 2022, 2023 la previsione è al t-1

Nel 2024, ad esempio, il finanziamento è stato incrementato di 5,3 miliardi, rispetto alla previsione iniziale del 2022. E lo stesso è per l'incidenza sul Pil, sempre superiore di almeno 3 decimi di punto, eccetto il 2023. Che poi l'incidenza tenda a diminuire è un altro discorso, che conta relativamente (e magari riprenderemo). In questi anni turbolenti si naviga a vista e allo stesso tempo si strizza l'occhio all'UE e ai mercati finanziari, mostrando che la spesa pubblica dell'Italia scenderà.

In conclusione: le previsioni del DEF e della stessa legge di bilancio di due anni prima non valgono quasi nulla – e non serve stracciarsi le vesti – perché saranno riviste al rialzo, secondo l'andamento dell'economia e della finanza pubblica, al momento del varo della legge.

Che l'Italia spenda meno (2.228 euro) di Francia (3.140 euro) e Germania (3.683 euro) nel 2022 per la sanità pubblica, secondo l'Eurostat, è un dato di fatto. Ma è pure un dato di fatto che gli italiani pagano in media 14.068 euro di tasse – compresi i bambini e gli evasori – i francesi 18.532 euro e i tedeschi 19.494 euro e si possono quindi permettere quel livello di spesa sanitaria. Oltretutto la pressione fiscale in Francia è superiore di 5 punti a quella italiana (47,7% contro 42,7%).

Tutto si tiene, il loro Pil è superiore a quello italiano e di conseguenza anche le entrate per lo stato sono maggiori delle nostre, rispettivamente del 31,7% in Francia e del 38,5% in Germania. Punto e basta.

Che ci piaccia o no, siamo i parenti poveri di francesi e tedeschi e non possiamo pretendere di spendere come loro. Come in ogni famiglia, si fanno le spese al passo con le entrate.

O altrimenti si fanno debiti. Gli scienziati che nel loro appello del 2 aprile hanno suggerito di alzare il finanziamento del SSN all'8% del Pil – ottima proposta – dovrebbero anche indicare – come fa il Parlamento per ogni nuova proposta di spesa – dove trovare i 37 miliardi aggiuntivi. Dal recupero dell'evasione e dell'elusione fiscale, scandalosamente alte?

Dal taglio delle spese per la Difesa? Dall'abolizione degli sprechi in sanità? Nel 2019 la Fondazione GIMBE denunciava 21 miliardi di sprechi in sanità, ma oggi non ne parla più: sono stati forse tagliati? Se venissero eliminati, ci basterebbe solo il 5,3% del Pil...

Sempre in tema di confronti, nessuno cita che in Italia nel 2022 abbiamo "sperperato" 83 miliardi di interessi per il nostro enorme debito pubblico, mentre la Germania ha speso solo 27 miliardi e la Francia 51 miliardi (Eurostat). Se non avessimo questo enorme macigno o scendessimo al livello della Francia (112% del Pil), potremmo disporre dei 37 miliardi che ci mancano per la sanità. O ancora, nessuno ricorda che il sistema pensionistico assorbe in Italia il 13,7% del Pil – la più alta percentuale dell'Unione Europea –, ma in Germania solo il 10,0% e in Francia il 13,0%. Saremmo disposti ad uno scambio tra pensioni e sanità? C'è invece una notizia che il suo giornale non ha ancora dato, se non erro, e molti giornalisti, politici e sindacalisti ancora ignorano o fingono di ignorare: che sempre più il SSN si finanzia a debito. Dei 134 miliardi di quest'anno, 9,5 miliardi sono presi a debito.

Ha iniziato il governo Conte, durante la pandemia, con 3,8 miliardi di indebitamento nel 2020 (portato poi a 7,3 miliardi), ed è proseguito con i successivi governi Draghi (14,4 miliardi) e Meloni (14,6 miliardi), fino a totalizzare oggi 36,3 miliardi euro. Sono le somme degli indebitamenti triennali contenuti nelle varie leggi di bilancio: quello del 2024, ad esempio, è la somma di 5,4 miliardi della LB 2022, di 2,3 miliardi della LB 2023 e di 1,8 miliardi della LB 2024. Se da un lato preoccupa questo trend ascendente, dall'altro testimonia l'attenzione di tutti i governi al tema della salute.

Caro Direttore, i termini del problema sono molto semplici e crudi: il SSN avrebbe bisogno ogni anno di almeno +1,5-1,8% di crescita reale (oltre al tasso di inflazione) – è la media tra gli anni delle "vacche grasse" (2000-08) e delle "vacche magre" (2012-19) –, tenuto conto che la popolazione decresce e invecchia, si consumano

più prestazioni e di costo o prezzo maggiore, ma l'economia non riesce a stare al passo, perché se va bene il Pil sale dell'1-1,2% all'anno.

Quindi, è gioco forza indebitarci, se vogliamo salvare il SSN. È quanto hanno fatto gli ultimi tre governi, di colore diverso, a riprova che il SSN sta a cuore a tutti. Continuare a gridare "al lupo, al lupo!" o diffondere notizie false (il famoso taglio di 37 miliardi, secondo la Fondazione GIMBE, quando il finanziamento aumentò invece di 10,3 miliardi) è del tutto sterile, anche se aiuta a tenere alta la guardia.

È la terza crisi che il SSN sta attraversando – la prima, tra il 1992 e il 1995, con l'uscita dallo SME, quando la spesa crollò dal 5,9 al 4,8% del Pil, poi ci fu la lunga crisi dei subprime tra il 2010 e il 2019 e da ultimo la pandemia di Covid 19 –, forse la più grave perché endemica al sistema, ma credo che la rana non finirà bollita. Se però ognuno farà la sua parte: lo Stato garantendo sempre le giuste risorse – anche indebitandosi per quel poco che serve –, accantonando il progetto di autonomia differenziata in sanità e riformando la medicina di base, anche contro il corporativismo sindacale dei medici; le Regioni uscendo dai piani di rientro, dopo 17 anni, e dando prova di capacità di governo del loro sistema sanitario; le Aziende sanitarie e ospedaliere eliminando sprechi, inefficienze e inappropriatezze che bruciano molte risorse e allungano i tempi di attesa; i Cittadini essendo responsabili (19 milioni di esami e visite prenotate e non eseguite, solo in Lombardia) e non procurandosi malattie non necessarie con i loro stili di vita a rischio.

There is no free meal, dicono bene gli americani, e quindi se vogliamo spendere di più per la sanità, qualche scelta, magari scomoda, dovremo pur farla. O forse qualcuno si illude di poter stampare ancora carta moneta per finanziare la sanità pubblica?

Spero non me ne voglia. Un cordiale saluto

https://www.quotidianosanita.it/lettere-al-direttore/articolo.php?articolo_id=121821

quotidianosanita.it

La sostenibilità del Ssn e l'evasione fiscale

Antonio Salvatore, Direttore del Dipartimento Salute di ANCI Campania

24 MAG - Gentile Direttore,

la Corte dei Conti ci segnala che l'autonomia differenziata e la completa attuazione del federalismo fiscale – basato in gran parte sulla spesa storica – potrebbero richiedere maggiori risorse di quelle attuali, che corrispondono a circa il 6,3% del PIL e che sono destinate al 15% delle spese correnti.

Il tutto in un contesto di previsione di crescita degli interessi passivi sul debito pubblico (il cui trend rispetto al PIL prevede un aumento dal 137,3% del 2023 al 139,8% del 2026) e di minori entrate erariali legate alle compensazioni d'imposta previste dai vari incentivi fiscali degli ultimi anni.

Pertanto, sorge l'esigenza di rinvenire ulteriori risorse necessarie a coprire il maggiore fabbisogno finanziario del sistema salute italiano. Un fabbisogno che, con ogni probabilità, aumenterà ancora di più con l'attivazione delle Case della comunità, delle COT e degli Ospedali di comunità.

Ipotizzare che il maggiore fabbisogno finanziario possa essere soddisfatto unicamente da risparmi o dall'utilizzo delle nuove tecnologie, appare esercizio poco realistico.

Occorre quindi individuare ulteriori fonti di finanziamento da attivare per tempo.

Analizzando i dati degli incassi delle Regioni e delle Province autonome dell'ultimo quinquennio, come risultanti dal sistema di rilevazione SIOPE del MEF, emerge che circa l'80% delle risorse che finanziano la sanità proviene in gran parte dalle entrate erariali (30%) e dalla compartecipazione Iva (50%). Inoltre, del 30% del gettito erariale, circa il 60% è rappresentato dall'IRAP.

Il prospetto che segue illustra il trend degli incassi delle Regioni e delle P.A. di Trento e Bolzano per la gestione sanitaria (Fonte: Sistema di rilevazione telematica degli incassi SIOPE del MEF).

È dunque pacifica la circostanza che le risorse per la sanità provengano in gran parte dalle imprese e che la quota maggiormente significativa derivi dal gettito IVA. E questo è un problema di non poco conto, dal momento che l'Italia detiene la maglia nera in Europa quanto ad evasione Iva.

In base ai dati ISTAT, l'economia sommersa italiana è di circa 190 mld di euro e le risorse sottratte annualmente alle casse erariali (tra tasse e contributi) ammonterebbero a circa 84 mld di euro. Il valore dell'evasione Iva in Italia ascenderebbe a circa 14,6 mld, il doppio della Germania e circa un quarto di tutta l'UE. Dati che si commentano da soli!

REGIONI + P.A. * INCASSI PER LA SANITA'	%	2019	2020	2021	2022	2023
Fonte: Sistema SIOPE (in migliaia di euro)						
Entrate erariali (IRAP + add. le IRPEF + altro)	30%	32.212.974	31.254.663	31.445.603	35.213.529	39.542.167
Compartecipazione IVA - Sanità	50%	64.550.479	70.906.865	66.184.097	64.653.031	68.897.872
Fondo perequativo dallo Stato - Sanità	4%	5.038.051	5.948.152	5.558.913	5.890.447	5.410.280
Trasferimenti correnti da Stato e P.A.	6%	10.028.373	11.774.809	12.907.908	9.363.513	9.559.844
Trasferimenti correnti da Imprese (Pay-back)	1%	1.380.632	1.114.303	1.838.886	2.510.285	1.688.075
Entrate extra-tributarie	3%	3.454.217	4.370.689	2.898.300	2.763.481	3.484.560
Entrate in conto capitale	1%	439.828	588.236	703.982	713.476	835.541
Entrate da riduzione di attività finanziarie	6%	202.197	5.169.998	6.258.692	6.640.561	7.801.833
Prestiti	0%	134.489	61.134	186.527	50.190	68.000
TOTALE INCASSI SPECIFICI	100%	117.441.240	131.188.849	127.982.908	127.798.513	137.288.172
Entrate per conto terzi - partite di giro	*	19.475.763	25.259.612	16.728.862	17.072.637	19.975.579
TOTALE COMPLESSIVO INCASSI	*	136.917.003	156.448.461	144.711.770	144.871.150	157.263.751

Pertanto, nonostante nel biennio 2022 – 2023, gli incassi delle Regioni e delle Province autonome per la sanità siano lievitati da circa 128 a 137 mld di euro, è incontrovertibile la circostanza che le maggiori risorse per la sanità dovranno derivare anche – e soprattutto - dalla lotta all'evasione, con particolare riguardo all'Iva.

https://www.quotidianosanita.it/lettere-al-direttore/articolo.php?articolo_id=122404



Navigare nella crisi della carenza di medici

Una collezione che evidenzia soluzioni creative per un percorso sostenibile.

La carenza di medici è un'emergenza globale. Molti medici hanno lasciato il lavoro e perfino la professione, determinando carichi di lavoro insostenibili, burnout ed esaurimento per i loro ex colleghi. Affrontare il problema ha richiesto approcci a più livelli, soluzioni innovative e nuovi modelli di assistenza per colmare la carenza a breve termine pianificando soluzioni sostenibili a lungo termine.

La nostra nuova raccolta presenta approfondimenti, analisi e opinioni dirette di leader clinici di tutto il mondo, che raccontano l'entità della crisi del personale in tutta la professione, comprese le cure primarie e post-acute, evidenziando al contempo soluzioni creative per un percorso da seguire.

All'interno di questa raccolta imparerai:

- **Come la tecnologia ha aumentato la capacità della forza lavoro e l'accesso dei pazienti alle cure**
- **Modi per ristrutturare i team e modelli di lavoro che aumentano la capacità**
- **Approcci alla transizione dei modelli di rimborso delle cure primarie per una migliore fidelizzazione dei medici**
- **Come colmare il divario dei medici nelle cure primarie con soluzioni a breve, medio e lungo termine per nuovi modelli di cura**

Questa raccolta presenta contenuti del NEJM Catalyst Insights Council. I rapporti e le interviste approfondite includono risultati di sintesi, analisi di esperti e commenti di leader di pensiero e membri dell'Insights Council. Questi rapporti forniscono valutazioni preziose e influenti sulla situazione attuale dell'assistenza sanitaria e su come cambiarla in meglio.

https://store.nejm.org/signup/catalyst/lead/wfcrisispdf24?promo=OCFEC501&emp=marcom&utm_source=nejmglst&utm_medium=email&utm_campaign=wfcrisispdf24&ssotoken=U2FsdGVkX1%2FTc8lwq9ixJvmeSr2TIroCHGVsDKafckixotbFN1bJcYfN1IsbhScx6jBIMa6LifCqW4Rq7SZRI5L6kj9lrRiZh%2B3AKOJ70QGCmOX3rQDgO4muEMJXaoNETF8cRxXyc0n7pGmLxNdB9XW%2F1PellHmUF%2BRhqrHYPrWdSj7UCpOcyD5IFBOUXMbjMPwDM6pkpvC8BDTPVkn8OQ%3D%3D&cid=DM2341364_NEJM_Group_Enagaged_90_day&bid=-1993285705

quotidianosanita.it

Assemblea Oms approva piano quadriennale da 11,1 mld di dollari per promuovere salute globale

In particolare sarà rivolta una particolare attenzione al cambiamento climatico, invecchiamento, migrazione, minacce pandemiche ed equità, e adattati a un'epoca di geopolitica, scienza e tecnologia in rapido movimento. Il Consiglio ha inoltre deciso di convocare una conferenza sul finanziamento del vaccino contro la tubercolosi nel 2025 per avviare opzioni per l'approvvigionamento e il finanziamento di prodotti in fase avanzata.

29 MAG -

I delegati della Settantesima Assemblea Mondiale della Sanità hanno approvato una strategia quadriennale da 11,1 miliardi di dollari per la salute globale volta a promuovere, fornire e proteggere la salute e il benessere di tutte le persone, con particolare attenzione al cambiamento climatico, invecchiamento, migrazione, minacce pandemiche ed equità, e adattati a un'epoca di geopolitica, scienza e tecnologia in rapido movimento.

La strategia, il Quattordicesimo Programma Generale di Lavoro (GPW 14), considera il periodo 2025-2028 come un'eccezionale finestra di opportunità per costruire sistemi sanitari resilienti e adatti al futuro e, sulla scia della pandemia di Covid, per tornare indietro sulla buona strada per raggiungere gli obiettivi di sviluppo sostenibile legati alla salute

GPW 14 ha sei obiettivi strategici che riflettono le principali aree di interesse per questo periodo di quattro anni:

- rispondere alla crescente minaccia alla salute posta dai cambiamenti climatici
- affrontare i determinanti della salute e le cause profonde della cattiva salute nelle politiche chiave in tutti i settori
- promuovere l'assistenza sanitaria primaria e le capacità dei sistemi sanitari essenziali per garantire una copertura sanitaria universale
- migliorare la copertura dei servizi sanitari e la protezione finanziaria per affrontare la disuguaglianza e le disuguaglianze di genere
- prevenire, mitigare e prepararsi ai rischi per la salute derivanti da tutti i pericoli
- individuare e sostenere rapidamente la risposta alle emergenze sanitarie.

L'Oms ha poi convocato la seconda riunione di alto livello del Consiglio dell'acceleratore del vaccino contro la tubercolosi. All'evento hanno partecipato ministri e rappresentanti di Indonesia, Brasile, Francia, Kenya, Pakistan, Filippine, Sudafrica, Vietnam e Stati Uniti d'America, nonché partecipanti della società civile e di organizzazioni partner come la Banca Europea per gli Investimenti, la Gates Foundation, GAVI, Vaccines Alliance, Global Fund, Stop TB Partnership, Unitaid, Wellcome Trust e Banca Mondiale

L'evento si è concluso con un accordo su 3 percorsi chiave di accelerazione per guidare il lavoro nei prossimi due anni, con l'obiettivo di accelerare lo sviluppo, l'approvazione, l'accesso e la distribuzione di nuovi vaccini contro la tubercolosi. Questi includono:

- Accelerare la diversificazione del portafoglio di vaccini contro la tubercolosi accelerando la traduzione delle scoperte promettenti in vaccini che possono essere distribuiti in tutto il mondo, attraverso strategie di finanziamento efficaci e una maggiore collaborazione- Accelerare l'identificazione di soluzioni di mercato incentivando lo sviluppo in fase avanzata di nuovi vaccini contro la tubercolosi lanciando un meccanismo di incentivi pull, prendendo in considerazione questioni rilevanti come gli impegni nazionali, il trasferimento di tecnologia, il commercio e la proprietà intellettuale:
- Accelerare la rapida implementazione e adozione di nuovi vaccini contro la tubercolosi promuovendo e finanziando un programma di apprendimento completo per sostenere la preparazione, semplificare i processi normativi e facilitare l'accesso globale. Il Consiglio ha inoltre deciso di convocare una conferenza sul finanziamento del vaccino contro la tubercolosi nel 2025 per avviare opzioni per l'approvvigionamento e il finanziamento di prodotti in fase avanzata verso un accesso tempestivo ed equo. I membri del Consiglio hanno concordato di sfruttare i

dialoghi politici e tecnici attraverso collaborazioni esistenti e nuove, come gruppi di lavoro, workshop nazionali ed eventi programmati sulla tubercolosi per aprire la strada alla conferenza.

https://www.quotidianosanita.it/scienza-e-farmaci/articolo.php?articolo_id=122486

One Health. Quadro d'azione congiunto pubblicato da cinque agenzie dell'UE, al via task force

Il Centro europeo per la prevenzione e il controllo delle malattie (ECDC), l'Agenzia europea per le sostanze chimiche (ECHA), l'Agenzia europea per l'ambiente (EEA), l'Autorità europea per la sicurezza alimentare (EFSA) e l'Agenzia europea per i medicinali (EMA) si focalizzeranno su cinque obiettivi strategici: coordinamento strategico, coordinamento della ricerca, rafforzamento delle capacità, coinvolgimento delle parti interessate e attività congiunte

07 MAG - Il Centro europeo per la prevenzione e il controllo delle malattie (ECDC), l'Agenzia europea per le sostanze chimiche (ECHA), l'Agenzia europea per l'ambiente (EEA), l'Autorità europea per la sicurezza alimentare (EFSA) e l'Agenzia europea per i medicinali (EMA) hanno pubblicato un quadro d'azione congiunta per rafforzare la cooperazione a sostegno dell'attuazione dell'agenda One Health nell'Unione europea (UE).

One Health è un concetto che riconosce la complessa interazione tra salute umana, animale e vegetale, sicurezza alimentare, crisi climatica e sostenibilità ambientale.

L'attuazione di questo approccio in diversi settori sarà fondamentale per rendere l'UE e i suoi Stati membri più attrezzati per prevenire, prevedere, individuare e rispondere alle minacce sanitarie, si legge in una nota comune delle cinque authorities,.

Mitigherà l'impatto e il costo sociale di tali minacce, o addirittura ne impedirà l'emergere, contribuendo al tempo stesso a ridurre le pressioni umane sull'ambiente e salvaguardando le principali esigenze sociali come la sicurezza alimentare e l'accesso all'aria e all'acqua pulite.

Una task force interagenzia lavorerà all'attuazione del quadro d'azione congiunto nei prossimi tre anni (2024-2026), concentrandosi su cinque obiettivi strategici: coordinamento strategico, coordinamento della ricerca, rafforzamento delle capacità, coinvolgimento delle parti interessate e attività congiunte.

Questo garantirà che la consulenza scientifica fornita dalle agenzie sia sempre più integrata, che la base di prove per One Health sia rafforzata e che le agenzie siano in grado di contribuire con una voce comune all'agenda One Health nell'UE.

Nel novembre 2023, le cinque agenzie dell'UE che forniscono consulenza scientifica su temi legati all'ambiente, alla salute pubblica e alla sicurezza alimentare hanno rilasciato una dichiarazione congiunta in cui esprimono il loro impegno condiviso a sostenere l'agenda One Health in Europa.

https://www.quotidianosanita.it/scienza-e-farmaci/articolo.php?articolo_id=121978

la Repubblica

The Lancet: 11% in più di decessi legati al caldo nel sud Europa in 30 anni

Fiammetta Cupellaro

Il report "The Lancet Countdown in Europe 2024": il cambiamento climatico rischia di cancellare i progressi ottenuti nella salute pubblica. Nell'Europa meridionale i giorni di caldo estremo sono aumentati del 41%

il cambiamento climatico è ancora la principale minaccia per la salute umana: le morti legate al caldo sono infatti salite in media in tutta Europa del 9%, ma nell'Europa meridionale dell'11%.

L'[inquinamento atmosferico](#), le temperature in costante aumento stanno dunque provocando [problemi di salute](#) che vanno dai più frequenti attacchi cardiaci e ictus alla diffusione di malattie infettive e traumi psicologici.

E i sistemi pubblici sanitari europei, soprattutto quelli del sud, stanno cominciando ad entrare in crisi.

È un quadro allarmante quello tracciato dal [Rapporto Europa 2024 di The Lancet Countdown on Health and Climate Change](#) pubblicato su The Lancet Public Health, una delle più autorevoli riviste scientifiche del mondo.

In un mondo che si surriscalda a preoccupare sono i decessi legati al caldo: un aumento medio di 17 morti per 100mila abitanti tra il 2003-2012 e il 2013-2022.

Un report che accusa il ritardo nei governi dei paesi europei nel mettere in pratica azioni politiche per proteggere i cittadini dagli impatti dei cambiamenti climatici.

Ad esempio, continuando a fornire sussidi per i combustibili fossili, che contribuiscono ad alimentare le emissioni e i danni alla salute.

Nel 2021, secondo *The Lancet*, le [emissioni](#) prodotte dall'uso di combustibili fossili sono state pari a 5,4 tonnellate di CO₂ pro capite in Europa. Sei volte quelle dell'Africa e quasi tre volte quella dell'America centrale e meridionale per persona.

Il clima e le diseguaglianze

Gli scienziati europei non hanno dubbi: per soddisfare le raccomandazioni del più recente Rapporto del Gruppo intergovernativo sul cambiamento climatico (IPCC) che vedono nel 2040 l'azzeramento delle emissioni, i sistemi energetici europei dovrebbero diminuire la loro potenza (e quindi le loro emissioni) di circa tre volte.

Il cambiamento climatico è qui, in Europa, e uccide. Questo è il monito dei 69 team di ricercatori che hanno dato il proprio contributo al rapporto *Lancet Countdown on Health and Climate Change*. Parole chiare che non lasciano spazio a dubbi, perché in ogni parte del mondo le popolazioni stanno provando sulla propria pelle i vari modi in cui il cambiamento climatico con tutte le sue conseguenze può provocare disastri sul nostro pianeta.

E se la salute di tutti è a rischio, secondo gli esperti, in un mondo che si scalda crescono le diseguaglianze. Perché il livello con cui il clima interferisce con la salute dipende anche dai livelli di sviluppo socio-economico, l'emarginazione e i modelli di iniquità già esistenti in ogni singolo paese.

Servono dunque azioni urgenti, spiegano gli scienziati, per ridurre le emissioni di gas serra non solo per respirare un'aria più pulita e mangiare un cibo migliore, ma anche per ridurre le disuguaglianze sociali e abitare in città più vivibili.

Non è uno scenario lontano

"Il cambiamento climatico sta già devastando la vita e la salute delle persone in tutta Europa", afferma la professoressa Rachel Lowe, direttrice di *Lancet Countdown in Europe* e leader del gruppo *Global Health Resilience* presso il *Barcelona Supercomputing Center*, in Spagna. "Il nostro report fornisce prove sull'allarmante aumento degli impatti sulla salute legati al clima in tutta Europa, tra cui la mortalità legata al caldo, le malattie infettive emergenti e l'insicurezza alimentare e idrica".

Questo è il secondo rapporto condotto dal *Lancet Countdown in Europe*, che monitora le conseguenze sulla salute dei cambiamenti climatici.

Presi in esame 42 parametri (dallo sport alle diete, dai tagli alle emissioni paese per paese alle opportunità offerte per l'azione del clima) che sulla base delle competenze dei ricercatori e di 42 istituzioni accademiche e delle Nazioni Unite guidate dal [Barcelona Supercomputing Center](#) in collaborazione con il [Barcelona Institute for Global Health \(ISGlobal\)](#), un centro sostenuto dalla Fondazione

La Caixa e 40 altre istituzioni in tutta Europa, hanno intrecciato i dati su salute e clima.

Le patologie in aumento

Tutti gli indicatori mostrano che c'è stato un peggioramento degli impatti del clima sulla salute. Ad esempio, lo stress da calore sta provocando una riduzione dell'attività fisica (il dato è del 2022) perché rispetto al 1990 viene considerata più rischiosa sia per le attività mediamente faticose (come il ciclismo o calcio) sia per le più faticose (rugby o mountain bike). Risultato: meno sport, sale il rischio di malattie.

E anche le [patologie trasmissibili](#) aumentano perché cresce in Europa la possibilità di diffusione di "vari patogeni e vettori di malattie sensibili al clima".

Ad esempio *Vibrio*, virus del Nilo occidentale, dengue, chikungunya, Zika, malaria, leishmaniosi e zecche, che diffondono la malattia di Lyme e altre malattie". Inoltre, [si allarga la stagione in cui i pollini](#) possono creare problemi al crescente numero di persone con problemi di asma e allergie.

L'Europa del sud più a rischio

Gli impatti negativi sulla salute legati al clima e la responsabilità del cambiamento climatico non sono uguali in Europa o nel mondo e spesso riflettono le disuguaglianze socio-economiche e l'emarginazione.

La mortalità correlata al caldo è due volte più alta nelle donne rispetto agli uomini, così come le famiglie a basso reddito hanno una probabilità più alta di sperimentare l'insicurezza alimentare. I decessi attribuibili a una dieta squilibrata sono più alti tra le donne e l'esposizione al fumo degli incendi era più elevato nelle zone altamente svantaggiate.

L'Europa meridionale tende dunque ad essere più colpita da malattie legate al caldo, incendi, cibo, insicurezza, siccità, malattie trasmesse dalle zanzare e leishmaniosi. Al contrario, l'Europa settentrionale è ugualmente più colpita da vibrioni e zecche, che possono diffondere malattie come la malattia di Lyme e l'encefalite.

Nonostante questo scenario, secondo il report di *The Lancet* poche sono state le iniziative per diminuire il divario tra zone e popolazioni più o meno svantaggiate. Ma nemmeno si è fatto molto nella ricerca, per capire quanto il clima incide sul benessere e la salute dei cittadini.

Basta pensare, scrivono nel dossier, che il Parlamento europeo nel 2022 ha dedicato a questo argomento solo lo 0,1% degli incontri, altrettanto hanno fatto i media. Insomma, i segnali di un'azione politica a tutela dei cittadini sono scarsi.

Altri paesi subiscono le emissioni prodotte dall'Europa

"Il cambiamento climatico è intrinsecamente un problema di giustizia sociale e ambientale - afferma il dottor Kim van Daalen, ricercatore di Lancet Countdown in Europa, autore principale del rapporto guardando all'interno dei paesi europei stiamo vedendo le comunità più svantaggiate sono particolarmente colpite dalle malattie legate al clima.

Ma i paesi europei vanno oltre: delocalizzano gli impatti dei nostri consumi sulla salute di cittadini che abitano in altre parti del mondo.

Costretti dunque a subire l'inquinamento atmosferico locale e le emissioni di gas serra come risultato dei beni e dei servizi consumati però dall'Europa". Molti paesi europei infatti continuano a esternalizzare altrove le pressioni ambientali, emissioni di CO₂ e PM_{2,5} basate sul consumo superiori alle emissioni basate sulla produzione.

"Neutralità carbonica raggiunta entro il 2100"

La strada verso sistemi energetici a zero emissioni rimane dunque tristemente inadeguata. L'uso del carbone è aumentato: 13% dell'approvvigionamento energetico totale dell'Europa nel 2021, era al 12% nel 2020. Non solo, 29 dei 53 paesi della regione europea stanno ancora fornendo sussidi netti per i combustibili fossili.

Nel periodo 2005-2020, le morti attribuite all'inquinamento atmosferico (PM_{2,5}) causato dalla combustione di combustibili fossili è diminuito del 59% in Europa. Una diminuzione dovuta alle tecnologie di controllo dell'inquinamento atmosferico.

"L'esposizione all'inquinamento atmosferico sta danneggiando la salute delle persone in Europa e oltre -, afferma Cathryn Tonne, epidemiologa e co-direttore di Lancet Countdown for Health and Climate Change in Europe -

Mentre il nostro rapporto mostra una diminuzione dell'inquinamento atmosferico (PM_{2,5}), negli ultimi 15 anni in Europa questa diminuzione è dovuto principalmente al miglioramento delle tecnologie di controllo dello smog, ma non le emissioni di gas a effetto serra.

Abbiamo ancora bisogno di misure politiche adeguate per affrontare l'inquinamento atmosferico e le emissioni di gas a effetto serra in parallelo."

Il ruolo guida dell'Europa

La mancata adozione di misure decisive può esacerbare gli attuali impatti dei cambiamenti climatici. Per questo, secondo gli autori dello studio, l'Europa dovrebbe riprendersi quel ruolo guida che ha avuto e impegnarsi a favore di una transizione ambientale equa e sana. Assumersi la responsabilità globale e sostenere le comunità più colpite.

"Stiamo già sentendo il costo di un'azione ritardata, ma conosciamo anche i frutti che potremmo raccogliere eliminando gradualmente i combustibili fossili e i percorsi per arrivarci", afferma Rachel Lowe.

"Limitare il riscaldamento globale a meno di 1,5 gradi C attraverso una transizione giusta e sana offrirebbe benefici salvavita per tutta Europa e oltre. Urgente l'attuazione di politiche climatiche incentrate sulla salute e sul benessere dei cittadini".

Eppure la stragrande maggioranza degli europei è a favore dell'azione per il clima.

L'84% concorda sul fatto che affrontare il cambiamento climatico dovrebbe essere una priorità per migliorare la salute pubblica e quasi 7 su 10 pensano che i loro governi nazionali non stiano facendo abbastanza per affrontare il cambiamento climatico.

A questa sensibilità non corrispondono però scelte politiche coerenti.

https://www.repubblica.it/green-and-blue/2024/05/13/news/the_lancet_cambiamento_climatico_salute-422908978/?ref=RHLF-BG-P18-S2-T1

Cross-agency One Health task force framework for action

2024-2026

Table of contents

Executive summary	3
Introduction	4
Background and context	6
Vision	8
Mode of operation	9
Strategic objectives	10
Strategic objective 1: Strategic coordination	11
Strategic objective 2: Research coordination	13
Strategic objective 3: Capacity building	15
Strategic objective 4: Communication and stakeholder engagement	17
Strategic objective 5: Partnerships and joint activities	19
References	21
Glossary	22

La visione della task force è quella di consentire alle agenzie dell'UE di contribuire con successo all'attuazione dell'approccio One Health in Europa, rendendo così l'UE e i suoi Stati membri maggiormente in grado di prevenire e rispondere alle minacce sanitarie. Per realizzare questa visione, la task force mira a lavorare verso una forma più permanente e consolidata di cooperazione transdisciplinare tra le agenzie dell'UE, sostenendo i quattro principi di coordinamento, collaborazione, comunicazione e sviluppo delle capacità. La task force ha individuato i seguenti cinque obiettivi strategici su cui orientare il proprio lavoro:

- Facilitare il coordinamento strategico nell'attuazione dell'approccio One Health
- Promuovere il coordinamento della ricerca e la definizione di un'agenda basata su One Health
- Migliorare lo sviluppo delle capacità su One Health
- Rafforzare la comunicazione di One Health e il coinvolgimento degli stakeholder
- Sostenere lo sviluppo di partnership attraverso attività congiunte One Health

Attraverso questi obiettivi strategici, la task force contribuirà a rafforzare la base di prove scientifiche per One Health, garantire che la consulenza scientifica e la valutazione del rischio siano sempre più integrate, sostenere la creazione di meccanismi di coordinamento intersettoriali e sviluppare capacità e competenze One Health. Le azioni saranno attuate in un periodo di tre anni (2024-2026). È considerato un documento vivo e sarà soggetto ad adeguamenti per riflettere i progressi e affrontare nuove sfide e iniziative.

<https://www.ecdc.europa.eu/en/publications-data/cross-agency-one-health-task-force-framework-action>

la Repubblica

Antartide, risolto il mistero del "buco" grande quanto la Svizzera

Sandro Iannaccone

Si chiama "Maud Rise polynya" ed è uno stranissimo buco che quasi dieci anni fa si è ingrandito fino a raggiungere le dimensioni della Svizzera. Oggi finalmente potremmo avere una spiegazione per la sua formazione

In Antartide, nel bel mezzo del mare di Weddell - una porzione di oceano quasi perennemente coperta da una spessa banchisa e da enormi piattaforme di ghiaccio galleggianti alla deriva, quelle che nel 1915 stritolarono

a morte la nave dell'audace capitano Shackleton - c'è uno stranissimo buco. Una voragine grande quanto la Svizzera che periodicamente si apre e si richiude, come fosse lo sfiatatoio di un gigantesco cetaceo.

Si chiama Maud Rise polynya (Maud Rise è il nome dell'altopiano oceanico nei dintorni del quale si forma il buco e polynya è un termine che deriva dal russo e che si usa, in gergo, proprio per riferirsi a un buco nel ghiaccio marino), è stata individuata per la prima volta negli anni settanta ed è poi riapparsa, con dimensioni diverse ma sempre nella stessa posizione, negli anni successivi e senza alcun'apparente regolarità.

Oggi, finalmente, un'équipe di scienziati della University of Southampton (e di altri istituti di ricerca) crede di aver risolto il mistero, identificando i processi fisici che portano alla formazione della polynya: i dettagli del loro lavoro sono stati pubblicati sulla rivista [Science Advances](#).

Per studiare il fenomeno, i ricercatori hanno analizzato da vicino quanto successo negli inverni australi del 2016 e del 2017, quando il buco è rimasto aperto per diverse settimane raggiungendo un'estensione massima di circa 80mila chilometri quadrati, cosa che non accadeva da tempo. "La polynya Maud Rise è stata scoperta negli anni settanta grazie al lancio dei primi satelliti per il monitoraggio delle regioni più meridionali dell'oceano Atlantico", spiega Aditya Narayanan, post-doc a Southampton e primo autore della ricerca.

"Si è ripresentata per diversi inverni consecutivi, dal 1974 al 1976, e all'epoca gli oceanografi hanno ipotizzato che si trattasse di un evento annuale. In realtà da allora il buco si è riaperto solo sporadicamente, e per brevi intervalli di tempo. Il 2017 è stato il primo momento, dagli avvistamenti degli anni settanta, in cui la polynya ha raggiunto dimensioni così importanti ed è rimasta aperta così a lungo".

Per monitorare il buco e comprendere quali sono le dinamiche che portano alla sua formazione, gli scienziati hanno combinato i dati provenienti da osservazioni sul campo, quelli raccolti dai dispositivi applicati sui mammiferi marini, le osservazioni satellitari e quelli forniti da un modello computazionale che mappa lo stato dell'oceano: in questo modo hanno scoperto che nel 2016 e nel 2017 la corrente oceanica circolare intorno al mare di Weddell si è rafforzata, il che ha fatto sì che gli strati di acqua più profondi, più caldi e più salati rispetto a quelli superficiali, si siano mescolati con questi ultimi, aumentandone temperatura e salinità. Il fenomeno si chiama upwelling e aiuta a spiegare la fusione del ghiaccio marino (e di conseguenza la formazione del buco), dal momento che l'aumento della concentrazione di sale abbassa la temperatura di congelamento dell'acqua; tuttavia, da solo non è sufficiente a giustificare il tutto, perché "lo scioglimento del ghiaccio marino porta anche a un abbassamento della temperatura delle acque superficiali, che a sua volta dovrebbe interrompere il rimescolamento", ha aggiunto Fabien Roquet, professore alla University of Gothenburg e co-autore del lavoro, "e quindi deve avvenire un altro processo affinché la polynya possa persistere.

Deve esserci un ulteriore apporto di sale da qualche parte".

Quale? A quanto pare, il responsabile di questo ulteriore apporto dei sali è il vento e il suo contributo al rimescolamento delle acque superficiali - un fenomeno noto come trasporto di Elkman: sarebbe proprio questo meccanismo a "spostare" in superficie il sale che si accumula sulla sommità del Maud Rise e rinforzare l'upwelling, portando alla formazione del buco. La scoperta è più che una semplice curiosità: le polynye, infatti, sono aree in cui avviene un enorme trasferimento di calore e di carbonio tra l'oceano e l'atmosfera, uno scambio così importante da poter influenzare l'equilibrio carbonico e le temperature di tutta la regione. "L'impronta' delle polynye", conclude Sarah Gille, esperta della University of California, San Diego e co-autrice dello studio, "può rimanere visibile nelle acque anche diversi anni dopo la loro chiusura. Le polynye possono perfino cambiare le correnti oceaniche e il trasporto del calore verso le piattaforme continentali".

https://www.repubblica.it/green-and-blue/2024/05/13/news/antartide_mistero_buco-422940556/

la Repubblica

Cosa ci insegna l'Artico senza permafrost: la lezione del Nobel per la Pace Terry Callaghan sulla crisi del clima

Guido Andruetto

Lo scienziato esperto di ecologia artica spiega i cambiamenti profondi in atto e le conseguenze. "Il riscaldamento globale sta cambiando i paesaggi. E i cambiamenti drammatici in atto aumenteranno, con impatti su tutto il Pianeta"

Professore di ecologia artica alla Scuola di Bioscienze dell'Università di Sheffield in Inghilterra, Terry Callaghan è uno degli scienziati esperti di Artico più autorevoli a livello internazionale ed è stato insignito

del Premio Nobel per la Pace nel 2007, insieme all'ex vicepresidente degli Stati Uniti Al Gore, in qualità di Lead Author dell'IPCC - Intergovernmental Panel on Climate Change. Consigliere per l'Artico per il governo britannico, con un percorso di ricerca di oltre 50 anni nei paesi artici su ecologia vegetale, scienza degli ecosistemi e cambiamenti climatici, Callaghan è in arrivo in Italia per una conferenza sull'ecologia artica, il 17 maggio al Cinema Splendor di Chieri, sulle colline sopra Torino. Il suo intervento suona come l'ennesimo campanello d'allarme per il pianeta Terra.

Professor Callaghan, una parola che usa frequentemente nei suoi studi è adattamento. Che valore ha in termini pratici nel ridurre l'impatto del cambiamento climatico sul futuro?

"Le persone possono provare a mitigare gli effetti del cambiamento climatico facendo attenzione alle proprie emissioni di carbonio, ad esempio riciclando, viaggiando di meno e conducendo uno stile di vita più sostenibile per l'ambiente. Tuttavia, anche se manca uno sforzo globale unitario, il cambiamento climatico sta cambiando la nostra vita. E quindi dobbiamo adattarci a questi cambiamenti".

Quali in particolare?

"Ce ne sono alcuni che porteranno delle opportunità alle quali ci adatteremo. Ad esempio, nuove rotte di trasporto lungo le coste artiche, nuove attività di pesca e un migliore accesso alle riserve di minerali e combustibili fossili nell'Artico. Altri cambiamenti, invece, ci porranno di fronte a gravi questioni e sfide, come la perdita di fonti alimentari tradizionali, il dissesto idrogeologico, le inondazioni e gli incendi. L'adattamento presenta diversi aspetti, dallo sviluppo delle infrastrutture alle nuove fonti alimentari. Un esempio interessante arriva dalla Siberia: una persona che vive nella tundra e che possiede una barca a motore caricata elettricamente (da pannelli solari), raccoglie il terreno in erosione da un fiume dove il permafrost si sta scongelando, per coltivare verdure fresche in una serra".

Per adattarsi al meglio occorre prevedere i cambiamenti?

"Sì, dobbiamo essere preparati su come il clima cambierà e di quali saranno gli impatti e le opportunità che ne deriveranno. Sebbene siamo bravi a prevedere le tendenze climatiche generali per il futuro, non siamo altrettanto bravi a prevedere gli eventi estremi in termini di tempi, luoghi e portata. Tuttavia, sono proprio questi eventi che possono essere devastanti per le popolazioni indigene, le comunità locali e la fauna selvatica. Pensiamo al disgelo del permafrost sul lato di un fiordo roccioso in Groenlandia: ha provocato la caduta di una valanga di rocce nel fiordo generando a sua volta uno tsunami che ha ucciso gli abitanti di un villaggio dall'altra parte del fiordo. Oppure, un'ondata di caldo anomalo nello Yamal ha provocato la formazione di uno strato di ghiaccio che ha impedito alle renne di raggiungere il cibo sotto la neve. In un'area sono morte 40mila renne. Servono previsioni migliori per consentirci di adattarci in tempo".

Gli ecosistemi polari sono una riserva di risorse naturali preziose anche per contrastare il cambiamento climatico. Stiamo perdendo questo patrimonio?

"Si tratta di risorse che forniscono combustibile, cibo e vestiti per le popolazioni che vi abitavano. I paesaggi artici e marini hanno ridotto il riscaldamento del pianeta riflettendo le radiazioni solari in entrata nello spazio e catturando il gas serra dell'anidride carbonica nella fotosintesi e tenendolo al 'sicuro' nei suoli del permafrost. Questi processi sono chiamati anelli di retroazione negativa al riscaldamento climatico. Con l'attuale riscaldamento, gli effetti di raffreddamento si stanno perdendo. Con meno ghiaccio e neve, la superficie dell'Artico assorbe più calore dal sole.

Questo aumenta lo scongelamento del permafrost e porta a un riscaldamento ancora maggiore, poiché le superfici scure assorbono il calore e il carbonio antico viene rilasciato nell'atmosfera dai microrganismi attivati che decompongono la materia vegetale morta. Anche se la vegetazione più produttiva, come arbusti e alberi, si sposta verso nord nella tundra, è improbabile che il loro maggiore assorbimento di anidride carbonica dall'atmosfera nella fotosintesi compensi la perdita di carbonio catturato nel lontano passato. Inoltre, la morte delle piante a causa di eventi estremi di caldo in inverno e incendi ridurrà la capacità della superficie terrestre di catturare la CO₂ dall'atmosfera".

Quali segnali d'allarme interessano l'Artico in questa fase storica?

"L'Artico si sta riscaldando 4 volte più velocemente della media globale. Le temperature estive hanno raggiunto quasi 38 gradi in una città della Siberia orientale, nel 2020. Vediamo il ghiaccio marino ridursi drasticamente di oltre 3 milioni di km quadrati e gli ecosistemi marini, compresi gli orsi polari, dipendono da questo ghiaccio. La calotta glaciale della Groenlandia si sta sciogliendo e sui suoi punti più alti cade la pioggia, anziché la neve. Lo scongelamento del permafrost sta cambiando i paesaggi con il distacco dei pendii e lo scivolamento verso il basso, ci sono 'buchi' nei paesaggi del diametro di chilometri e la formazione di cumuli che esplodono e formano piccoli laghi. C'è un drammatico aumento della frequenza dei fulmini a causa del cambiamento del sistema climatico con conseguente aumento dell'area e dell'intensità degli incendi boschivi settentrionali. Questi non sono avvertimenti: sono cambiamenti drammatici in atto e aumenteranno con impatti ben al di fuori dell'Artico".

Pace e cambiamento climatico. Che connessioni vede nell'Artico?

"È stato un'area di pace dove le nazioni hanno lavorato insieme per aiutarsi a comprendere e sopravvivere in ambienti difficili. Il Consiglio artico ha riunito politici di alto livello di tutti gli 8 Paesi artici e partecipanti permanenti delle organizzazioni delle popolazioni indigene. Anche durante la guerra fredda, ho sperimentato collaborazioni amichevoli tra gli scienziati occidentali e quelli dell'ex Unione Sovietica nell'Artico. Sebbene di recente abbia ottenuto una maggiore attenzione da parte del mondo intero per le crescenti opportunità di trasporto e di estrazione di risorse, purtroppo l'invasione dell'Ucraina da parte della Russia ha interrotto la collaborazione nell'Artico. Ora sta diventando un'area sempre più militarizzata, con l'accelerazione delle tensioni tra Est e Ovest. Facendo un salto nel futuro, è possibile che quest'area dalle vaste risorse minerarie naturali, con estese foreste e enormi quantità di acqua dolce, diventi una calamita per i migranti dal Mediterraneo e dal Nord Africa, aumentando le tensioni politiche. Potrebbe sembrare inverosimile, ma l'Artico del futuro sarà più caldo e compariranno nuove foreste e nuovi terreni agricoli in molte aree adatte con suoli organici profondi e privi di permafrost".

Un recente studio di INTERACT, pubblicato su Nature Climate Change, fa luce sulle potenziali implicazioni che una guerra prolungata tra Russia e Ucraina potrebbe avere anche sulla ricerca scientifica. Cosa accade per esempio con la perdita delle stazioni di monitoraggio in Russia?

"L'invasione dell'Ucraina ha creato un ostacolo alla cooperazione nell'Artico tra la Russia e il mondo occidentale. Sebbene il telerilevamento da satelliti e droni fornisca indicazioni importanti sui cambiamenti del paesaggio e della biodiversità dell'Artico, l'esperienza sul campo è essenziale per comprendere i cambiamenti a tutte le scale, dai paesaggi ai microrganismi del suolo.

La collaborazione internazionale nell'Artico è stata eccellente, ma il nostro potere di osservazione in questa regione vasta e remota è basso. La Russia possiede circa la metà della massa terrestre dell'Artico, la più lunga linea costiera in quest'area e il più grande accumulo di permafrost ricco di carbonio. Non possiamo comprendere i cambiamenti nell'Artico e le implicazioni per il clima, il commercio e le risorse globali senza capire cosa succede nell'Artico russo.

Mentre i russi continueranno ovviamente le loro ricerche, è essenziale che sia la Russia che l'Occidente utilizzino gli stessi approcci standardizzati, affinché i nostri dati possano essere confrontati e sintetizzati globalmente pur non lavorando insieme. INTERACT è una rete di oltre 90 stazioni di ricerca, ha lavorato con 21 stazioni di ricerca russe fino alla guerra in Ucraina".

https://www.repubblica.it/green-and-blue/2024/05/17/news/terry_callaghan-422978534/?ref=RHRM-BG-P1-S1-T1

la Repubblica

Mediterraneo, l'inverno più caldo degli ultimi 40 anni: nel Golfo di Napoli un grado in più

di redazione Green&Blue

"Aprile è stato il mese più caldo mai registrato al mondo, questi cambiamenti segnalano un processo più ampio in corso e fenomeni sempre più frequenti", spiega Ernesto Napolitano del Laboratorio ENEA di Modellistica climatica

Il Mar Mediterraneo è sempre più caldo. Nell'inverno appena trascorso la temperatura media del golfo di Napoli ha registrato per la prima volta un aumento di circa 1° C rispetto alla media degli ultimi 7 anni, toccando i 15,5°C.

Le temperature in crescita sono confermate anche in superficie in quasi tutti i mari italiani e, in particolare, nell'Adriatico, con valori superiori al grado rispetto alla media 2020-2022.

Questi dati sono stati rilevati nell'ambito del [progetto MedFever](#) - che riunisce ENEA, associazione MedSharks, l'azienda Lush, Università Sapienza di Roma, OGS, Guardia Costiera e un gruppo di subacquei volontari - e confermati dal sistema previsionale ENEA [MITO](#) sulla circolazione marina del Mediterraneo.

Per controllare la temperatura del Tirreno e monitorare l'impatto del cambiamento climatico sull'ecosistema marino e sui processi di dinamica costiera, i ricercatori di MedFever, insieme a un team di subacquei-sentinelle, hanno creato una vera e propria rete di un centinaio di sensori-termometro posizionati fino a 50 metri di profondità, sia a largo che sotto costa, in 15 punti di osservazione nel Tirreno: Isola del Giglio (Toscana), Nettuno (Lazio), Capri, Palinuro e Vico Equense (Campania), Reggio Calabria e

Scilla (Calabria); Capo Peloro e Porticello (Sicilia), Capo Figari, Mortoriotto e Santa Teresa di Gallura (Sardegna).

A questi punti di osservazione, si sono recentemente aggiunte anche tre stazioni coordinate dai nuclei subacquei della Guardia Costiera, al largo di Portofino (Liguria), lungo la Costiera Amalfitana (Campania) e nel Golfo di Cagliari.

"Le osservazioni MedFever sono estremamente importanti poiché 'guardano' non solo la superficie del mare ma anche ciò che accade sul fondo delle aree costiere", sottolinea [Eleonora de Sabata](#), di MedSharks e coordinatrice del progetto. "In questo contesto che potremmo definire emergenziale, - aggiunge - il supporto dei diving center è fondamentale sia per la gestione della rete di misure, senza le quali il progetto non potrebbe proseguire, ma soprattutto per l'osservazione quotidiana dello stato di salute dell'ecosistema marino. Il contributo di ogni individuo, dalla comunità scientifica ai cittadini appassionati di mare, è fondamentale per monitorare e proteggere le nostre preziose risorse acquatiche".

La rete di sensori di rilevazione della temperatura di MedFever è stata calibrata presso il Centro Ricerche ENEA di Santa Teresa (La Spezia). Inoltre, ENEA ha messo in campo anche il modello di circolazione del Mediterraneo MITO, sviluppato e gestito dal Laboratorio di Modellistica climatica e impatti, in grado di fornire previsioni su temperatura, salinità e velocità delle correnti marine con un dettaglio spaziale fino a poche centinaia di metri.

Nello specifico, il trend risulta anche peggiore: negli ultimi quarant'anni le temperature medie dei fondali del Golfo di Napoli sono aumentate di circa 1,5° (da 14 a 15,5° C), se all'aumento di un grado registrato da MedFever si abbina il confronto con i dati storici della Stazione Zoologica Anton Dohrn. Anche in questo caso il dato è confermato da MITO sia per quanto riguarda la superficie che per la rapidità con la quale il calore si trasferisce ai fondali, specialmente nelle aree costiere.

Il raffronto con i dati del sistema previsionale ENEA, infatti, ha consentito di rilevare che soprattutto nei mesi invernali, a causa dei venti che soffiavano sulla superficie marina, si innescano processi di mescolamento verticali che riscaldano tutta la colonna d'acqua sottostante, con conseguente aumento dei rischi per gli ecosistemi.

In particolare, il sistema MITO rileva a 100 metri di profondità nel golfo di Napoli anomalie di circa + 0,5 °C, in accordo con i dati dei sensori di MedFever, e punte di circa + 1 °C nel Tirreno, nel canale di Sicilia e nello Ionio centrale.

"Questi dati confermano l'allarme sulle temperature dell'aria e del mare lanciato ieri dal Servizio UE Copernicus, che ha rilevato che, dopo febbraio e marzo 2024, anche aprile è stato globalmente il mese più caldo mai registrato al mondo", sottolinea Ernesto Napolitano del Laboratorio ENEA di Modellistica climatica.

"Sulla stessa scia anche la temperatura superficiale marina media globale che ad aprile è stata di 21,04°C, valore più alto mai registrato per questo mese, di poco sotto i 21,07°C registrati a marzo 2024, la più alta di qualsiasi mese nella storia dei dati, anche superiore a quella di agosto 2023 (20,98°C). Aprile è stato anche il 13esimo mese di seguito in cui la temperatura globale della superficie del mare è stata la più alta mai registrata in quel mese. Questi cambiamenti non sono solo numeri ma segnalano che ci troviamo agli inizi di un processo più ampio e che tali fenomeni accadranno in modo sempre più frequente", conclude Napolitano.

[https://www.repubblica.it/green-and-](https://www.repubblica.it/green-and-blue/2024/05/09/news/mediterraneo_inverno_caldo_crisi_climatica-422887037/)

[blue/2024/05/09/news/mediterraneo_inverno_caldo_crisi_climatica-422887037/](https://www.repubblica.it/green-and-blue/2024/05/09/news/mediterraneo_inverno_caldo_crisi_climatica-422887037/)

la Repubblica

Siccità globale, c'è anche l'Italia tra i 21 hotspot nel mondo per la scarsità idrica

Paolo Trivisi

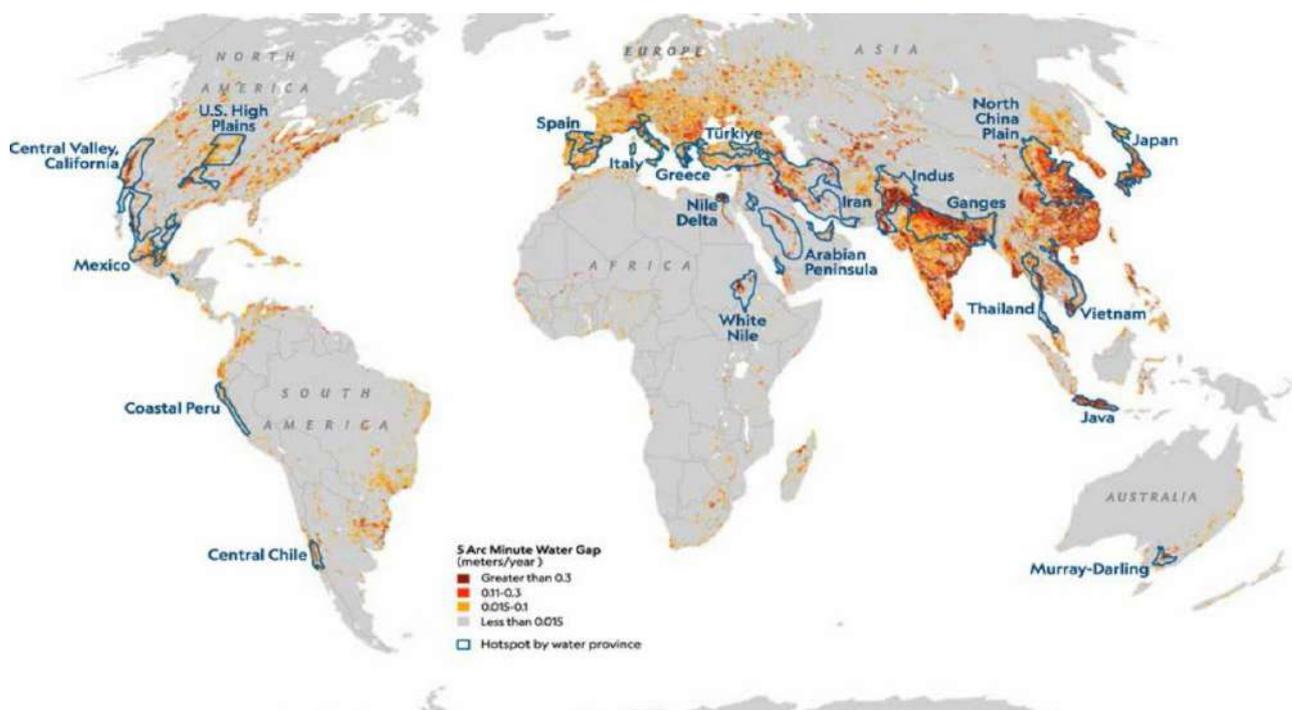
Uno studio olandese ha elaborato una mappa globale, classificando paesi e zone in cui c'è una carenza crescente di acqua

C'è anche l'Italia tra le 21 hotspot del mondo - dalla Cina settentrionale alle coste del Cile - in cui la scarsità di acqua sta diventando un problema cronico e sempre più urgente da affrontare.

Una ricerca, pubblicata sulla rivista scientifica *Environmental Research Letters*, coordinata dall'Università olandese di Utrecht, ha elaborato una mappa globale della siccità, classificando i paesi e le zone del mondo, dove esiste una evidente carenza nella disponibilità di acqua.

Lo studio, analizzando una serie di dati nel periodo 2010-2019, ha evidenziato 21 punti critici di scarsità d'acqua nel mondo, accomunati dal divario tra la domanda idrica da parte dell'uomo e la disponibilità della risorsa stessa.

Si legge nello studio che "le risorse idriche dolci globali sono vitali per l'umanità e gli ecosistemi della Terra, eppure circa un terzo della popolazione mondiale è colpito dalla scarsità d'acqua per almeno un mese all'anno. In queste aree, l'uso eccessivo delle risorse idriche può portare alla minaccia di esaurimento".



La ricerca, infatti, ha combinato i risultati di un modello idrologico globale con una vasta ricerca bibliografica per sviluppare un'inter-comparazione dei principali responsabili del fenomeno della siccità, tra cui: i cambiamenti idroclimatici, la crescita demografica, l'uso di acqua per industria, agricoltura e centri urbani, che contribuiscono con diverse quote di responsabilità alla scarsità idrica, ma anche alla qualità e quantità di acqua.

Secondo il modello sviluppato dall'università olandese, l'Italia appartiene a quel cluster di paesi e zone del mondo che include gli altipiani degli Stati Uniti, Cina settentrionale, Grecia, Turchia e la valle del Nilo bianco in Sudan, con il maggior numero di punti critici - ben otto - dove la scarsità idrica è connessa principalmente all'impiego dell'acqua a scopo agricolo. In una scala di valori di criticità, infatti, l'acqua usata per l'irrigazione dei campi, raggiunge una percentuale pari al 69%; mentre a livello globale sui 21 hotspot, i due principali responsabili sono i cambiamenti idroclimatici che impattano per il 49% e la crescita demografica per il 31%.

In Spagna e nel bacino australiano del Murray Darling il problema principale è il progressivo calo delle precipitazioni, mentre nei bacini fluviali dell'Indo e del Gange in India è la crescita della popolazione ad avere il suo peso; e ancora nelle zone costiere di Perù e Iran, il nemico numero uno è l'impoverimento delle acque superficiali e sotterranee; e ancora in Thailandia, uno dei maggiori esportatori di riso al mondo, esiste il cosiddetto commercio virtuale dell'acqua, ossia la quantità di acqua necessaria per questa produzione.

Ma un hotspot in cui c'è scarsità idrica, non è solo un luogo dall'aspetto arido, come ha evidenziato Marc Bierkens, professore di Idrologia all'Università di Utrecht: "La scarsità d'acqua non si presenta sempre come un lago o un fiume che si prosciuga in un clima arido, ma può manifestarsi anche in climi più umidi come un flusso temporaneamente basso o un abbassamento dei livelli delle acque sotterranee".

Secondo la ricerca, il fattore preoccupante è che tutti i dati presi in considerazione dallo studio in un periodo temporale che copre 10 anni hanno mostrato tendenze crescenti.

"Sebbene abbiamo scoperto che la scarsità d'acqua ha fattori simili in alcuni punti caldi, l'impatto sulle persone, sugli ecosistemi e sulle economie, così come le risposte sociali e politiche, potrebbero variare notevolmente da luogo a luogo", ha aggiunto Myrthe Leijnse, prima autrice dello studio e ricercatrice dell'Università di Utrecht, che ripone fiducia nella ricerca affinché "dimostrai ai decisori politici che, se esistono fattori comuni che contribuiscono alla scarsità d'acqua, possano esistere soluzioni comuni per affrontarla".

https://www.repubblica.it/green-and-blue/dossier/siccita--gestione-acqua/2024/05/13/news/siccita_globale_italia_tra_i_21_hotspot_nel_mondo-422835386/

The 2024 Europe report of the Lancet Countdown on health and climate change: unprecedented warming demands unprecedented action



Kim R van Doalen, Cathryn Tonne, Jan C Semenza, Joacim Rodó, Anil Markandya, Nabeer Dasandi, Siava Jankin, Hicham Achekak, Joan Ballester, Hannah Bechara, Thessa M Beck, Max W Colagrosso, Bruno M Carvalho, Jonathan Chambers, Marta C Crah Pradas, Orin Courtenay, Shourya Dasgupta, Matthew J Eckerman, Zia Fatouq, Peter Fransson, Elba Galfo, Olga Gasparjan, Nube Gonzalez-Reviégo, Ian Hamilton, Risto Hämmänen, Charles Hatfield, Kehan He, Aleksandra Kuzmierzak, Vladimir Kenčarovski, Harry Kennard, Gregor Kleewetter, Rostislav Kouznetsov, Heidi Katre-Krill, Albo Uabris-Brustenga, Simon J Lloyd, Martin Lobo Batista, Carla Mala, Jaime Martínez-Urtaza, Zhenyu Mi, Carlos Mila, Jan C Minz, Mark Nieuwenhuijzen, Julia Palamarchuk, Dafni Kalatzí Pantaz, Marcos Quijal-Zamorano, Peter Rafaj, Elizabeth J Z Robinson, Nacho Sánchez-Valdivia, Daniel Scamman, Oliver Schmitt, Maquins Dalhambó Sewe, Jodi D Sherman, Pratik Singh, Elena Strakina, Henrik Sjödin, Mikhail Sofien, Balakrishnan Sagaraju-Murali, Marco Springmann, Martina Teskova, Jaquim Trifanès, Elise Vanuytrecht, Fabian Wagner, Maria Walawender, Laura Warnerke, Rian Zhang, Marina Romanoff, Josep M Antó, Maria Nilsson, Rachel Lowe

Executive summary

Record-breaking temperatures were recorded across the globe in 2023. Without climate action, adverse climate-related health impacts are expected to worsen worldwide, affecting billions of people. Temperatures in Europe are warming at twice the rate of the global average, threatening the health of populations across the continent and leading to unnecessary loss of life. The Lancet Countdown in Europe was established in 2021, to assess the health profile of climate change aiming to stimulate European social and political will to implement rapid health-responsive climate mitigation and adaptation actions. In 2022, the collaboration published its indicator report, tracking progress on health and climate change via 33 indicators and across five domains.

This new report tracks 42 indicators highlighting the negative impacts of climate change on human health, the delayed climate action of European countries, and the missed opportunities to protect or improve health with health-responsive climate action. The methods behind indicators presented in the 2022 report have been improved, and nine new indicators have been added, covering leishmaniasis, ticks, food security, health-care emissions, production and consumption-based emissions, clean energy investment, and scientific, political, and media engagement with climate and health. Considering that negative climate-related health impacts and the responsibility for climate change are not equal at the regional and global levels, this report also endeavours to reflect on aspects of inequality and justice by highlighting at-risk groups within Europe and Europe's responsibility for the climate crisis.

Climate change is not a far-in-the-future scenario

Our report highlights the multidimensional impacts of climate change on health and health determinants in Europe that are already happening. While ensuring global temperature increases do not exceed 1.5°C will avert some of the worst climate health impacts, the world is already edging closer to this temperature increase and is failing to adequately cut emissions.

Heat-related deaths are estimated to have risen across most of Europe, with an average increase of 17.2 deaths per 100 000 inhabitants between the periods of 2003–12 and 2013–22 (indicator 1.1.4). Risky hours for physical activity (due to heat stress risk) have been spreading beyond the hottest parts of the day over the period 1990–2022 for both medium (eg, cycling or football) and strenuous (eg, rugby, or mountain-biking) activities (indicator 1.1.3), which might result in people reducing their overall physical activity and thereby increasing their risk of non-communicable diseases. Heat exposure can further undermine people's health by impacting the social and economic determinants of health. For example, labour supply was substantially lower during 2016–20 compared with a 1965–94 baseline (indicator 4.1.2). Climate suitability for various climate-sensitive pathogens and disease vectors has increased in Europe (eg, *Vibrio*, West Nile virus, dengue, chikungunya, Zika, malaria, leishmaniasis, and ticks; indicator 1.3). During 2011–20, substantially more regions were predicted to be suitable for leishmaniasis (68%) compared with 2001–10 (55%), with a northward expansion in suitable areas beyond the historical endemic zone (indicator 1.3.5). The relative increase in outbreak risk was 256% for West Nile virus from 1951–60 (outbreak risk 0.05) to 2013–22 (0.01; indicator 1.3.2), and 40.9% for dengue from 1951–60 (estimated reproduction number [R_0] 0.09) to 2013–22 (R_0 0.14; indicator 1.3.3). Furthermore, the number of months suitable for *Ixodes ricinus* ticks (the vector for Lyme disease and tick-borne encephalitis) increased by 0.68 months in western Asia and 0.58 in eastern Europe. Climate change is also driving changes in the intensity and frequency of extreme climatic events. Positive trends in wildfire danger were observed across Europe during 1980–2022 (indicator 1.2.1), although no trends were detected for wildfire-particulate matter (fine particulate matter with a diameter $\leq 2.5 \mu\text{m}$ [$\text{PM}_{2.5}$]) emission exposure between 2003 and 2022 (indicator 1.2.1), which might reflect effective wildfire preparedness and management. Western, southern, and eastern Europe experienced

Lancet Public Health 2024

Published Online

May 12, 2024

[https://doi.org/10.1016/S2468-2667\(24\)00055-0](https://doi.org/10.1016/S2468-2667(24)00055-0)

For the French translation of the abstract see Online for appendix 1

For the German translation of the abstract see Online for appendix 2

For the Spanish translation of the abstract see Online for appendix 3

Barcelona Supercomputing Center (BSC), Barcelona, Spain

(E R van Doalen PhD, JM Carvalho PhD, N Gonzalez-Reviégo PhD, A Uabris-Brustenga PhD, M L Balboa MSc, S Sotgiu MSc PhD, Prof R Lowe PhD); British Heart Foundation Cardiovascular Epidemiology Unit, Department of Public Health and Primary Care, University of Cambridge, Cambridge, UK (E R van Doalen); Barcelona Institute for Global Health (ISGlobal), Barcelona, Spain (Prof C Tonne ScD, H Achekak PhD, J Ballester PhD, TM Beck MSc, M C Pradas MSc, C Galfo PhD, S J Lloyd PhD, CM Milz MSc, Prof M Nieuwenhuijzen PhD, M Quijal-Zamorano MSc, N Sánchez-Valdivia MSc, Prof JM Antó PhD); Universitat Pompeu Fabra (UPF), Barcelona, Spain (Prof C Tonne, TM Beck, M C Pradas, CM Milz, Prof M Nieuwenhuijzen, M Quijal-Zamorano, Prof JM Antó); CSER Epidemiology Salud Pública (CESEREP), Barcelona, Spain (Prof C Tonne, M C Pradas

CORRISPONDENZA | VOLUME 42, 100944, LUGLIO 2024

Precisione nell'input, eccellenza nell'output: l'importanza del controllo della qualità dei dati e della selezione del metodo nella mappatura del rischio di malattia

Shirin Taheri • María José Ruiz-López • Sergio Magallanes • Jordi Figuerola

Accesso Libero • Pubblicato: 23 maggio 2024 • DOI: <https://doi.org/10.1016/j.lanpe.2024.100944>

Il sistema di trasmissione delle malattie trasmesse da vettori è estremamente complesso e coinvolge l'interazione tra varie specie di vettori e serbatoi (ospiti vertebrati) che influenzano la trasmissione dei patogeni. Diversi fattori abiotici modulano queste interazioni biotiche. Ad esempio, il cambiamento climatico può accelerare i cicli riproduttivi e di sviluppo dei vettori, aumentarne l'abbondanza, espandere la loro portata geografica e modificare il loro comportamento mordace.

Questi cambiamenti possono anche influenzare l'abbondanza, la riproduzione e il comportamento migratorio degli ospiti naturali.

o aumentare il tasso di replicazione degli agenti patogeni.

Questo scenario potrebbe alterare il rischio di trasmissione di alcuni agenti patogeni, riguardando cittadini, epidemiologi, funzionari della sanità pubblica e autorità di tutto il mondo (Fig. 1 a). Per studiare l'impatto dei fattori abiotici sulle malattie trasmesse da vettori, viene spesso utilizzata la modellizzazione predittiva. In particolare, i metodi di machine learning e intelligenza artificiale (AI) stanno diventando sempre più popolari per identificare gli agenti patogeni ad alto rischio e la loro diversità, abbondanza e distribuzione su varie scale.

In uno studio recente, Farooq et al. (2022) ha applicato un approccio basato su componenti per analizzare il potenziale predittivo dei fattori ecoclimatici per prevedere le epidemie del virus del Nilo occidentale (WNV) in tutta Europa dal 2010 al 2019. Lo studio ha incorporato casi di WNV umano, vettori e abbondanza di ospiti aviari, utilizzando l'intelligenza artificiale per l'analisi dei dati. I loro risultati indicano che le anomalie della temperatura, un indice idrico più basso e le condizioni invernali più secche sono i fattori determinanti per le epidemie di WNV in tutta Europa. Mentre l'abbondanza di vettori (Culex pipiens e Culex modestus) e le 61 specie di passeriformi identificate come potenziali ospiti del serbatoio non hanno contribuito al modello. Ciò contraddice i precedenti rapporti che stabilivano una chiara associazione tra l'abbondanza di uccelli e vettori e l'incidenza del WNV.

Dopo aver esaminato il set di dati fornito dagli autori, abbiamo rilevato che i dati sulle specie Culex tra il 2011 e il 2019 erano documentati solo nel 28% delle regioni NUTS3 (vedere Fig. 1). Di questi 562 NUTS3, solo al 14% è stato assegnato un valore per C. pipiens e al 24,3% per C. modestus , con le restanti aree assegnate come 0 (Fig. 1 b e c). Ciò contraddice la diffusa presenza di questi vettori in tutta Europa.

Sebbene la distribuzione dei vettori in Farooq et al. (2020) è strettamente in linea con il database dell'ECDC, "0" indica in genere dati mancanti anziché l'assenza di vettori. La presenza di dati sui vettori nei database dell'ECDC non è indipendente dall'incidenza del patogeno, poiché Culex sp. è più probabile che i dati sulla distribuzione vengano raccolti dove sono stati segnalati casi di WNV. Inoltre, lo studio suggerisce un collegamento tra l'epidemia di WNV del 2018 e Cx. modesta abbondanza.

Tuttavia, ciò è sorprendente poiché il set di dati originale mostra Cx. modestus era assente dall'Europa quell'anno, il che è chiaramente sbagliato. Ciò evidenzia il rischio di errori di conferma quando si utilizzano metodi di intelligenza artificiale su set di dati distorti e incompleti.

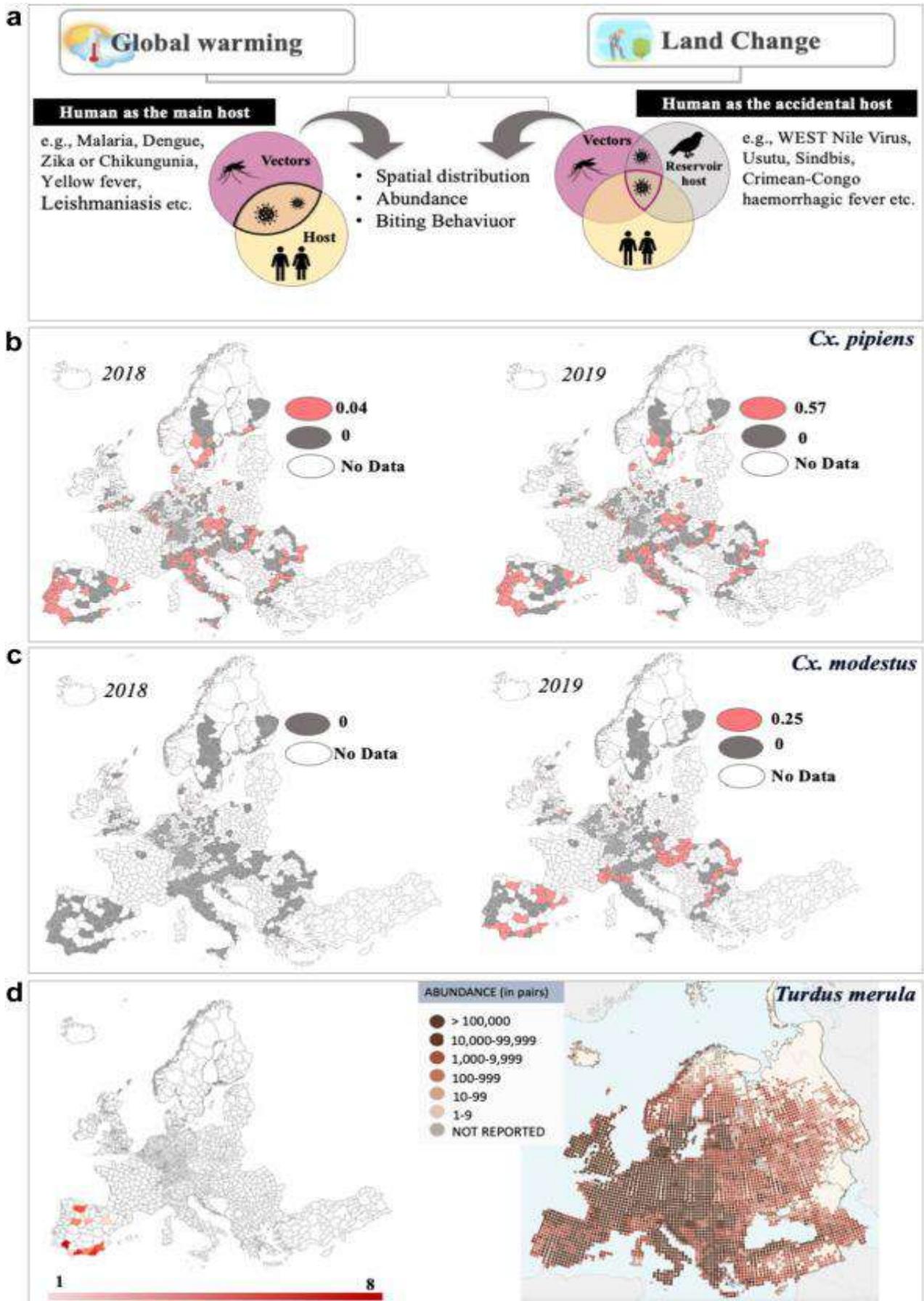


Fig. 1 a) Un quadro concettuale che illustra le complesse interazioni tra vettori e l'uomo come ospite primario, come osservato in malattie come la malaria (linea nera a sinistra), e l'analogia del triangolo tra vettore, ospite serbatoio (ad esempio, uccelli) e ospite accidentale, come il virus del Nilo occidentale (linea viola a destra). b) Abbondanza e

distribuzione di *Culex pipiens* in Europa per il 2018 e 2019 secondo Farooq et al. (2022)' per le regioni NUTS3 (Nomenclatura delle unità territoriali per la statistica). c) Abbondanza e distribuzione di *Culex modestus* in Europa per il 2018 e il 2019 anche sulla base di Farooq et al. (2022)'. d) Confronti di distribuzione e abbondanza di *Turdus merula*, con il pannello di sinistra basato su Farooq et al. (2022), e il pannello di destra del Secondo Atlante degli uccelli europei (EBBA2

4

Carenze di dati simili sono state osservate nelle 61 specie di uccelli designate come ospiti del bacino, con una distribuzione che non corrisponde alle osservazioni del mondo reale. Ad esempio, *Turdus merula* (merlo comune), altamente suscettibile all'infezione da WNV e abbondante in tutta Europa, è stato registrato solo in (n = 11) regioni NUTS3 nel sud della Spagna, contraddicendo la sua nota presenza diffusa (Fig. 1 d). Inoltre, gli autori non chiariscono i criteri di selezione per i 61 uccelli elencati, omettendo specie altamente sensibili come *Passer domesticus* e Corvidi che non sono incluse nel modello di rischio. Venti specie come *Aegypius monachus* (un avvoltoio) e *Pandion haliaetus* (un rapace), sono state erroneamente classificate come passeriformi.

La distorsione dei dati potrebbe spiegare perché gli autori non hanno trovato un chiaro legame tra i casi umani di WNV e i vettori o gli ospiti serbatoio in Europa. Ciò implica che le loro conclusioni potrebbero essere sostanzialmente influenzate da incertezze o modelli di distribuzione errati dei componenti chiave per la valutazione del rischio di WNV. Nonostante i numerosi studi che tentano di documentare le mappe del rischio di malattia, le sfide persistono su più fronti. Come accade quando si mappa la biodiversità, quando si mappano gli agenti patogeni, i bias di campionamento spazio-temporali ostacolano un'accurata valutazione del rischio di malattia. Questa sfida è particolarmente pronunciata nelle malattie trasmesse da vettori, che coinvolgono più specie che ospitano, trasportano e diffondono agenti patogeni. Pertanto, dare priorità alla valutazione della qualità dei dati e alla conoscenza degli esperti dovrebbe essere il primo passo nella mappatura del rischio di malattia. Sebbene le tecniche avanzate di analisi dei dati come l'intelligenza artificiale siano strumenti preziosi, non possono compiere magie nel processo di calibrazione della modellazione. La mancata risoluzione dei pregiudizi e degli errori negli input avrà un impatto diretto sugli output. Questo complesso processo aderisce al principio "garbage-in, garbage-out".

Le crisi climatiche e sanitarie stanno convergendo, ma le epidemie non possono verificarsi in assenza di vettori ponte, ospiti serbatoio, agenti patogeni e della loro interazione. La loro sorveglianza e gestione richiedono approcci "One Health" che integrino informazioni affidabili su fattori biologici, sociali e climatici. Dati interpretati erroneamente o inesatti possono portare a decisioni sbagliate riguardo alle strategie di sanità pubblica, all'allocazione delle risorse e ai protocolli di trattamento.

[https://www.thelancet.com/journals/lanep/article/PIIS2666-7762\(24\)00111-X/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lanep/article/PIIS2666-7762(24)00111-X/fulltext)

THE LANCET
Global Health

Questo diario Riviste Pubblicare Clinico Salute globale Multimedia Eventi Di

PUNTO DI VISTA | PRIMA IN LINEA

Decolonizzare la salute globale: perché il nuovo Accordo pandemico avrebbe dovuto includere il principio di sussidiarietà

Thana C de Campos-Rudinsky, DPhil • Sarah L. Boshu, LLM • Daniel Wainstock, JD • Prof. Sharifah Sekalala, PhD • Sridhar Venkatapuram, Ph.D • Cesare Alimsinya Atuire, PhD

Accesso Libero • Pubblicato: 09 maggio 2024 • DOI: [https://doi.org/10.1016/S2214-109X\(24\)00186-4](https://doi.org/10.1016/S2214-109X(24)00186-4)

Riepilogo

I negoziati per l'Accordo pandemico dell'OMS hanno attirato l'attenzione sulle questioni del razzismo e del colonialismo nella salute globale. Sebbene l'accordo miri a promuovere la solidarietà globale, non riesce ad affrontare questi problemi profondamente radicati. Questo punto di vista sostiene che non includere il principio di sussidiarietà nell'articolo 4 dell'accordo come strategia pragmatica è stata un'occasione mancata per decolonizzare la governance sanitaria globale e promuovere la solidarietà globale. La sussidiarietà, in quanto principio strutturale, conferisce alle unità locali il potere di prendere decisioni e affrontare le questioni al loro livello, promuovendo la collaborazione, il coordinamento e la cooperazione. Integrando la sussidiarietà, l'accordo avrebbe potuto garantire risposte contestualmente adeguate, conferire potere alle comunità locali e ottenere giustizia nella salute globale. Questo documento discute gli elementi della sussidiarietà – vale a dire, azione e non abbandono – e sottolinea la necessità di trovare un equilibrio tra loro. Mappa inoltre il principio di sussidiarietà all'interno dell'Accordo pandemico, sottolineando l'importanza di creare un quadro pratico per la sua attuazione. Integrando la sussidiarietà nell'accordo, un approccio giusto e decolonizzato alla prevenzione e alla risposta alla pandemia avrebbe potuto essere più vicino alla realizzazione, promuovendo la solidarietà globale e affrontando le disuguaglianze sanitarie.

Introduzione

L'Accordo pandemico dell'OMS (precedentemente noto come Trattato pandemico dell'OMS) viene negoziato in un mondo in cui il razzismo e il persistente impatto coloniale sulla salute globale rimangono importanti.

Come evidenziato dal COVID-19, molte disuguaglianze sanitarie, come quelle associate alla razza e alle regioni geografiche, non sono state affrontate e la solidarietà globale, in particolare sotto forma di equa distribuzione dei vaccini, rimane irrealizzata.

L'Accordo pandemico mira a promuovere la solidarietà globale attraverso la collaborazione e la cooperazione dei governi a livello locale e internazionale per garantire risposte giuste, eque e preparate alle pandemie.

Tuttavia, l'accordo non affronta le questioni del razzismo e del colonialismo nella salute globale. In effetti, gli attori sanitari hanno sostenuto che l'equità non può essere raggiunta nella governance sanitaria globale senza un'attenzione intenzionale alle azioni di decolonizzazione che riconoscano le pratiche razziste profondamente radicate e le strutture coloniali che ancora esistono.

Riteniamo che la mancata inclusione del principio di sussidiarietà nell'articolo 4 dell'Accordo pandemico come strategia pragmatica sia stata un'occasione mancata per decolonizzare la governance sanitaria globale e promuovere la solidarietà globale. Sebbene la bozza zero del documento rilasciata il 1 febbraio 2023, comprendeva vari principi, alcuni dei quali potrebbero toccare aspetti della sussidiarietà, riteniamo che incorporare esplicitamente la sussidiarietà sia fondamentale per garantire un approccio globale e coerente alla prevenzione, preparazione e risposta alla pandemia nel quadro della solidarietà globale.

La solidarietà, principio fondamentale dei diritti umani, è giuridicamente definito come la promozione dell'unità tra individui, comunità, stati e organizzazioni internazionali per raggiungere obiettivi comuni. La sussidiarietà, un principio strutturale di giustizia, suggerisce che l'autorità decisionale spetta principalmente al livello di governance più vicino al problema o ai bisogni della comunità.

Ove possibile, si preferiscono soluzioni locali anziché coinvolgere gli alti livelli di autorità, favorendo così un approccio dal basso verso l'alto.

La sussidiarietà, quindi, garantisce la collaborazione, il coordinamento e la cooperazione tra le parti interessate, ritenendo tutti responsabili del benessere dell'intera comunità, senza lasciare indietro nessuno.

Dando potere alle piccole unità di partecipare attivamente al processo decisionale, la sussidiarietà consente risposte informate e contestualmente adeguate a una pandemia. Riconosce che le comunità locali hanno una comprensione più profonda delle proprie circostanze rispetto agli alti livelli di autorità e possono apportare preziose conoscenze e competenze.

Questo approccio favorisce inoltre un senso di appartenenza e responsabilità tra i membri della comunità poiché sono attivamente coinvolti nella fornitura di soluzioni che influiscono sulle loro vite.

Ripristinando l'azione nel contesto di un'assistenza personalizzata orientata ai bisogni della comunità, la sussidiarietà fornisce mezzi pratici per decolonizzare la governance sanitaria globale.

Definire gli elementi di sussidiarietà

L'integrazione del principio di sussidiarietà nel nuovo accordo pandemico favorirebbe soluzioni contestualmente adeguate alle sfide poste dalle pandemie. Questo approccio cerca di evitare la pratica criticata di imporre prescrizioni valide per tutti da parte di organizzazioni globali centralizzate.

Un approccio decentralizzato riduce la dipendenza da un piccolo numero di attori potenti, privati e pubblici, che hanno un controllo sostanziale sui governi nazionali, sulle organizzazioni della società civile e sulle organizzazioni non governative.

Il principio di sussidiarietà è composto da due elementi essenziali – il non abbandono e l'azione – che sono entrambi indispensabili per raggiungere la giustizia.

Trovare il giusto equilibrio tra questi elementi è fondamentale per prevenire conseguenze negative. Enfatizzare eccessivamente il non abbandono trascurando l'azione può portare a forme di assistenza condiscendenti. Al contrario, dare priorità alla sola azione, come visto nei casi di nazionalismo e accumulo di vaccini, incoraggia un approccio

individualistico che ostacola la collaborazione, il coordinamento e la cooperazione tra le comunità. Questa strategia alla fine mina gli sforzi volti a promuovere la solidarietà globale.

L'elemento di agency conferisce alle unità locali la libertà e la responsabilità di utilizzare le proprie conoscenze e competenze come risorsa primaria.

Le comunità hanno il potere di identificare quando e quale tipo di assistenza richiedono da altre unità in uno sforzo collaborativo, il che consente un approccio decoloniale. Lo specifico errore morale del colonialismo è definito come la sottrazione del potere d'azione delle comunità e delle persone, quando il loro potere d'azione viene rimosso al servizio degli interessi dei colonizzatori.

A differenza degli approcci tradizionali che potrebbero superficialmente impegnarsi con la partecipazione della comunità, la sussidiarietà promuove un reale empowerment riconoscendo l'azione e l'esperienza degli attori locali nell'identificazione e nella risposta ai bisogni sanitari. Decentrando l'autorità a livello locale, la sussidiarietà facilita partenariati significativi tra governi, comunità e organizzazioni della società civile, amplificando le loro voci nella definizione delle politiche e degli interventi sanitari.

La pandemia dell'HIV costituisce un esempio lampante di come l'agenzia sia stata utilizzata per riformare la politica sanitaria globale, in particolare nella prevenzione e nel trattamento delle malattie. Gli attivisti della comunità, comprese le persone che vivono con l'HIV, sono diventati partner e collaboratori piuttosto che costituenti o partecipanti allo studio, alterando radicalmente il corso della ricerca e degli approcci terapeutici.

L'elemento del non abbandono funziona di pari passo con l'agenzia garantendo che le autorità locali possano esercitare la propria autonomia ricevendo supporto quando necessario da unità di livello più ampio. Alle unità locali viene quindi fornita assistenza su richiesta esplicita, adattata alle loro esigenze e preferenze specifiche, piuttosto che essere dettata dalle agende di altri paesi, forze di mercato o donatori sanitari globali.

Inoltre, le unità locali corrotte non sono lasciate libere di utilizzare gli aiuti per scopi fraudolenti ed egoistici. Anche se il potere d'azione dei governi locali dovrebbe essere rispettato, la voce delle organizzazioni della società civile e delle organizzazioni non governative è fondamentale nella lotta contro un governo corrotto. Incorporando il principio di sussidiarietà nell'Accordo sulla pandemia, viene rafforzata l'importanza di concentrarsi sui bisogni delle comunità locali e di rispettare la loro autonomia nel processo decisionale, sottolineando il loro dovere di assistere e dando loro il potere di definire il tipo di assistenza di cui hanno bisogno.

Raccomandazioni per la governance sanitaria globale

Per affrontare efficacemente le lacune dell'Accordo pandemico e sostenere il principio di sussidiarietà nell'ambito della governance sanitaria globale, è essenziale adottare un linguaggio che dia potere alle comunità locali, rafforzi l'azione e promuova un processo decisionale inclusivo a tutti i livelli. Queste raccomandazioni costituiscono passi cruciali verso la promozione di un sistema sanitario globale più equo e partecipativo. Pertanto, riteniamo che l'Accordo pandemico dovrebbe includere i seguenti meccanismi.

Parità di potere di voto e di autorità decisionale

Per sostenere il principio di sussidiarietà, è importante garantire pari poteri di voto e autorità decisionale a tutte le unità dell'organo di governo, comprese le organizzazioni della società civile a livello comunitario. Attualmente, l'Accordo sulla pandemia garantisce principalmente il potere decisionale ai governi nazionali, mentre altre unità della comunità locale, come le organizzazioni della società civile, hanno ruoli consultivi senza potere di voto. Questa disparità ostacola l'inclusività e un efficace monitoraggio della conformità. Seguendo l'esempio dell'Organizzazione Internazionale del Lavoro, che garantisce il diritto di voto ai suoi membri tripartiti (ad esempio, governi nazionali, sindacati e datori di lavoro), l'organo di governo dovrebbe adottare una struttura decisionale inclusiva che garantisca una partecipazione significativa di tutte le parti interessate.

[²⁴](#)

Rafforzare il coinvolgimento della comunità

L'Accordo pandemico propone che le unità di piccolo livello si impegnino nel monitoraggio dell'accordo attraverso l'organo consultivo e forniscano consulenza sulle risposte della comunità alle pandemie. Tuttavia, questa raccomandazione potrebbe essere ulteriormente rafforzata riconoscendo e promuovendo esplicitamente il coinvolgimento della comunità in tutte le fasi del processo decisionale. È essenziale coinvolgere le comunità locali nella progettazione, attuazione e valutazione di politiche e interventi poiché possiedono conoscenze e intuizioni inestimabili sul loro contesto situazionale.

Se diverse comunità, come le organizzazioni non governative, i gruppi di donne, i gruppi religiosi e altri gruppi che rappresentano le popolazioni emarginate, partecipano attivamente al monitoraggio degli accordi, si può accedere alla loro saggezza e competenza collettiva per migliorare l'efficacia della governance sanitaria globale.

Rafforzare i meccanismi di ricorso e responsabilità della comunità

Non è chiaro quali meccanismi di applicazione prenderà l'Accordo pandemico, il che solleva preoccupazioni sia sul rischio di sottrazione dell'autorità locale da parte di imposizioni dall'alto verso il basso che sull'abbandono delle comunità colpite dalla non conformità e sulla capacità di presentare reclami. Qualsiasi meccanismo di reclamo dovrebbe andare oltre gli Stati parti e garantire che le comunità colpite possano chiedere risarcimento e responsabilità. Ad esempio, il Primo Protocollo Opzionale consente agli individui di presentare un reclamo contro gli Stati firmatari al

Comitato per i Diritti Umani delle Nazioni Unite; anche la Commissione africana sui diritti umani e dei popoli, che riceve comunicazioni sulle violazioni degli accordi della Carta africana sui diritti umani e dei popoli, consente denunce individuali. Un sistema di questo tipo può essere realizzato collaborando con gli enti regionali esistenti o creando meccanismi nazionali che consentano alle comunità colpite di chiedere risarcimento e fornire feedback sugli effetti dell'accordo sulle loro operazioni locali. Facilitando la partecipazione della comunità ai processi decisionali e fornendo vie per la risoluzione dei reclami, l'accordo può garantire che l'elemento del non abbandono sia rispettato e che le voci delle comunità colpite siano ascoltate.

Valutazioni d'impatto sensibili alla sussidiarietà

L'accordo pandemico dovrebbe includere disposizioni per valutazioni d'impatto sensibili alla sussidiarietà per valutare i potenziali effetti delle politiche sanitarie globali e degli interventi a diversi livelli, in particolare a livello locale e comunitario. Queste valutazioni dovrebbero considerare i contesti, le capacità e i bisogni specifici delle comunità, garantendo che gli interventi siano adattati e rispondenti alle realtà locali. Integrando valutazioni d'impatto sensibili alla sussidiarietà nel processo decisionale, l'accordo può promuovere una governance sanitaria globale mirata ed efficace, rispettando al tempo stesso la diversità e l'autonomia delle comunità locali.

Inoltre, dovrebbero essere compiuti sforzi per rafforzare le strutture di governance decentralizzate, promuovere la titolarità locale e sviluppare capacità a livello di base. Questi obiettivi possono essere raggiunti promuovendo partenariati tra attori globali, regionali e locali, investendo in iniziative guidate dalla comunità e promuovendo lo scambio di conoscenze e l'apprendimento tra diversi livelli di governance.

¹⁸

Integrando gli approcci basati su accordi con questi sforzi, la governance sanitaria globale può abbracciare i principi di sussidiarietà e garantire che le decisioni siano prese ai livelli più appropriati ed efficaci, portando a risultati sanitari equi e sostenibili per tutti.

Rafforzare la gestione del personale sanitario

La sussidiarietà può rivoluzionare l'approccio alla gestione del personale sanitario. Gli approcci tradizionali dall'alto verso il basso spesso non considerano i diversi bisogni e contesti delle comunità locali, con conseguente discrepanza tra le risorse sanitarie disponibili e i bisogni della comunità.

Abbracciando la sussidiarietà, l'autorità decisionale può essere decentrata alle strutture sanitarie locali, consentendo loro di adattare le strategie di sviluppo della forza lavoro in base alle specifiche sfide sanitarie e alle sfumature culturali delle loro comunità. Ad esempio, nelle regioni con grave carenza di operatori sanitari, le autorità locali potrebbero implementare programmi di formazione per migliorare le competenze dei membri della comunità come operatori sanitari. Decentralizzando il processo decisionale sulla gestione della forza lavoro e sulle iniziative di formazione, l'accordo può garantire che i servizi sanitari siano accessibili e rispondenti ai bisogni locali, migliorando così i risultati sanitari nelle aree scarsamente servite.

Riconsiderare i sistemi di sorveglianza

La sussidiarietà può svolgere un ruolo fondamentale nel ridisegnare i sistemi di sorveglianza sfruttando le conoscenze e le risorse locali per migliorare l'individuazione e la risposta alle malattie. I sistemi di sorveglianza centralizzati potrebbero trascurare le epidemie locali o non riuscire ad acquisire dati in tempo reale a causa di ritardi burocratici. Ad esempio, gli operatori sanitari della comunità possono essere formati per riconoscere i primi segnali di epidemie e segnalarli alle autorità sanitarie locali. Decentralizzando gli sforzi di sorveglianza e coinvolgendo le autorità sanitarie locali, le comunità possono monitorare efficacemente le tendenze delle malattie, rispondere rapidamente alle minacce emergenti e implementare interventi mirati. La sorveglianza dovrebbe essere implementata, quando possibile, dalla comunità locale (non dall'OMS) come approccio dal basso verso l'alto, consentendo una strategia più partecipativa, efficiente e reattiva ai bisogni specifici di ciascuna comunità. Questo approccio non solo migliora la tempestività e l'accuratezza dei dati di sorveglianza, ma crea anche fiducia tra le comunità e le autorità sanitarie, facilitando la condivisione delle informazioni e la collaborazione negli sforzi di controllo delle malattie.

Avanzare gli approcci One Health

Il principio di sussidiarietà è in linea con gli approcci One Health, che riconoscono l'interconnessione tra la salute degli esseri umani, degli animali e dell'ambiente. Le comunità locali sono spesso in prima linea nelle interazioni tra esseri umani, animali e ambiente, rendendole parti interessate chiave nelle iniziative One Health. Ad esempio, nelle regioni in cui le malattie zoonotiche sono prevalenti, i programmi di sorveglianza a livello comunitario possono monitorare la salute degli animali e rilevare potenziali eventi di ricaduta. Coinvolgendo le comunità locali nelle iniziative One Health, l'accordo può promuovere approcci olistici alla prevenzione e al controllo delle malattie, migliorando in definitiva i risultati sanitari per gli esseri umani e gli animali.

Conclusione

È imperativo chiarire la portata del nostro discorso e affrontare le potenziali implicazioni associate al principio di sussidiarietà nel contesto dell'Accordo pandemico. Sebbene il nostro obiettivo sia quello di sostenere l'integrazione della sussidiarietà nel quadro dell'Accordo per migliorare la governance sanitaria globale, è essenziale delineare i confini

della nostra argomentazione. La nostra difesa della sussidiarietà non implica automaticamente una rimozione assoluta dei mandati specifici delineati nell'Accordo, come quelli relativi agli impegni fondamentali per la preparazione alla pandemia. La nostra enfasi sta invece nel sottolineare la sussidiarietà come principio strutturale di giustizia volto a conferire potere alle comunità locali, garantendo al tempo stesso responsabilità ed equità all'interno delle più ampie strutture di governance sanitaria globale. L'accordo dovrebbe essere costruito sulla premessa che solo attraverso la percezione del mondo come un'unica comunità solidale è possibile affrontare con successo la minaccia che le pandemie rappresentano per la vita e i mezzi di sussistenza. Invitiamo ulteriori riflessioni ed esplorazioni per gestire efficacemente le tensioni tra diritti, equità e sussidiarietà nel contesto della governance sanitaria globale.

[https://www.thelancet.com/journals/langlo/article/PIIS2214-109X\(24\)00186-4/fulltext?dqcid=raven_jbs_aip_email](https://www.thelancet.com/journals/langlo/article/PIIS2214-109X(24)00186-4/fulltext?dqcid=raven_jbs_aip_email)

THE LANCET
Infectious Diseases

Questo diario Riviste Pubblicare Clinico Salute globale Multimedia Eventi Di

VISUALIZZAZIONE PERSONALE | PRIMA IN LINEA

Considerazioni urgenti per le strategie di vaccinazione di richiamo contro la malattia da virus Ebola

Prof. Wim Adriaensen, PhD Selien Oostvogels, MSc Prof. Yves Levy, MD PhD Prof. Bailah Leigh, MD
Prof. Hugo Kavunga-Membo, MD PhD Prof.ssa Deborah Watson-Jones, PhD

Pubblicato: 08 maggio 2024 • DOI: [https://doi.org/10.1016/S1473-3099\(24\)00210-X](https://doi.org/10.1016/S1473-3099(24)00210-X)



Riepilogo Con due vaccini approvati e profilattici contro l'ebolavirus dello Zaire (di seguito denominato EBOV), si stima che il numero di individui vaccinati contro l'EBOV in tutto il mondo oscilli tra 500.000 e 1.000.000 di individui, aumentando con ogni rinnovata minaccia di EBOV e campagna di vaccinazione.

Pertanto, la riesposizione degli operatori sanitari precedentemente vaccinati, e possibilmente dei membri della comunità, potrebbe diventare più frequente. In assenza di dati a lungo termine sull'efficacia del vaccino e sulla durata della protezione, abbiamo urgentemente bisogno di comprendere le strategie di rivaccinazione che potrebbero massimizzare il livello di protezione.

In questa visione personale, sottolineiamo la scarsità di prove disponibili per guidare le raccomandazioni di rivaccinazione per i gruppi di comunità precedentemente vaccinate o per gli operatori sanitari in prima linea che potrebbero essere ridistribuiti o riesposti nella/e prossima/e epidemia/i di EBOV.

Questa base di prove è fondamentale per identificare le popolazioni target ottimali e la frequenza delle dosi di richiamo e guidare l'intercambiabilità dei vaccini (specialmente in contesti con forniture di vaccini limitate o imprevedibili), prevenendo al contempo la sfiducia nei vaccini, le preoccupazioni sull'equità e l'esclusione delle popolazioni vulnerabili. Discutiamo cinque lacune prioritarie (a chi, quando e con quale frequenza fornire dosi di richiamo; correlazioni a lungo termine e soglie di protezione; effetto dell'immunità diretta da vettori e protezione delle varianti virali; ricerca comparativa nei programmi mix-and-match; e problemi di implementazione) che dovrebbero essere affrontati con urgenza per adattare le strategie iniziali di vaccinazione profilattica contro l'EBOV considerando le potenziali vaccinazioni con dosi di richiamo.

[https://www.thelancet.com/journals/laninf/article/PIIS1473-3099\(24\)00210-X/abstract?dqcid=raven_jbs_aip_email](https://www.thelancet.com/journals/laninf/article/PIIS1473-3099(24)00210-X/abstract?dqcid=raven_jbs_aip_email)

CORRISPONDENZA | PRIMA IN LINEA

Caratteristiche virologiche della variante SARS-CoV-2 KP.2

Yu Kaku • Kelya Uriu • Yusuke Kosugi • Kaho Okumura • Daichi Yamasoba • Yoshifumi Uwamino • et al.

[Mostra tutti gli autori](#)

Pubblicato: 20 maggio 2024 • DOI: [https://doi.org/10.1016/S1473-3099\(24\)00298-6](https://doi.org/10.1016/S1473-3099(24)00298-6)

La variante JN.1 (BA.2.86.1.1), derivante da BA.2.86.1 con la sostituzione S:L455S, ha mostrato una maggiore forma fisica e ha superato il precedente lignaggio XBB dominante entro l'inizio del 2024.

JN.1 si è successivamente diversificato, portando all'emergere di discendenti con sostituzioni di proteine spike (S) come S: R346T e S: F456L. In particolare, la variante KP.2 (JN.1.11.1.2), una discendente di JN.1 che porta sia S:R346T che S:F456L, si sta rapidamente diffondendo in più regioni a partire dall'aprile 2024. Qui, abbiamo studiato le proprietà virologiche del KP.2. KP.2 ha tre sostituzioni nella proteina S comprese le due sopra e un'ulteriore sostituzione nella proteina non S rispetto a JN.1 ([appendice p 15](#)). Abbiamo stimato il numero di riproduzione effettiva relativa (R_e) di KP.2 sulla base dei dati di sorveglianza del genoma provenienti da Stati Uniti, Regno Unito e Canada, dove sono state riportate più di 30 sequenze di KP.2, utilizzando un modello logistico multinomiale bayesiano ([appendice pp 8-13, 15](#)). La R_e di KP.2 è 1,22 volte, 1,32 volte e 1,26 volte superiore a quella di JN.1 rispettivamente negli Stati Uniti, nel Regno Unito e in Canada ([appendice p 15](#)). Questi risultati suggeriscono che KP.2 ha una maggiore idoneità virale e potenzialmente diventa il lignaggio predominante in tutto il mondo. Infatti, all'inizio di aprile 2024, la frequenza stimata delle varianti KP.2 ha già raggiunto il 20% nel Regno Unito ([appendice p 15](#)).

Abbiamo quindi eseguito un test di neutralizzazione utilizzando sieri vaccinali monovalenti XBB.1.5 e sieri di infezione rivoluzionaria con infezioni XBB.1.5, EG.5, HK.3 e JN.1. In tutti i casi, il titolo di neutralizzazione del 50% contro KP.2 era significativamente inferiore a quello contro JN.1 ([appendice p 15](#)). Complessivamente, questi risultati suggeriscono che l'aumentata capacità di fuga immunitaria di KP.2 contribuisce alla sua R_e più elevata rispetto a JN.1.

[https://www.thelancet.com/journals/laninf/article/PIIS1473-3099\(24\)00298-6/fulltext?dgcid=raven_jbs_aip_email](https://www.thelancet.com/journals/laninf/article/PIIS1473-3099(24)00298-6/fulltext?dgcid=raven_jbs_aip_email)



Salute e sanità nelle grandi città, il Report Istat: “Nel 2021 oltre 100mila morti evitabili”

A fotografare lo stato di salute della popolazione attraverso lo studio della mortalità evitabile nelle sue componenti, prevenibile e trattabile, e la mortalità per alcune cause è il Report Istat ‘Condizioni di salute e offerta sanitaria nelle città metropolitane’

di Isabella Faggiano

Nel 2021, nelle città metropolitane italiane avremmo potuto evitare la morte di 20 persone ogni 10mila abitanti. Ovvero, calcolatrice alla mano, di 118mila persone in un anno. Cifra che scende di pochissimo, a 19,2 decessi evitabili, se si considera l'intero Paese, con le piccole e grandi città. I numeri sono aumentati di quasi 17 punti percentuali nel giro di tre anni.

A fotografare lo stato di salute della popolazione attraverso lo studio della mortalità evitabile nelle sue componenti, prevenibile e trattabile, e la mortalità per alcune cause è il Report Istat 'Condizioni di salute e offerta sanitaria nelle città metropolitane'.

L'analisi offre anche una descrizione dell'offerta ospedaliera in termini di posti letto e il ricorso all'ospedalizzazione, con particolare riferimento ad alcune gravi patologie.

I dati sono prevalentemente riferiti ai trienni 2007-2009 e 2017-2019, nonché agli anni 2020 e 2021, per cogliere gli effetti e le ricadute della pandemia da Covid-19 sul contesto sanitario e di salute nei territori considerati.

I decessi evitabili

Per comprendere i dati diffusi dall'Istat è innanzitutto necessario chiarire cosa si intenda per 'decessi evitabili': sono considerati tali, come si legge nel Report, tutti quelli che "avvengono nella fascia di età 0-74 e che potrebbero essere evitati o ridotti in quanto riconducibili a cause di morte contrastabili con un'adeguata e accessibile assistenza sanitaria, con la diffusione di stili di vita più salutari e con la riduzione dei fattori di rischio ambientali".

Nel 2021 sarebbero state circa 118mila le morti evitabili, con un aumento del 16,6% rispetto al periodo precedentemente analizzato, 2017-2019. Tuttavia, gli esperti attribuiscono parte di questo incremento al Covid-19, pari a 3,5 nel 2021 e 3,3 nel 2020 ogni 10mila abitanti.

La classifica delle città

Tra gli uomini è stato rilevato un livello di mortalità evitabile doppio rispetto alle donne: nelle città metropolitane nel 2021 i decessi maschili sono 26,8 ogni 10mila (in Italia 25,5) e quelli femminili 14,7 (in Italia 13,4 Italia).

Le città metropolitane del Mezzogiorno presentano valori più critici della mortalità evitabile – tranne Cagliari che resta sotto la media – che raggiungono il massimo a Napoli (27,1 per 10mila nel 2021), seguita da Messina e Palermo (circa 23 ogni 10mila).

La città metropolitana di Firenze, con 16 decessi evitabili ogni 10mila abitanti, presenta la mortalità più contenuta, insieme a Bologna e Milano (circa 17).

Le ospedalizzazioni

Anche la possibilità di ammalarsi di patologie gravi, come quelle oncologiche, varia a seconda che si viva nelle grandi città o in piccoli centri. Il maggior ricorso all'ospedalizzazione, da 0 a 74 anni, per tumore si registra tra i residenti nei comuni capoluogo: 10,3 ricoveri ogni mille abitanti. Nei territori sub urbani è di 9,9 ogni nella prima cintura e 9,7 nella seconda ogni mille abitanti.

La media italiana è di 9,8. Sempre nel 2021, i comuni capoluogo presentano un tasso di dimissioni ospedaliere per malattie del sistema cardiocircolatorio di 8,4 pazienti ogni mille abitanti, cifra che sale di pochissimo, a 8,5 per mille abitanti, se si considera l'intero Paese.

Posti letto e migrazione sanitaria

Il Report dell'Istat ha analizzato anche le strutture di ricovero, pubbliche e private accreditate, presenti in Italia. Al censimento datato 1° gennaio 2021 risultavano essere 1.051 con 230.992 posti letto (ordinari e in day hospital), ovvero 3,9 per mille abitanti.

I posti letto sono concentrati nei comuni capoluogo di città metropolitana: 7,2 ogni mille abitanti contro 1,9 nei comuni di prima cintura urbana e 2,1 in quelli di seconda cintura.

Nella classifica dei posti disponibili per ogni specialità medica il primato per la maggior disponibilità di letti per acuti spetta alla città metropolitana di Cagliari con cinque per mille abitanti.

In testa alla classifica della lungodegenza c'è Bologna con 0,4 posti letto per mille abitanti. Sul podio per la disponibilità in riabilitazione c'è Torino con 0,7 posti letto per mille abitanti.

Alle disponibilità di posti letto è strettamente correlata la migrazione sanitaria: ai due poli opposti della classifica Reggio Calabria con una mobilità ospedaliera passiva extra-regione nel 2021 di quasi un paziente su quattro e Genova con una media di quasi uno su 10.

https://www.sanitainformazione.it/salute/salute-e-sanita-nella-grandi-citta-il-report-istat-nel-2021-oltre-100mila-morti-evitabili/?mkt_tok=MDIwLVNDVC0wNjQAAAGTSqFcaQVeS-MleH_fttovKxFHhCFm0nByVY3HA4th43wnyxZBF0yZenuqsizA28Avzi3-cDZpEdK5EHpW9NViA49bRhp_pLC8q00m0FXj

Il report dell'OMS parla chiaro: 14 vaccini hanno salvato milioni di vite, specialmente tra i neonati. L'impatto maggiore riguarda la vaccinazione contro il morbillo

154 milioni di vite salvate dal 1974 ad oggi. E' questo l'**effetto preventivo dei vaccini**. A metterlo nero su bianco il dato è una pubblicazione sulla rivista **The Lancet** ad opera dell'Organizzazione Mondiale della Sanità. Di queste, 101 milioni riguardano i bambini sotto l'anno di età.

COME FUNZIONANO I VACCINI?

L'idea alla base di qualsiasi **vaccinazione** è semplice: insegnare al nostro **sistema immunitario** come riconoscere la presenza di un agente infettivo in modo tale da essere pronto a rispondere in caso di vero incontro. Ciò accade perché le nostre cellule immunitarie sono in grado di **memorizzare l'informazione**. Per innescare una risposta ci sono diversi modi che vanno dal somministrare l'agente patogeno nella sua interezza ma inattivato -in modo tale che non possa causare la malattia- ai più moderni **vaccini a mrna** che servono a far produrre al corpo solo una piccola porzione del virus in questione.

QUALI MALATTIE SI POSSONO PREVENIRE?

Oggi, grazie al progresso della ricerca, abbiamo a disposizione numerosi vaccini che hanno **cambiato la storia** di molte malattie: **vaiolo, poliomielite, morbillo, tetano, epatite B, pertosse, meningite, varicella, parotite e rosolia** sono solo alcune delle malattie contro le quali è possibile fare prevenzione attraverso la somministrazione dei vaccini. Non solo, da alcuni anni sono disponibili anche dei vaccini capaci di prevenire le infezioni da **papillomavirus (HPV)**, un agente infettivo che nel tempo può causare il **tumore della cervice uterina**, il tumore dell'ano e i tumori del distretto testa-collo.

LO STUDIO DELL'OMS

Nello studio da poco pubblicato su **The Lancet**, l'Organizzazione Mondiale della Sanità ha provato a tracciare un bilancio sull'efficacia delle vaccinazioni disponibili negli ultimi 50 anni nel **prevenire la morte** per malattie infettive. Dalle analisi è emerso che le **vaccinazioni contro 14 malattie (difterite, Haemophilus influenzae di tipo B, epatite B, encefalite giapponese, morbillo, meningite A, pertosse, pneumococco invasivo, poliomielite, rotavirus, rosolia, tetano, tubercolosi e febbre gialla)** hanno contribuito a ridurre in maniera diretta le morti nei bambini del 40%. Percentuale che sale ad oltre il 50% se si considera la sola Africa. Tradotto in numeri ciò corrisponde a **154 milioni di vite salvate**, 101 sotto l'anno di età. Ma con **le vaccinazioni** non è solo una questione di vite salvate: guardando ad uno dei vaccini più longevi, quello per la poliomielite, lo studio ha rilevato che ben 20 milioni di individui sono stati salvati dalla paralisi alle gambe, tipico effetto collaterale della malattia.

IL CASO DEL MORBILLO

Il report dell'oms ha inoltre evidenziato che gran parte delle vite salvate ha riguardato la **prevenzione del morbillo**: 94 milioni di vite su un totale di 154 milioni. Un dato importante se si considera che ultimamente, anche in Italia, il morbillo ha rialzato la testa: nel 2023 si sono registrati 43 casi di, in netta risalita rispetto ai 15 del 2022, mentre nel mese di gennaio del 2024 ne sono stati segnalati 29 e a febbraio 35, per il 30%-40% importati. Un "ritorno" che suggerisce in primis di focalizzare l'attenzione sulle **coperture vaccinali**. Per proteggere la comunità dalla circolazione del virus occorre una copertura di almeno il 95% degli individui con due dosi. Attualmente, secondo l'oms, il tasso di copertura globale della prima dose di vaccino è dell'83% e della seconda dose è del 74%. Coperture non ottimali che stanno contribuendo ad alimentare i continui **focolai** nel mondo.

<https://www.fondazioneveronesi.it/magazine/articoli/pediatria/i-vaccini-salvano-vite-154-milioni-in-50-anni>

Malattia X, Ilaria Capua: «Arriverà un'altra pandemia più pesante del Covid»

In un'intervista a Il Resto del Carlino, la nota virologa Ilaria Capua avverte: «Mi dispiace dirlo, ma non è che perché abbiamo avuto quella da Covid siamo a posto per i prossimi duecento anni». Pubblicate le nuove raccomandazioni dell'Ecdc, European Centre for Disease Prevention and Control

Laura Salonia

La Malattia X torna a preoccupare il mondo medico. In un'intervista a Il Resto del Carlino, la virologa di fama internazionale Ilaria Capua lancia l'allarme: «Mi dispiace dirlo, ma non è che perché abbiamo avuto quella da Covid siamo a posto per i prossimi duecento anni». Le sue parole hanno un peso rilevante per la comunità scientifica di tutto il mondo. Divulgatrice scientifica nota per i suoi studi sui virus influenzali e in particolare sull'influenza aviaria, docente alla John Hopkins University di Bologna, ha anche diretto per sette anni il One Health Center in Florida.

Malattia X: una nuova pandemia è inevitabile

Secondo l'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS), un'altra pandemia è inevitabile. La Professoressa Capua ne spiega il motivo: «Facciamo parte di un sistema, non siamo isole, siamo collegati con le componenti che ci nutrono, come gli animali, le piante e la nostra salute dipende da aria, acqua, terra e fuoco».

Che cos'è la "Malattia X"

Il termine è stato coniato dall'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) per definire una patologia ancora sconosciuta. La malattia X è il nome di un ipotetico agente patogeno assegnato dall'Organizzazione mondiale della sanità (OMS) nel febbraio del 2018 e presente nella lista delle malattie prioritarie. (Fonti: Editorial, What is Disease X?, in Economist). Rappresenta dunque la consapevolezza che una grave epidemia internazionale potrebbe essere causata da un agente patogeno attualmente sconosciuto e causare un'emergenza sanitaria pubblica. Ecco perché è fondamentale che ogni nazione aggiorni i Piani Pandemici.

Il Covid 19 è stato la prima Malattia X

Durante il World Economic Forum in corso a Davos, il direttore generale dell'Organizzazione Mondiale della Sanità (Oms) Tedros Adhanom Ghebreyesus ha spiegato che «il Covid è stato la prima malattia X». Riprendendo una terminologia usata per la prima volta nel 2018, quella della "malattia X", il direttore dell'Oms ha sottolineato che «tutti gli anni l'Oms stila una lista delle malattie emergenti. Abbiamo inserito Mers, Zika, Ebola. Tuttavia, abbiamo detto anche che ci sono cose che potrebbero succedere e oggi non conosciamo».

Gli studi prima del Covid

«Tutti gli studi fatti prima del covid sull'emergenza di un nuovo virus pandemico mettevano i coronavirus in seconda posizione in una graduatoria di pericolosità», spiega la Professoressa Capua. «L'esperienza che abbiamo avuto con altri coronavirus, come quello della Sars 1, non ha provocato una pandemia: ha infettato 8000 persone, provocando il 10% di vittime. Il secondo coronavirus emerso è il coronavirus Mers, del Medioriente, che aveva come serbatoio i dromedari. Anche questo virus è arrivato a noi da un pipistrello che ha infettato alcuni dromedari, che sono una parte importante anche della cultura del Medioriente. Ci sono stati focolai di polmonite legati al contatto uomo-dromedario, anche in quel caso con numeri bassi», precisa l'esperta.

Le nuove raccomandazioni dell'European Centre for Disease Prevention and Control

In caso di future pandemie si dovrebbero applicare misure restrittive per contenere i contagi. In un rapporto pubblicato oggi, l'Ecdc illustra le principali strategie e operative per informare la pianificazione della preparazione alla progettazione e all'attuazione di misure sanitarie e sociali pubbliche (PHSM) nell'UE/SEE per le emergenze sanitarie e le pandemie. I Phsm si riferiscono a misure non farmacologiche attuate in contesti comunitari per ridurre la diffusione di malattie infettive, in particolare in assenza di farmaci e vaccini. Nelle future pandemie potrebbero essere utilizzate ancora restrizioni per attenuare gli impatti del virus sulla salute delle persone.

<https://www.iodonna.it/benessere/salute-e-psicologia/2024/03/21/malattia-x-ilaria-capua-arrivera-unaltra-pandemia-piu-pesante-del-covid/>

La svolta delle Car-T: risultati efficaci anche nelle patologie immunoreumatologiche

Alessandra Ferretti

Le cellule Car-T escono dall'ambito prettamente oncoematologico ed entrano in quello delle patologie immunoreumatologiche con risultati sorprendenti di efficacia, come hanno dimostrato gli studi del professor Georg Schett a Erlangen sull'adulto e del professor Franco Locatelli a Roma sui pazienti pediatrici.

Parliamo di malattie autoimmuni come il lupus eritematoso sistemico (LES), la miosite infiammatoria idiopatica, la dermatomiosite giovanile e la sclerosi sistemica, condizioni caratterizzate da infiammazione cronica e aumentata mortalità, che fino ad oggi sono state curate con farmaci come cortisone, agenti immunosoppressori tradizionali e/o anticorpi monoclonali, senza che si raggiungesse una remissione prolungata nella larga parte dei pazienti trattati.

Del tema si è parlato con i due studiosi allo Spring Seminar dell'Ircs Policlinico Sant'Orsola di Bologna dal titolo "Quale ruolo per le Car-T nelle malattie non oncologiche? Il caso delle malattie reumatologiche", che ha visto come chiar e discussant il dottor Nicola Magrini e il professor Carlo Salvarani.

Le Car-T (acromimo di Car-T cells) più utilizzate fino ad oggi sono quelle che presentano recettori anti-CD19, un antigene espresso dai linfociti B, nella fattispecie da alcune leucemie acute e da certi tipi di linfomi. Poiché i linfociti B giocano un ruolo chiave nel determinare il danno d'organo in alcune delle malattie immunoreumatologiche, la terapia che ha come bersaglio la deplezione dal sangue circolante di tali linfociti mediante anticorpi gioca già un ruolo chiave in alcune di queste patologie. Tuttavia, da sola non è in grado di determinare una remissione e il controllo della malattia in maniera sostenuta nel tempo, per cui richiede aggiuntive terapie immunodepressive che portano al paziente importanti effetti collaterali. L'intuizione che le cellule Car-T che hanno come bersaglio CD19 sarebbero state in grado di eliminare le B cellule linfocitarie autoreattive associate alle malattie autoimmuni e quindi di consentire la cura di alcune di queste è stata di Georg Schett, vicepresidente della Ricerca e Direttore del Dipartimento di Medicina Interna 3 alla Friedrich-Alexander-Universität di Erlangen-Nürnberg, in Germania.

Le CD19 Car-T nella patologia autoimmune dell'adulto

Nel 2021 il professor Schett e il suo gruppo hanno trattato una prima paziente di 20 anni affetta da lupus eritematoso sistemico (LES) grave e refrattario che presentava nefrite lupica attiva con sindrome nefrosica, pericardite, pleurite, eruzione cutanea, artrite e una storia di endocardite di Libman-Sacks. Laddove precedenti trattamenti con glucocorticoidi ad alte dosi, ciclofosfamide e altri farmaci non controllavano i sintomi e determinavano alla paziente importanti effetti collaterali in parte mediati dallo stato di immunodepressione indotto dagli stessi farmaci, a seguito di infusione di cellule CD19 Car-T la paziente ha mostrato una completa remissione già al terzo mese di trattamento. Altri benefici sono stati la completa sieroconversione degli anticorpi anti ds-Dna e la completa sospensione della terapia; inoltre, a un follow up di circa due anni la malattia era persistentemente in remissione (doi: 10.1056/NEJMc2107725).

Successivamente il gruppo di Erlangen ha valutato 15 pazienti, 8 dei quali affetti da LES grave, 3 con miosite infiammatoria idiopatica e 4 con sclerosi sistemica. I pazienti hanno ricevuto una singola infusione di cellule CAR T dirette contro CD19 dopo precondizionamento con fludarabina e ciclofosfamide. Lo studio, pubblicato sul New England Journal of Medicine (doi: 10.1056/NEJMoa2308917), ha dimostrato come l'approccio sia fattibile, sicuro ed efficace in tutte e tre le malattie autoimmuni, fornendo la base per ulteriori studi clinici controllati da condurre in ambito multicentrico per validarne definitivamente efficacia e sicurezza.

Come ha specificato il professor Schett, "gli aspetti più sorprendenti dello studio riguardano la possibilità per i pazienti dell'interruzione definitiva di tutti i loro farmaci, compresi i glucocorticoidi. Si tratta di un progresso sostanziale rispetto a qualsiasi altra terapia precedente, poiché solitamente questi pazienti devono assumere farmaci immunosoppressori per tutta la vita. Pensiamo che la possibilità di interrompere la terapia farmacologica sia fondamentale nel percorso verso la guarigione di una malattia".

I prossimi passi consistono nel condurre studi più ampi mirati all'approvazione di questo trattamento per i pazienti con malattie autoimmuni. "Verranno testate – ha aggiunto Schett - anche nuove forme di terapia con cellule Car-T, come prodotti "off-the-shelf" in cui le cellule Car-T provengono da un donatore sano e sono modulate in modo da non essere rigettate dal sistema immunitario del paziente. Ciò consentirà di rendere il trattamento più economico e semplice".

Le Car-T nella patologia autoimmune del bambino

Anche sui pazienti pediatrici, l'utilizzo delle Car-T ha portato risultati inaspettati, sebbene il decorso della patologia lupica in età pediatrica (esordio sui 12 anni con maggiore impatto sulle femmine) sia più severo, a cominciare dal più frequente coinvolgimento renale, con frequenti manifestazioni ematologiche quali linfopenia, trombocitopenia, anemia emolitica e interessamento del sistema nervoso centrale caratterizzato

da quadri di cefalea difficilmente trattabili, nonché convulsioni e psicosi non facilmente controllabili e severe complicanze cardiovascolari.

Tre i casi trattati e discussi in dettaglio dal professor Franco Locatelli, Direttore del Dipartimento di Oncoematologia, Terapia cellulare, Terapie geniche e Trapianto emopoietico all'Ospedale pediatrico Bambino Gesù di Roma, dove esiste una struttura manifatturiera approvata da AIFA, nel contesto di un ecosistema della ricerca accademica innovativa.

Il primo caso riguardava una bambina di 12 anni affetta da patologia lupica e trattata esattamente come la paziente adulta del professor Schett. "Dopo l'infusione di CD19 Car-T – ha riferito il professor Locatelli -, con tollerabilità eccellente (un grado 1 di sindrome da rilascio citochinico), nella paziente è stata osservata una progressiva normalizzazione delle componenti del complemento C3 e C4, una completa scomparsa della proteinuria e completa normalizzazione del quadro di polmonite lupica".

Ha proseguito il prof. Locatelli: "Una biopsia renale eseguita prima del trattamento e ripetuta qualche mese dopo la somministrazione di C19 Car-T ha mostrato la completa scomparsa del quadro d'interessamento renale. A un anno dall'infusione, la paziente è completamente libera da qualsiasi trattamento immunosoppressivo" (pubblicazione dello studio in corso sul *New England Journal of Medicine*).

La seconda paziente trattata era affetta da patologia lupica con manifestazioni assai severe tra cui una neuropatia ottica bilaterale e una nefrite lupica, allettata e non in grado di camminare, in supplementazione di ossigeno e in terapia insulinica per un diabete metasteroideo.

Ha spiegato il professor Locatelli: "Abbiamo utilizzato lo stesso approccio e ottenuto il medesimo risultato del primo caso: deplezione della componente CD19 positiva, espansione e permanenza delle cellule Car-T fino all'incirca a 6-7 settimane, tollerabilità eccellente, proteinuria completamente normalizzata. A due mesi la paziente si è emancipata dalla supplementazione di ossigeno, dal trattamento antipertensivo e dalla necessità di terapia sostitutiva insulinica".

Infine, il terzo caso presentato è stato quello di un bambino di 12 anni con dermatomiosite giovanile, una patologia pediatrica (vi è anche più comune la forma dell'adulto) che in Italia conta circa 35 casi, un'età mediana alla presentazione di 7 anni, ma con possibile esordio anche sotto i 4, una sintomatologia caratterizzata da mialgie con marcata incapacità a svolgere esercizio fisico, calcinosi da deposito di calcio nel tessuto cutaneo e da una serie di manifestazioni cutanee molto importanti.

Il paziente, precedentemente trattato nel suo paese d'origine, l'Ucraina, aveva fallito diverse linee di terapia tradizionale e si presentava con calcinosi sottocutanea, marcatissima debolezza muscolare, e un devastante quadro cutaneo eritematoso diffuso a tutto il corpo. Ha riferito il prof. Locatelli: "Il rationale per considerare l'uso delle cellule CD19 Car-T era che i B linfociti in un complesso fisiopatologico straordinariamente articolato e complesso giocano un ruolo fondamentale. Questo paziente, a ormai 9 mesi dall'infusione delle cellule Car-T, è libero da qualsiasi trattamento. In particolare, il quadro di infiammazione a livello muscolare a 24 settimane è totalmente risolto" (studio in corso di pubblicazione su *Arthritis and Rheumatology*).

Sia il gruppo del prof. Schett sia quello del prof. Locatelli hanno adottato un metodo con alcune differenze rispetto a quello delle Car-T commerciali per il trattamento di malattie linfoproliferative. Vale a dire che sono partiti da un prodotto leucaferetico fresco e infusione di cellule fresche. Evitando congelamento e scongelamento delle cellule, il procedimento permette la reinfusione delle cellule a sole due settimane dalla raccolta (invece che attendere la consueta tempistica di 4-6 settimane).

Le prospettive per il futuro

Studi come quelli di Schett e Locatelli aprono ampie prospettive per il futuro. Come ha precisato la professoressa Francesca Bonifazi, Direttrice del Programma Terapie cellulari avanzate all'Ircs Policlinico Sant'Orsola di Bologna, "laddove è presente una malattia autoimmune significa che si sta verificando un'aggressione da parte dei linfociti verso lo stesso organismo. Una parte di queste malattie, vale a dire quelle in stadi molto avanzati, sono suscettibili di trattamento con la terapia Car-T. Ci riferiamo a patologie come, appunto, il lupus, alcune vasculiti, lo scleroderma, alcune malattie reumatologiche della cute tipo dermatomiositi, ma anche malattie neurologiche immunologiche come, ad esempio, la miastenia gravis e la neuromielite ottica da anticorpi anti-acquaporina. E, in futuro, si può pensare di approfondire il trattamento anche per tumori a prognosi molto infausta e attualmente ancora molto difficili da curare, come il glioma e il carcinoma pancreatico".

La sostenibilità

Ma parlare di futuro significa anche parlare di sostenibilità. Per essere raccolte, lavorate e reinfuse, le Car-T devono essere prodotte in strutture come le Good Manufacturing Factories e autorizzate dalle agenzie regolatorie. Ciò implica forti limitazioni sia dal punto di vista dello sviluppo clinico, sia da quello della loro possibile innovazione. "Per snellire il sistema – ha spiegato la professoressa Concetta Quintarelli, Responsabile del Laboratorio di Terapia Genica dei Tumori all'Ospedale Pediatrico Bambino Gesù di Roma -, si potrebbe pensare a dei "point of care di produzione" ovvero strutture produttive decentralizzate. A Roma, ad esempio, stiamo puntando sul "point of care di produzione", strutture autorizzate all'interno degli ospedali o comunque in stretta vicinanza, in modo tale che l'infusione possa avvenire in prossimità della struttura che le produce".

I benefici di un point strategy rispetto ad una produzione centralizzata sono diversi, a cominciare dalla riduzione del tempo complessivo di lavorazione delle Car-T, che passerebbe da circa 4 settimane a 8/10 giorni, grazie alla riduzione dei tempi di produzione. Inoltre, nel caso delle produzioni ospedaliere accademiche, è possibile partire da aferesi fresche riportando al paziente un prodotto che non è passato attraverso il congelamento, a differenza di quelle con produzione centralizzata, che devono essere congelate per essere inviate al sito produttivo”.

Gli studi appena pubblicati e quelli in corso dimostrano, a detta degli studiosi coinvolti, come stiamo entrando in una nuova era, dove l'ambito applicativo delle cellule Car-T trascenderà quello finora conosciuto e relativo alla cura di leucemie, linfomi e mieloma, per estendersi alle patologie autoimmuni. Una nuova sfida ovvero nuovi orizzonti per la cura di malattie autoimmuni severe e fortemente invalidanti.

<https://www.sanita24.ilsole24ore.com/art/medicina-e-ricerca/2024-05-03/la-svolta-cart-t-risultati-efficaci-anche-patologie-immunoreumatologiche-145943.php?uuid=AF5y8saB&cmpid=nlqf>



Car-T: accesso, utenza e gestione del Patient Journey Un'indagine sul Centro “A. Neri” di Reggio Calabria

Francesco Schiavone* e Massimo Martino**

Il trattamento con la terapia innovativa CAR-T ha dato eccellenti risultati per la cura di determinate patologie onco-ematologiche: tali terapie geniche permettono di mutare le cellule del sistema immunitario di un soggetto al fine di renderle più efficaci per colpire alcuni tipi di tumore.

Tuttavia, nonostante l'efficacia clinica dimostrata, la somministrazione di queste terapie risulta complessa da un punto di vista gestionale ed organizzativo.

La gestione del percorso e del processo di cura dei pazienti in trattamento con tale terapia, richiedono coordinamento ed un'efficiente logistica per il benessere del paziente e per la sostenibilità dell'intero sistema sanitario.

Pertanto, la progettazione di modelli organizzativi efficienti rappresenta una sfida fondamentale per gli attori istituzionali coinvolti, al fine di garantire dei risultati che migliorino il valore operativo e garantiscano una gestione ottimale dei costi.

Lo studio “PJCAR-T” avviato nel 2022 dal VIMASS Lab - Laboratorio di ricerca del Dipartimento di Studi Aziendali e Quantitativi dell'Università degli Studi di Napoli “Parthenope” - e il Centro Trapianti Midollo Osseo (C.T.M.O) del Grande Ospedale Metropolitano di Reggio Calabria “A. Neri”, primo centro della Regione e del Sud Italia a proporre questa tipologia di trattamento, ha fornito l'opportunità di dato modo di valutare l'accesso, l'utenza e la gestione del Patient Journey dei pazienti CAR-T.

Le performance cliniche ed economiche sono state valutate attraverso un cruscotto di Key Performance Indicators (KPI), al fine di ottenere un quadro dettagliato sul percorso dei pazienti CAR-T e di valutare il livello di efficacia delle attività del Centro, identificando possibili aree di miglioramento. L'obiettivo è stato quello di valutare il percorso assistenziale, misurando l'utilizzo dei farmaci CAR-T attualmente disponibili in Italia per comprenderne l'accessibilità e l'efficienza.

L'analisi di sopraccitati KPI si è rivelata essenziale per garantire un miglioramento nella gestione del percorso dei pazienti e un'ottimizzazione delle risorse disponibili nel futuro. La raccolta dati è stata effettuata seguendo un approccio HTA, combinando tecniche qualitative (come i focus group) e quantitative (survey), permettendo così di avere una visione completa sia dal punto di vista economico che delle percezioni ed esperienze dei pazienti. I dati primari sono stati raccolti tramite questionari digitali e i dati secondari attraverso database aziendali e fonti terziarie. Il campione di 14 pazienti, rappresentante l'intera popolazione di pazienti CAR-T presi in carico dal CTMO nel periodo di riferimento, è stato analizzato per determinare l'adeguatezza e la soddisfazione del trattamento, così come per identificare eventuali aree di miglioramento.

La terapia CAR-T come trattamento di terza scelta è indicata per pazienti che non hanno risposto alla terapia chemioterapica o che hanno avuto una ricaduta dopo il trapianto di cellule staminali emopoietiche o dopo aver provato almeno due linee di chemioterapia. In Italia, l'Agenzia Italiana del Farmaco (AIFA) ha reso disponibili due terapie CAR-T:

1. Kymriah (tisagenlecleucel), approvato il 22 agosto 2018.

2. Yescarta (axicabtagene ciloleucel), approvato il 23 agosto 2018.

Alcuni indicatori di natura quantitativa analizzati nello studio di riferimento hanno reso noto che il costo medio dei farmaci utilizzati per la terapia CAR-T presso il CTMO è stato valutato a 4.030.000,00€.

Attraverso un ulteriore indicatore sono stati analizzati i costi e/o le spese connessi allo stato di salute del paziente, in particolare quelli strettamente associati all'utilizzo dei servizi sanitari necessari durante il trattamento CAR-T e legati alla vita quotidiana del paziente. Non sono state prese in considerazione le voci relative ai costi eventualmente coperti da assicurazioni o dal Sistema Sanitario Nazionale (SSN). Il valore medio risultante per i costi diretti e indiretti sostenuti dai pazienti è di €8.459,00.

Il team di lavoro impegnato nel progetto ha sviluppato diverse attività relative all'analisi della qualità dei processi del CTMO, effettuando una mappatura degli attori interni ed esterni al sistema.

È stato possibile individuare e quantificare le principali terapie CAR-T somministrate ai pazienti ed analizzare i punti di forza e di debolezza, minacce ed opportunità in relazione alla terapia CAR-T erogata nel Centro.

Conclusioni di natura economico-organizzativa sono emerse dall'analisi delle varie fasi del Patient Journey Car-T effettuando, inoltre, un calcolo del tempo medio per lo svolgimento delle varie fasi del percorso presso il CTMO.

È stato analizzato il grado di migrazione dei pazienti CAR-T calabresi, al fine di comprendere se il CTMO riesca o meno a soddisfare le esigenze dei pazienti.

È stata effettuata un'indagine riguardo la Patient Satisfaction del paziente trattato con terapia CAR-T, concludendo con un'analisi del censimento delle strutture "spoke" in contatto con il CTMO e la qualità e intensità dei rapporti con strutture regionali ed extra-regionali.

Infine, non meno di rilievo è stata la valutazione del livello di utilizzo di strumenti di telemedicina, che possono essere cruciali per snellire i processi e migliorare l'accesso alle cure per i pazienti distanti geograficamente o limitati nella mobilità.

I risultati ottenuti saranno divulgati attraverso un output di ricerca, grazie al quale è stato possibile sviluppare una serie implicazioni manageriali, volti a velocizzare il processo di cura e di assistenza per i pazienti oncologici, al fine di migliorare la qualità del servizio, le cure offerte e soprattutto per garantire un elevato livello di soddisfazione tra i pazienti in terapia con il trattamento CAR-T.

<https://www.sanita24.ilsole24ore.com/art/medicina-e-ricerca/2024-05-03/car-t-accesso-utenza-e-gestione-patient-journey-un-indagine-centro-a-neri-reggio-calabria-160318.php?uuid=AF6pxuaB&cmpid=nlqf>



Covid, Astrazeneca ritira il vaccino in tutto il mondo

L'azienda ha riconosciuto per la prima volta che Vaxzevria può causare trombosi come raro effetto collaterale. Il vaccino contro il Covid del gigante farmaceutico AstraZeneca è stato ritirato in tutto il mondo dopo che l'azienda ha riconosciuto per la prima volta che Vaxzevria può causare trombosi come raro effetto collaterale e pericoloso.

E' quanto riporta il quotidiano britannico 'The Telegraph'.

L'azienda ha annunciato che il vaccino è stato ritirato dal mercato per motivi commerciali. Ha inoltre dichiarato che non viene più prodotto o fornito, essendo stato sostituito da vaccini aggiornati che combattono nuove varianti.

La richiesta di ritiro del vaccino è stata presentata il 5 marzo ed è entrata in vigore il 7 maggio. Il vaccino non può più essere utilizzato nell'Unione Europea in seguito alla **decisione dell'azienda di ritirare la sua "autorizzazione all'immissione in commercio"**.

Nei prossimi mesi saranno presentate domande simili nel Regno Unito e in altre nazioni che hanno dato il via libera al vaccino.

Negli ultimi mesi, Vaxzevria è stato messo sotto osservazione per un effetto collaterale molto raro, che causa coaguli di sangue e un basso numero di piastrine.

[Astrazeneca ritira vaccino Covid in tutto il mondo \(adnkronos.com\)](https://www.adnkronos.com)

Covid, scoperta Mip-C nuova malattia letale associata al virus

Può svilupparsi anche in chi ha avuto il virus con sintomi lievi o in forma asintomatica. Bassetti: "Nessun allarme, può aver acceso alcune patologie autoimmuni a livello polmonare"

Passata la pandemia Covid, la scia del virus colpisce ancora. Un gruppo di ricercatori internazionali ha scoperto una nuova condizione che può svilupparsi in individui infettati dal Sars-CoV-2, anche in coloro che presentano sintomi lievi o nessun sintomo di Covid. Si tratta della 'autoimmunità Mda5 e polmonite interstiziale contemporanea con Covid', ribattezzata come Mip-C. La ricerca Usa-Uk è stata pubblicata su 'eBIOMedicine'.

Questa sindrome non solo può essere fatale - sono stati riportati otto decessi su 60 casi descritti nello studio - ma può colpire anche persone che hanno avuto un'infezione lieve o asintomatica dal virus.

"Non dobbiamo preoccuparci per questa Mip-C, è una malattia autoimmune che può essere indotta da Sars-CoV-2 - spiega all'Adnkronos Salute Matteo Bassetti, direttore Malattie infettive dell'ospedale policlinico San Martino di Genova - è la prima volta che ne sento parlare in 4 anni di Covid. Sono lavori interessanti portati avanti durante la pandemia, ma io non ho mai visto un caso da quando faccio questo mestiere. Sicuramente il Sars-CoV-2 può aver esacerbato alcune malattie, può aver 'acceso' alcune patologie autoimmuni a livello polmonare già conosciute, ma - conclude - non credo che questa sia un grande problema".

https://www.adnkronos.com/cronaca/covid-nuova-malattia-letale-mip-c-news_3QQYeb9AGtahVt9wBjGrQc

la Repubblica

Covid, l'Oms cambia le regole del contagio: ecco come si trasmette il virus

Donatella Zorzetto

Nuovo documento sottoscritto da tutti i Cdc aggiorna le definizioni della trasmissione aerea del virus: "Ha un ruolo importante nella propagazione delle malattie respiratorie". Pregliasco: "Giusto approfondimento, ma il virus si trasmette anche per impatto, con deposizione e contatto"

Ci sono voluti quattro anni per capire che "il Covid si trasmette con colpi di tosse e starnuti", in pratica per via aerea, e che non sarebbe servito più di tanto disinfettare superfici e mani, o starnutire dentro i gomiti? Tutte precauzioni necessarie - secondo [l'Oms \(Organizzazione mondiale della sanità\)](#) - all'inizio del contagio globale da virus SARS-CoV-2, e anche molto dopo.

Ma ora riviste nella definizione, visto che la stessa Oms ha pubblicato un nuovo documento sottoscritto da tutti i [Cdc \(Centri per la prevenzione e il controllo delle malattie\)](#) mondiali che cambia regole per arrivare allo stesso risultato finale: evitare il contagio, appunto.

"Niente di sbagliato nel nostro comportamento - sottolinea Fabrizio Pregliasco, direttore sanitario dell'Ospedale Galeazzi di Milano -. Semplicemente l'Oms ha fatto una precisazione, chiamiamolo approfondimento. Ma il risultato non cambia: tutti gli elementi di sopravvivenza del virus sono elementi di contagio".

L'Oms riscrive il capitolo trasmissione delle infezioni

Vediamo cosa c'è di nuovo. L'Oms, a distanza di quattro anni ha rivisto la terminologia che identifica il modo in cui si trasmettono le infezioni respiratorie.

Ha aggiornato le definizioni della trasmissione aerea dei virus, sottolineando come quest'ultima giochi un ruolo importante nella propagazione delle malattie respiratorie.

Come prima conseguenza, la ventilazione degli ambienti chiusi viene riconosciuta come elemento fondamentale per prevenire la diffusione di patogeni respiratori. Una condizione che, anche ben dopo lo scatenarsi della pandemia, era considerata quasi "secondaria", sicuramente sottovalutata e surclassata dalle altre prescrizioni anti-contagio.

I tre modi di trasmissione del virus: per via aerea

Quando parliamo della diffusione di un patogeno come il virus SARS-CoV-2 dobbiamo pensare [al modo in cui possa "viaggiare" da una persona all'altra](#).

E l'Oms ne individua tre diversi.

Il primo è per via aerea o per inalazione, in pratica la principale modalità di trasmissione.

In questo caso non esiste più la differenza tra goccioline piccole che galleggiano (aerosol) o più grandi che per gravità cadono al suolo (droplets), ma si parla genericamente di particelle infettive respiratorie (IRPs, Infectious Respiratory Particles).

Una persona emette particelle respiratorie di diverse dimensioni che possono essere inalate e penetrare nelle alte vie respiratorie di persone suscettibili, fino a raggiungere alveoli e polmoni. Il contagio per inalazione avviene sia sulle lunghe sia sulle brevi distanze.

Le particelle possono accumularsi a distanza anche per ore.

Il contagio per impatto con deposizione.

Il contagio avviene in questo modo: [le particelle emesse da una persona infetta](#), per gravità, si depositano sulle mucose (bocca, naso, occhi) di una persona suscettibile (le particelle che erano chiamate droplets).

Ma questo tipo di trasmissione avviene solo a brevi distanze, la cosiddetta "distanza di conversazione".

Quanto alla modalità di trasmissione "per contatto", è stato chiarito che [una persona infetta può trasferire particelle contaminate di qualunque dimensione e a qualunque distanza](#), in genere attraverso le mani venute a contatto con le sue stesse mucose o attraverso superfici.

La persona suscettibile può allora contagiarsi toccando la superficie contaminata e portandosi le mani alla bocca, al naso o agli occhi o toccando direttamente le mani della persona positiva al virus sulle quali si sono appunto depositate particelle infette.

Una web app per misurare il rischio contagio

Proprio per valutare quanto il virus responsabile della malattia Covid sia in grado di spostarsi velocemente tra persone a contatto ravvicinato o meno, l'Organizzazione mondiale della sanità ha messo a disposizione di tutti una web app chiamata ARIA (Indoor Airborne Risk Assessment), la cui funzione è calcolare il rischio di contagio (in questo caso da Covid, nelle diverse varianti).

La web app è in grado di lavorare in base a diversi scenari, ossia in base alle dimensioni dell'ambiente, al numero di persone presenti, al numero di persone positive, all'utilizzo o no di mascherine e suggerendo le contromisure necessarie per limitare il rischio di infezione.

Pregliasco: "Non abbiamo sbagliato, cambia solo la terminologia di trasmissione"

Secondo Pregliasco "tra le regole sul contagio seguite sino ad oggi e quelle nuove stabilite dall'Oms, la misura giusta sta nel mezzo".

"Nel tempo si sono resi necessari un approfondimento e una precisazione sulla terminologia adottata - sottolinea -. In realtà è stato sempre detto che esisteva una doppia opzione: il virus SARS-CoV-2 si trova nelle particelle grandi e piccole. E le tre tipologie di contagio per via respiratoria valgono tutt'oggi per via aerea (inalazione) per impatto con deposizione e per contatto. Quindi non direi che abbiamo sbagliato tutto, perché anche a distanza ci si può contagiare".

"L'Oms rimarca il ruolo della trasmissione aerea del virus, quindi la ventilazione dei locali è un elemento da considerare - conclude Pregliasco. Diciamo che si è ampliata l'importanza della trasmissione Covid attraverso l'aria, soprattutto indoor. Ma il risultato non cambia: tutti gli elementi di sopravvivenza del virus sono elementi di contagio".

https://www.repubblica.it/salute/2024/04/22/news/covid_contagio_virus_oms_infezioni_respiratorie_pandemia-422613733/

quotidianosanita.it

PNRR Salute. Corte dei conti: Obiettivi 2023 raggiunti. Difficoltà su Adi e digitalizzazione

È quanto emerge dal report pubblicato dalla magistratura contabile sull'attuazione della Missione 6 Salute del Piano. Ecco a che punto siamo.

16 MAG -

Obiettivi per il 2023 raggiunti anche se su Assistenza domiciliare e digitalizzazione ci sono delle criticità attuative. È quanto emerge dal report pubblicato dalla Corte dei conti sull'attuazione della Missione 6 Salute del Piano.

La sintesi del report che riguarda la Missione 6 Salute

A seguito della complessiva revisione del PNRR, approvata con Decisione del Consiglio Europeo dell'8 dicembre 2023, il Ministero della salute, in termini di articolazione di maggior dettaglio delle iniziative, risulta titolare di 17 misure (5,5 per cento del totale), di cui 15 investimenti (6,4 per cento del totale di categoria) e 2 riforme (2,8 per cento del totale di categoria).

Rispetto al quadro del PNRR precedente alla modifica, il numero di iniziative in titolarità è rimasto invariato. In termini finanziari, alle misure in gestione sono correlate risorse complessive pari a 15,6 miliardi (8,2 per cento del totale) rimaste inalterate rispetto al precedente assetto del Piano.

Tuttavia, l'articolazione interna delle risorse si è modificata, prevedendo, per alcune misure, un definanziamento e, per altre, un rifinanziamento. In maggior dettaglio, la misura che ha avuto un definanziamento, in base all'articolo 21 del Regolamento UE 2021/241, per 750 milioni, è la M6C2I1.2 "Verso un ospedale sicuro e sostenibile", la riduzione si riferisce alla linea di investimento per progetti in essere ex art. 20 l. n. 67/1988; tali fondi sono destinati al rafforzamento di due misure: M6C1I1.2.1 "Casa come primo luogo di cura (Adi)", per 250 milioni, e alla misura M6C1I1.2.3 "Telemedicina per un migliore supporto ai pazienti cronici" per 500 milioni. Per entrambe, il rafforzamento è accompagnato da un innalzamento dell'ambizione, attraverso un incremento dei target.

Sotto il profilo organizzativo, con il dPCM del 30 ottobre 2023, è stato adottato il regolamento che prevede un nuovo assetto dell'intera amministrazione strutturata in quattro dipartimenti; presso il Dipartimento dell'amministrazione generale, delle risorse umane e del bilancio, opera fino al 31 dicembre 2026, l'Unità di missione di livello dirigenziale generale per l'attuazione degli interventi del Piano Nazionale di Ripresa e di Resilienza, istituita con decreto del Ministro della salute 15 settembre 2021. Si è registrata una variazione della dotazione organica degli uffici nel numero del personale impiegato, sia di livello dirigenziale sia amministrativo.

Si è conclusa la procedura di interpello per il conferimento dell'incarico dirigenziale di seconda fascia dell'Ufficio 1 "Ufficio di coordinamento della gestione" dell'Unità di missione, assegnato a una figura tecnica.

Non sono state coperte tutte le posizioni relative al personale non dirigenziale a tempo determinato; a fronte delle 30 unità previste, a tutto il 2023 le assunzioni sono state complessivamente 13, di cui 12 nel I semestre. Lo scorrimento delle graduatorie, previsto dall'art. 7 del decreto-legge 9 giugno 2021, n. 80, ha consentito di reintegrare le dimissioni che si sono verificate nell'anno.

Nelle more delle ulteriori assunzioni a tempo determinato e per dare continuità alle attività, è stato assegnato alla struttura personale assunto a tempo indeterminato nei ruoli dell'amministrazione (12 unità di personale rispetto alle 10 unità del I semestre 2023). Alle 25 unità effettive si aggiunge anche un'altra unità che è in comando presso altra amministrazione da novembre 2022.

Quanto agli esperti ai sensi dell'art. 7, comma 4, d.l. 80/2021 sono state individuate 2 figure (1 esperto in Relazioni Istituzionali e 1 esperto giuridico e affari legali), mentre l'esperto nell'innovazione e nelle tecnologie emergenti ha rassegnato le dimissioni. L'Unità di missione continua ad avvalersi delle attività dell'assistenza tecnica, garantita alle amministrazioni centrali tramite convenzioni sottoscritte con Invitalia S.p.A., Cassa depositi e prestiti e Sogei/Studiare sviluppo dal Ministero dell'economia e delle finanze.

Quanto al cronoprogramma delle misure di competenza, gli obiettivi europei che il Ministero è chiamato a conseguire nell'arco temporale del PNRR ammontano, a seguito della revisione, a 29, di cui 10 milestone e 19 target; le milestone consistono prevalentemente nell'adozione di atti normativi o regolamentari, mentre i target sono costituiti da risultati quantitativi (intermedi e finali).

Il numero di obiettivi da conseguire figura ampliato di un solo obiettivo rispetto a quanto previsto nel cronoprogramma precedente alla revisione, che ne riportava 28, di cui 10 milestone e 18 target.

Nel secondo semestre 2023, al Ministero competeva 1 obiettivo europeo (target), che risulta conseguito a sistema ReGiS; sale così a 11 il saldo complessivo degli obiettivi europei raggiunti (9 milestone e 2 target), circa il 38 per cento del percorso complessivo.

Nel medesimo semestre 2023 erano 4 gli obiettivi intermedi di rilevanza nazionale di competenza del ministero della salute (1 milestone e 3 target); anche essi figurano tutti come conseguiti a sistema ReGiS.

Nel primo semestre 2024 dovrà essere raggiunto 1 obiettivo europeo (target); secondo la rilevazione in ReGiS al 13 marzo 2024, come integrata dalle informazioni fornite in sede istruttoria dall'amministrazione, esso risulta in corso. A ciò si aggiungono ulteriori 4 scadenze semestrali di rilievo solamente nazionale, di cui solo 1 risulta completata, come dichiarato dall'amministrazione

Obiettivi del secondo semestre 2023

Nel periodo oggetto di esame, sul fronte degli investimenti, è stato conseguito il target europeo (M6C1-8); ciò nell'ambito della misura M6C1I1.2.3, che prevedeva l'elaborazione e l'approvazione di almeno un progetto di telemedicina per regione per un migliore supporto ai pazienti cronici (considerando sia i progetti che saranno attuati nella singola regione sia quelli che possono essere sviluppati nell'ambito di consorzi tra regioni).

Il 21 luglio 2022 l'Agenas ha approvato le linee guida contenenti i requisiti funzionali e i livelli di servizio per la progettazione dei servizi di telemedicina da parte di Regioni e Province Autonome; queste ultime sono state chiamate a compilare un Piano Operativo contenente i fabbisogni per i servizi di telemedicina, che sono stati poi valutati da una Commissione tecnica dell'Agenas.

A seguito della pubblicazione nella GU n. 298 del 22/12/22 del d.m. del 30/09/22, è stata attivata una Piattaforma dedicata all'acquisizione dei Piani Operativi Regionali (il cui format è stato adottato attraverso il sopracitato decreto), che saranno utilizzati per la definizione dei capitolati di gara da parte delle Regioni capofila (Puglia e Lombardia), in qualità di stazioni appaltanti.

I bandi di gara per i servizi minimi di Telemedicina e gli atti regionali e provinciali che definiscono il modello organizzativo regionale dei Servizi di Telemedicina da parte delle Regioni, attesi entro giugno 2023, sono stati pubblicati dalla regione Lombardia (con scadenza il 13 settembre 2023) e della regione Puglia (con scadenza 6 novembre 2023)

Inoltre, il decreto di riparto delle risorse alle Regioni/PP.AA. per la realizzazione dei progetti attraverso le procedure di gara espletate dalle Regioni capofila, con parere positivo acquisito dalla Conferenza Stato Regioni nella seduta del 21 settembre 2023 è stato sottoscritto dal Ministro della salute in data 28 settembre 2023 ed è stato trasmesso agli organi di controllo prima della pubblicazione in GU.

Tutti gli atti regionali/provinciali che definiscono il modello organizzativo dei Servizi di Telemedicina sono stati pubblicati.

A seguito del parere favorevole della CSR sullo schema di decreto, il 28 settembre 2023 è stato firmato il d.m. del Ministro della salute recante la ripartizione delle risorse di cui al sub-investimento. Al 31 dicembre 2023 risultano 21 progetti a regia nazionale, monitorati da parte di Agenas.

Al target europeo, si aggiungono nel periodo considerato 4 obiettivi intermedi di rilevanza nazionale (3 target e una milestone), che risultano tutti conseguiti. Il traguardo M6C2-00-ITA 27, prevedeva la pubblicazione del decreto annuale del Governo che assegna alle Regioni le risorse economiche per finanziare le borse di studio per i medici, nell'ambito della misura M6C2I2.2.A "Sviluppo delle competenze tecniche-professionali, digitali e manageriali del personale del sistema sanitario".

Le risorse per la formazione dei medici di medicina generale – ciclo formativo 2023/2026, per un totale di circa 34 milioni, sono state assegnate con d.m. del Ministero della salute del 14 luglio 2023. Il traguardo (M6C1-00-ITA-8) riguarda la stipula dei contratti per la realizzazione della Case di Comunità ed è connesso al target europeo M6C1-3 (M6C1I1.1), che coerentemente con la nuova formulazione del Piano è stato ridotto: il valore obiettivo del target europeo passa da 1.350 ad almeno 1.038 Case della Comunità messe a disposizione e dotate di attrezzature tecnologiche.

Alla data del 30 giugno 2023 risultavano sottoscritti 96 contratti con gli operatori economici per la realizzazione delle Case di Comunità. Con successivo monitoraggio, alla data del 30 settembre 2023 risultano 876 Contratti stipulati per la realizzazione delle Case di Comunità.

Al 31 dicembre 2023 si rilevano 1.141 contratti per la realizzazione delle Case di Comunità, determinando così il raggiungimento del target M6C1-00-ITA-8, tenuto conto anche della rimodulazione del PNRR e del nuovo target minimo comunitario in tale ambito. Nei prossimi mesi sono, pertanto, previsti gli avvii dei cantieri.

Con l'obiettivo nazionale M6C1-00-ITA-36, era prevista la stipula di almeno 307 obbligazioni giuridicamente vincolanti per la realizzazione degli Ospedali di Comunità (M6C1I1.1); alla data del 30 giugno 2023 risultavano sottoscritti 24 contratti con gli operatori economici coinvolti nella realizzazione. Il successivo monitoraggio, in data 30 settembre 2023, evidenziava 251 contratti stipulati per la realizzazione degli Ospedali di Comunità.

Alla data del 31 dicembre 2023 si rilevano 322 contratti per gli Ospedali di Comunità, determinando così il raggiungimento del target M6C1-00-ITA-36, tenuto conto che a seguito della rimodulazione del PNRR il target minimo comunitario degli Ospedali di Comunità è stato riprogrammato da 400 a 307 interventi.

L'obiettivo risulta, quindi, essere stato completato. Infine, dall'ultimo monitoraggio, aggiornato alla data del 31 gennaio 2024, sono stati rilevati 336 contratti (45 per cento nelle regioni del nord, 32 per cento in quelle del sud e Sicilia e il 24 per cento nelle regioni del centro).

L'ultimo target quantitativo a rilevanza nazionale (M6C2-2-ITA-1) afferisce alla misura M6C2I2.1, "Rafforzamento e potenziamento della ricerca biomedica del SSN" e prevedeva l'erogazione della prima tranche di finanziamento per almeno 50 progetti di ricerca su tumori e malattie rare, con scadenza prevista nel mese di dicembre 2023 (T4 2023). In data 17 luglio 2023, sulla contabilità speciale PNRR di competenza del Ministero della salute sono state trasferite risorse finanziarie relative all'anticipazione dell'intervento in esame, per un importo pari a 85,3 milioni, corrispondente al 40 per cento della somma totale delle risorse riconosciute ai singoli progetti, di cui alla graduatoria relativa al primo avviso pubblico, approvata con decreto direttoriale n. 27 del 2 novembre 2022, per complessivi 213,3 milioni.

A seguito dell'avvio dei progetti - e coerentemente alle indicazioni fornite dall'Unità di Missione per l'attuazione degli interventi del PNRR - i destinatari istituzionali hanno fatto pervenire 200 richieste di erogazione a titolo di anticipazione per un complessivo ammontare pari a 75,6 milioni (corrispondente a circa il 90 per cento dei fondi erogabili).

L'obiettivo M6C2-2- ITA-1, quindi, risulta conseguito, attraverso la corresponsione delle risorse a titolo di anticipazione previste.

Obiettivi del primo semestre 2024

Nel primo semestre 2024 il Ministero della salute dovrà conseguire un obiettivo europeo (target), oltre ad una milestone e 3 target intermedi a rilevanza nazionale. Il target europeo (M6C2-15), relativo all'investimento M6C2I2.2.A, riguarda l'assegnazione di ulteriori 900 borse di studio per corsi specifici di medicina generale, riferite al terzo ciclo formativo triennale (2023-2026), portando l'indicatore quantitativo dell'obiettivo a 2.700.

Al momento dell'istruttoria l'obiettivo figurava in corso nel sistema ReGis, come confermato dall'amministrazione, che ha avviato i passaggi necessari per garantire il raggiungimento entro giugno 2024. In particolare, la Commissione salute, con nota del 26 maggio 2023, ha comunicato il contingente di borse di formazione specifica in medicina generale per il triennio 2023-2026 finanziato con risorse FSN, risorse regionali o provinciali e risorse PNRR.

In data 8 agosto 2023 è stato pubblicato l'avviso dei bandi regionali di concorso per l'ammissione ai corsi di formazione specifica in medicina generale - triennio 2023-2026, il cui termine di scadenza per la presentazione delle domande era originariamente previsto per il 7 settembre 2023 e poi prorogato al 30 settembre 2023. In data 7 settembre 2023 è stato pubblicato il decreto del Ministro della salute del 14 luglio 2023, recante "Riparto delle somme disponibili nel PNRR per la formazione dei medici di medicina generale", che ripartisce alle Regioni e alle Province autonome le risorse per finanziare le ulteriori 900 borse di studio per i medici di medicina generale 2023-2026.

Il concorso per l'ammissione ai corsi di formazione specifica in medicina generale - triennio 2023-2026 si è svolto in data 30 novembre 2023 e sono state pubblicate le graduatorie degli ammessi al corso di formazione specifica in medicina generale e le attività formative hanno avuto inizio nel mese di febbraio 2024, ad eccezione della sola Provincia autonoma di Bolzano, la cui tempistica procedimentale non è allineata a quella nazionale seguita da tutte le altre Regioni.

La Regione Valle d'Aosta ha comunicato la mancata assegnazione delle due borse di studio per la formazione dei medici di medicina generale relative al triennio 2023-2026, finanziate con le risorse previste nel PNRR, per un importo complessivo pari a 75.535,56 euro.

Ciò in quanto, a seguito dello svolgimento del concorso pubblico per l'ammissione al corso e dell'approvazione della relativa graduatoria di merito, formata da quattro candidati idonei, tre candidati hanno manifestato la loro rinuncia alla frequenza del corso, mentre un candidato non è risultato in possesso di uno dei requisiti previsti dal bando.

Sarà, pertanto, necessario procedere all'emanazione di un apposito decreto di modifica, relativamente alla ripartizione delle borse di studio e delle risorse assegnate a ciascuna Regione e Provincia autonoma con il decreto del 14 luglio 2023. La trasmissione da parte dei Soggetti attuatori del primo monitoraggio degli iscritti al corso di formazione, con i dati aggiornati al 15 aprile 2024, è prevista entro la data del 30 aprile 2024.

L'amministrazione non ravvisa criticità circa il raggiungimento del target entro le tempistiche previste. Per quanto riguarda gli obiettivi nazionali 1 risulta completato (M6C1-00-ITA-25) in base alla dichiarazione dell'amministrazione.

Gli altri 2 obiettivi (M6C2-00-ITA-12 e M6C2-00-ITA11) risultano in corso, nel sistema ReGis e confermati dall'amministrazione. Con il target M6C1-00-ITA-25 (M6C1I1.2.1) si prevede il raggiungimento di 384 mila nuovi pazienti over 65 che ricevono assistenza domiciliare, nell'ambito del progetto Casa come primo luogo di cura (Adi). Dall'estrazione dei dati riferiti all'anno 2023 dal sistema informativo per il monitoraggio dell'assistenza domiciliare (SIAD), aggiornata alla data del 1° marzo 2024, risulta un numero incrementale di assistiti pari a 396.348.

Tale dato è oggetto di consolidamento entro il 15 marzo 2024, ai fini del raggiungimento del successivo target nazionale M6C1-00- ITA-25, previsto entro il primo trimestre 2024.

A livello di ripartizione interna, alcune Regioni/PPAA non hanno raggiunto l'obiettivo incrementale loro assegnato per l'anno 2023 dall'Allegato 1 del decreto del 23/01/2023, pari ad un totale di 526.000 assistiti, sebbene sia stato raggiunto il target nazionale M6C1-00-ITA-25 (che prevede il raggiungimento di almeno 384.000 nuovi assistiti).

Il consolidamento dei suddetti dati, propedeutico alle finalità di erogazione delle risorse indicate nel richiamato decreto, deve avvenire annualmente, entro il 15 marzo dell'anno successivo a quello di riferimento.

L'amministrazione ha attivato interlocuzioni con le Regioni/PP.AA. per promuovere l'aggiornamento dei dati all'interno del flusso SIAD entro la scadenza prevista. Il Ministero, al fine di garantire l'obiettivo finale europeo (M6C1-6) che prevede la presa in carico di almeno 842.000 soggetti incrementali in assistenza domiciliare, all'interno del suddetto decreto di ripartizione delle risorse, ha ritenuto di indicare obiettivi intermedi più stringenti rispetto ai target nazionali minimi.

La milestone M6C2-00-ITA-12 (M6C211.3.1) prevede la realizzazione, implementazione e messa in funzione di un registro centrale per i documenti digitali e di una piattaforma di interoperabilità e servizi, secondo lo standard Fast Healthcare Interoperability Resources - fascicolo sanitario elettronico.

Ai sensi dell'art. 14 bis, lett. f), del d.lgs. n. 82 del 2005, l'AgID ha espresso parere parzialmente positivo rispetto alla congruità tecnico-economica della Convenzione, che è stata in seguito approvata dalla Corte dei conti, in data 15 novembre 2022, consentendo l'avvio delle attività previste. In data 20 dicembre 2022, il Comitato di Attuazione della Convenzione ha approvato il Piano Operativo annuale 2022.

Successivamente, in data 21/04/2023, il medesimo Comitato di attuazione ha approvato il Piano Operativo annuale 2023, il quale, poi, è stato inviato ad AgID, per il parere di conformità tecnico-economica previsto dall'art. 14 bis, lett. f), del d.lgs. 7/3/2005, n. 82.

Infine, sempre nell'ambito delle attività previste dalla Convenzione, in data 28/03/2023 SOGEI S.p.A. ha trasmesso al DiTD il resoconto delle attività svolte nel quinto bimestre 2022 di cui all'art. 10 dell'Accordo in esame. Il DTD ha, quindi, avviato le attività di controllo propedeutiche al pagamento delle attività svolte da SOGEI S.p.A.

Le linee Guida Fascicolo Sanitario Elettronico ed il decreto di riparto prevedono che le risorse allocate a favore delle Regioni per l'adeguamento tecnologico siano erogate in modo progressivo al raggiungimento di specifici target definiti da quattro indicatori obiettivo.

A tal proposito è stata sviluppata una componente software (gateway) che estende l'ecosistema dei dati sanitari (EDS) implementando le funzionalità utili ad acquisire i dati clinici dai sistemi produttori.

In particolare, questa componente ha il compito di verificare che i dati clinici, prodotti dai sistemi utilizzati dai professionisti e dalle strutture sanitarie di prevenzione e cura, rispettino le regole sintattiche e semantiche di composizione previste dalla norma e, una volta validati, di tradurli nel formato idoneo per essere inviati al Data Repository Centrale dell'EDS.

Inoltre, in data 7 settembre 2023 è stato adottato il decreto del Ministro della salute e del Sottosegretario di Stato alla Presidenza del Consiglio dei ministri con delega all'innovazione tecnologica, di concerto con il Ministro dell'economia e delle finanze, recante Fascicolo Sanitario Elettronico 2.0 (GU - SG, n. 249 del 24/10/2023).

Tale decreto individua i contenuti del FSE e definisce i limiti di responsabilità e i compiti dei soggetti che concorrono alla sua implementazione, le garanzie e le misure di sicurezza da adottare nel trattamento dei dati personali nel rispetto dei diritti dell'assistito, le modalità e i livelli diversificati di accesso al FSE. Secondo quanto riferito in sede istruttoria dal Dicastero, l'obiettivo presenta un livello di complessità medio, essendo in corso interlocuzioni con il Garante della privacy per la realizzazione dell'EDS.

Nel merito, pur garantendo il raggiungimento degli obiettivi di rilevanza comunitaria, l'amministrazione dichiara che è al vaglio la possibilità di una riprogrammazione della milestone in esame. Infine, con il target M6C2-00-ITA-11 (M6C211.3.2) si prevede di raggiungere (valore obiettivo 20) un numero di serie di dati ad alto valore statistico (direttiva UE 2019/1024) per rafforzare l'infrastruttura tecnologica del Ministero della salute e per la costruzione di un potente modello di simulazione e previsione degli scenari a medio e lungo termine nel sistema sanitario nazionale (NHS), e creazione di un portale Open Data.

L'amministrazione dichiara per l'obiettivo un livello di complessità basso.

In tal senso, a partire da giugno 2023, la Direzione generale della digitalizzazione, del sistema informativo sanitario e della statistica (DGSISS) ha intrapreso le attività inerenti all'implementazione della dashboard semplificata che, grazie all'utilizzo di un unico tool, consentirà il monitoraggio di tutti gli elementi progettuali; il rilascio dell'aggiornamento del Registro Nazionale degli Impianti Protesici Mammari con le ulteriori funzionalità relative alla sicurezza e alla conservazione dei dati; il prosieguo delle attività di reingegnerizzazione del Sistema di Gestione e Accoglienza Flussi (GAF) secondo un'architettura per microservizi; il prosieguo delle attività per il rilascio in esercizio delle 24 applicazioni oggetto di replatforming necessarie per la valutazione del dimensionamento della nuova architettura a microservizi; il prosieguo dell'attività di collaudo per l'avvio in esercizio del sistema Dispositivi Medici su Misura (DMSM) sulla base del decreto 9 giugno 2023 (G.U. n.206 del 04/09/2023), anche attraverso il supporto e la collaborazione con la Direzione generale dei dispositivi medici e del servizio farmaceutico (DGFD) e apportando le necessarie integrazioni; il rafforzamento della collaborazione con il fornitore dell'infrastruttura, al fine di poter programmare le tempistiche e avviare le attività

di collaudo e messa in esercizio dei sistemi in sviluppo; la pianificazione e avvio delle attività propedeutiche all'individuazione di nuovi strumenti, destinati agli utenti interni, di consultazione ed elaborazione dei dati in sostituzione degli attuali e alla realizzazione di una dashboard pubblica per la consultazione degli Open Data, da integrare all'interno del portale istituzionale.

In virtù delle attività in corso, la competente Direzione generale non ravvisa criticità in merito al conseguimento dello stesso.

Le maggiori criticità

Procede con difficoltà attuative di media intensità, ad avviso dell'Amministrazione titolare, anche il traguardo del Ministero della salute concernente la realizzazione, l'implementazione e la messa in funzione di un registro centrale per i documenti digitali e di una piattaforma di interoperabilità e servizi, secondo lo standard Fast Healthcare Interoperability Resources (milestone M6C2-00-ITA-12), nell'ambito dell'intervento di rafforzamento dell'infrastruttura tecnologica e degli strumenti per la raccolta, l'elaborazione, l'analisi dei dati e la simulazione (FSE).

Secondo quanto riferito in sede istruttoria dal Dicastero, le ragioni incontrate rispetto all'attuazione della misura sono da ricondursi alle complesse interlocuzioni con il Garante della privacy per la realizzazione dell'Ecosistema dei dati sanitari (EDS); non essendo possibile prevedere né l'esito né le tempistiche dei possibili rilievi mossi dall'Autorità, l'Amministrazione sta prendendo in considerazione l'ipotesi di una riprogrammazione della milestone in esame.

Il Ministero della salute ha indicato come critica la misura connessa allo sviluppo dell'Assistenza domiciliare, posto che dall'estrazione dei dati riferiti all'anno 2023 dal flusso del "sistema informativo per il monitoraggio dell'Assistenza Domiciliare" - SIAD (aggiornata alla data del 1° marzo 2024) è risultato che alcune Regioni/Province autonome non hanno conseguito l'obiettivo incrementale loro assegnato per l'anno 2023 dall'Allegato 1 del decreto del 23/01/2023, ossia il raggiungimento di un totale di 526.000 nuovi pazienti in assistenza domiciliare.

Il Dicastero ha avviato delle interlocuzioni con le Regioni/PP.AA. inadempienti per promuovere l'aggiornamento dei dati all'interno del flusso SIAD entro la scadenza prevista, inserendo anche obiettivi intermedi più stringenti rispetto ai già previsti target nazionali minimi; ciò anche a seguito dell'implementazione delle risorse destinate all'Assistenza domiciliare che sono state previste a seguito della rimodulazione del Piano, in conseguenza delle quali dovrà essere emanato anche un nuovo decreto di riparto.

https://www.quotidianosanita.it/governo-e-parlamento/articolo.php?articolo_id=122189



Il soldi del Pnrr per la sanità sono stati tagliati o no?

Meloni e il ministro Fitto dicono di no, il PD e il Movimento 5 Stelle dicono di sì: abbiamo controllato chi ha ragione

Nella mattinata di lunedì 25 marzo la presidente del Consiglio Giorgia Meloni ha firmato a Campobasso, in Molise, l'Accordo per lo sviluppo e la coesione tra il governo e la regione amministrata dal presidente Francesco Roberti (centrodestra). Nelle scorse settimane Meloni aveva già firmato intese dello stesso tipo con la maggior parte delle regioni italiane, per concordare con ognuna di esse come spendere le risorse delle politiche di coesione. Su decisione dello stesso governo Meloni, questo settore è di competenza del ministro Raffaele Fitto, che ha le deleghe non solo sugli Affari europei e per il Sud, ma anche sul Piano nazionale di ripresa e resilienza (Pnrr). In questo numero della newsletter non ci occuperemo di politiche di coesione, ma di una frase che Meloni ha pronunciato presentando ai giornalisti l'accordo firmato con il Molise.

Come aveva già fatto in Parlamento la scorsa settimana, la presidente del Consiglio ha smentito che il suo governo abbia tagliato i soldi del Pnrr destinati alla sanità. «Le fonti di finanziamento che erano già previste sono rimaste inalterate: quello che noi abbiamo fatto è stato mettere in sicurezza alcuni provvedimenti che rischiavano di perdere le risorse», ha detto Meloni. Da settimane vari partiti all'opposizione, tra cui il Partito Democratico e il Movimento

5 Stelle, accusano il governo di aver tagliato dal Pnrr 1,2 miliardi di euro destinati a progetti per la sanità. Già una decina di giorni fa, il 14 marzo, il ministro Fitto aveva smentito in Senato che con la revisione del piano, approvata dalle autorità europee a dicembre, fossero stati tagliati i fondi per la sanità. «Prima della rimodulazione all'interno del piano erano previsti oltre 15 miliardi di euro: la stessa cifra è rimasta dopo la revisione, quindi non c'è stato un cambio», aveva dichiarato Fitto.

Numeri e norme alla mano, chi ha ragione tra i due schieramenti? I soldi del Pnrr sono stati tagliati oppure no? Cerchiamo di fare un po' di chiarezza.

Il Pnrr originario, approvato nel 2021 dal governo Draghi, destinava 15,6 miliardi di euro alla Missione 6, quella sulla sanità, tra gli oltre 191 miliardi complessivi del piano. Di questi 15,6 miliardi, 7 miliardi sono stati destinati agli investimenti per potenziare la sanità territoriale, mentre i restanti 8,6 miliardi a quelli per la ricerca e la digitalizzazione del sistema sanitario. La scorsa estate il governo Meloni ha presentato la sua proposta di revisione del Pnrr alle autorità europee, che lo hanno approvato definitivamente all'inizio di dicembre. A inizio marzo il governo ha poi approvato il decreto "Pnrr quater" – di cui abbiamo parlato nello scorso numero di questa newsletter – per modificare i finanziamenti del piano. Ora il decreto è all'esame della Camera e, come mostrano i dati dell'Ufficio parlamentare di bilancio (UPB) presentati in un'audizione sul testo, è vero che le risorse alla sanità sono rimaste le stesse. La revisione del Pnrr ha fatto aumentare a 194,4 miliardi le risorse complessive del piano, ma quelle destinate alla Missione 6 sono rimaste le stesse: 15,6 miliardi.

I traguardi e gli obiettivi del Pnrr, da raggiungere entro la fine di giugno 2026, sono passati da 527 a 617, con la Missione 6 che ha avuto l'aggiunta di una sola scadenza (ora ne conta 29). Sulla base di questi numeri, Meloni e Fitto sembrano quindi avere ragione: i soldi del Pnrr alla sanità non sono stati tagliati. In realtà le cose sono più complicate di così, per almeno due motivi.

Il primo motivo: anche se i soldi del Pnrr per la sanità sono rimasti poco più di 15 miliardi, questo non significa che con la revisione del piano non ci siano state modifiche ai progetti per la sanità. Tra le altre cose, il governo aveva chiesto all'Ue di cambiare gli obiettivi sulla realizzazione delle cosiddette "case della comunità", ossia nuove strutture per l'assistenza sanitaria e sociale a livello territoriale. La richiesta era di ridurre il numero di strutture realizzabili da 1.350 a 936 entro i primi sei mesi del 2026. Con le autorità europee si è poi trovato un compromesso: saranno infatti 1.038 le strutture che dovranno essere realizzate dal governo per ottenere una parte dei soldi del Pnrr. Il governo ha motivato la riduzione del numero delle case di comunità con l'aumento dei prezzi delle materie prime ed energetiche. I rincari avrebbero comportato un aumento del costo degli investimenti programmati, in particolare per le opere di edilizia sanitaria. Secondo alcuni esponenti dell'opposizione, questa scelta dimostrerebbe invece che il governo non crede nella sanità territoriale.

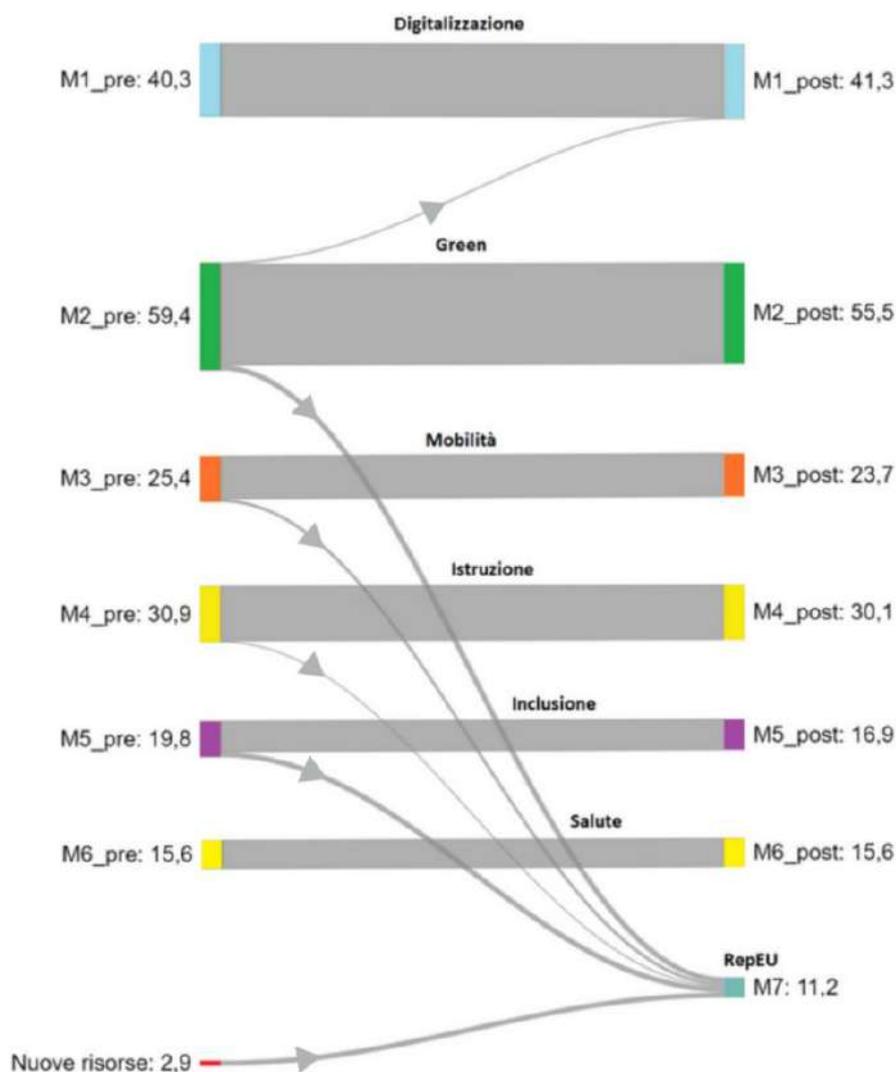
C'è poi un secondo motivo per cui alcuni stanno parlando di "tagli" del Pnrr alla sanità. Tra le altre cose, il decreto "Pnrr quater" è intervenuto sui soldi del Piano nazionale per gli investimenti complementari al Pnrr, un fondo abbreviato con la sigla "PNC". Questo fondo, a differenza del Pnrr, non è finanziato con risorse europee, ma con circa 30 miliardi di euro di risorse nazionali. Il suo obiettivo, come suggerisce il nome, è quello di sostenere alcuni progetti finanziati con il Pnrr, seguendone le stesse tempistiche di attuazione. Nel corso del tempo il PNC, approvato dal governo Draghi, ha accumulato ritardi e, secondo il governo Meloni, la sua attuazione ha risentito degli stessi problemi di quella del Pnrr. In tutto questo, che cosa c'entra la sanità?

C'entra perché, come ha sottolineato la Corte dei Conti in un'audizione, un comma dell'articolo 1 del decreto "Pnrr quater" stabilisce che gli investimenti destinati alla realizzazione del programma denominato "Verso un ospedale sicuro e sostenibile", finanziati con il PNC (dunque tecnicamente non dal Pnrr), debbano essere spostati sul fondo statale (articolo 20 della legge n. 67 del 1988) che finanzia gli interventi di ristrutturazione edilizia degli ospedali e il loro ammodernamento tecnologico. Questa norma vale per tutte le regioni, tra la Campania e le province autonome di Trento e di Bolzano, «senza che ne venga spiegata la ragione», ha sottolineato la Corte dei Conti. In totale, sono stati spostati oltre 1,2 miliardi di euro. Il progetto "Verso un ospedale sicuro e sostenibile", spiega il Ministero della Salute, «mira a delineare un percorso di miglioramento strutturale nel campo della sicurezza degli edifici ospedalieri, adeguandoli alle vigenti norme in materia di costruzioni in area sismica».

Secondo la Corte dei Conti, questa modifica voluta dal governo ha dei problemi. «Al riguardo non si può non osservare come, oltre a ridurre l'ammontare complessivo delle risorse destinabili a investimenti in sanità e a incidere su programmi di investimento regionali già avviati, lo spostamento comporta il rinvio dell'attuazione del progetto a quando saranno disponibili spazi finanziari adeguati», ha scritto la Corte dei Conti nella sua audizione.

«Se è vero, infatti, che al 31 dicembre 2023 le risorse non ancora utilizzate attribuite all'articolo 20 sono pari a 9,9 miliardi e che esse sono state ripartite tra le regioni, il loro utilizzo effettivo è subordinato alla indicazione in bilancio di importi spendibili compatibilmente con gli obiettivi di finanza pubblica. In altre parole, pur previste a legislazione vigente, tali risorse non sono già scontate nel tendenziale e quindi richiederanno apposita copertura. Un

allungamento dei tempi che dovrebbe essere valutato alla luce dello stato di attuazione dei progetti attivati e che potrebbero registrare fabbisogni difficilmente rinviabili».



La rimodulazione finanziaria del Pnrr, per missione, prima e dopo la revisione del piano approvata dall'Ue. I numeri sono in miliardi di euro.

In breve: secondo la Corte dei Conti, c'è il rischio che gli investimenti originariamente coperti con i soldi del fondo complementare al Pnrr non saranno interamente coperti con le altre risorse promesse dal governo. Vedremo se durante l'esame in Parlamento saranno introdotte modifiche alla modifica voluta dal governo o se le cose rimarranno così come sono.

<https://pagellapolitica.it/articoli/fact-checking-tagli-sanita-pnrr>



PNRR - Salute

Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza

Italia domani
PARTECIPAZIONE
E INNOVAZIONEFinanziato
dall'Unione europea
NextGenerationEU

PNRR, approvate le graduatorie per il finanziamento di 334 progetti di ricerca biomedica per oltre 312 milioni di euro

Sono **334 i progetti di ricerca biomedica** che accederanno ai **312.339.610,91 euro di finanziamenti** per la ricerca sanitaria messi a disposizione dal Ministero della Salute con il secondo avviso pubblico del Piano nazionale di ripresa e resilienza, pubblicato il 24 aprile 2023.

Grazie ai fondi europei #NextGenerationUE, i ricercatori che operano nel Servizio sanitario nazionale potranno condurre progetti di ricerca sanitaria per assicurare lo sviluppo e la qualità delle prestazioni del Servizio sanitario ai cittadini in tema di Malattie rare, Tumori rari, Malattie croniche non trasmissibili ad alto impatto sui sistemi sanitari e socio-assistenziali (con topic su Innovazione in campo diagnostico o Innovazione in campo terapeutico e con topic su Fattori di rischio e prevenzione o Eziopatogenesi e meccanismi di malattia) e Proof of Concept.

La valutazione dei progetti

Come previsto dall'avviso, la valutazione dei progetti è stata svolta in modo da assicurare una netta separazione tra le fasi istruttorie, di valutazione e di audit.

La valutazione si è svolta in due fasi:

- la prima, di **valutazione scientifica secondo il sistema della peer review**, da parte di due revisori internazionali. Dopo la valutazione autonoma ed indipendente di ciascuno dei due revisori (assegnati per area specifica di expertise rispetto alle proposte progettuali da valutare), i due revisori si sono confrontati con il sistema del Face-to-Face (F2F) per giungere all'accordo;
- la seconda, attraverso la **valutazione di specifici panel scientifici**, uno per tematica, per l'ulteriore verifica e validazione della graduatoria di merito.

L'audit finale, poi, è stato svolto dal Comitato Tecnico Sanitario, che dopo avere effettuato le verifiche previste dal bando, ha stilato una graduatoria definitiva per ogni tipologia progettuale, approvando la relativa attribuzione del finanziamento.

I risultati in cifre

Sono 533 le proposte di progetti di ricerca presentate da ricercatori operanti in strutture del Servizio Sanitario Nazionale e certificati dai rispettivi destinatari istituzionali.

Il numero complessivo dei progetti ammessi al finanziamento è pari a 334 come indicato nella tabella:

Tipologia progettuale	n. proposte progettuali	n. progetti finanziati
Malattie Rare	29	24
Tumori Rari	74	52

Tipologia progettuale	n. proposte progettuali	n. progetti finanziati
Malattie Croniche non trasmissibili con topic su Innovazione in campo diagnostico o Innovazione in campo terapeutico	294	172
Malattie Croniche non trasmissibili con topic su Fattori di rischio e prevenzione o Eziopatogenesi e meccanismi di malattia	72	34
Proof of Concept	64	52

Per approfondire vedi le graduatorie nella pagina:

- [2° Avviso pubblico per la presentazione e selezione di progetti di ricerca da finanziare nell'ambito del PNRR](#)

<https://www.pnrr.salute.gov.it/portale/pnrrsalute/dettaglioNotiziePNRRSalute.jsp?lingua=italiano&menu=notizie&p=dalministero&id=6536>



Il PNRR e la sanità territoriale

Come il PNRR interverrà sulla sanità territoriale italiana

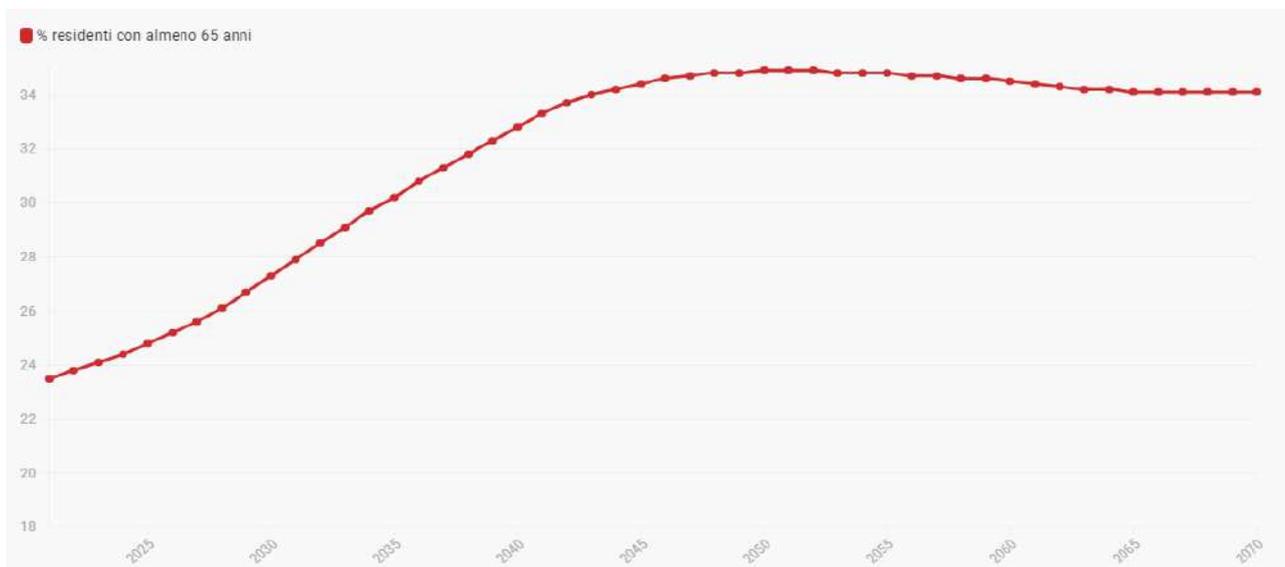
- 34,9% i residenti con almeno 65 anni nel 2050, a fronte del 23,5% attuale.
- 7 miliardi di Euro destinati dal PNRR per l'assistenza sanitaria territoriale.
- 1.430 le Case della Comunità che si prevede di costituire con i fondi PNRR.
- Oltre 400 gli Ospedali di Comunità da istituire entro il 2026.
- Il rischio è che questi investimenti abbiano un'attuazione disomogenea sul territorio nazionale. Perciò è essenziale il monitoraggio.

Nelle difficoltà dei mesi di pandemia, è apparso in tutta evidenza quanto sia importante l'investimento sulla prevenzione e in particolare su una rete di assistenza e sanità capillare sul territorio. Un'esigenza che il progressivo invecchiamento della popolazione, con il prevedibile incremento dell'incidenza delle malattie croniche, renderanno improrogabile nei prossimi anni. Si stima che nel 2050 gli italiani con almeno 65 anni saranno il 34,9% della popolazione, a fronte del 23,5% attuale.

Dal 2040 un terzo della popolazione avrà almeno 65 anni

Percentuale di residenti con 65 anni o più tra 2021 e 2070

La previsione relativa alla popolazione è stata effettuata nell'ambito delle statistiche sperimentali di Istat, sulla base dello scenario mediano. Le previsioni sono formulate tenendo come base il numero di residenti al 1° gennaio 2021.



FONTE: elaborazione openpolis – Cittadinanzattiva su dati Istat (pubblicati: giovedì 22 Settembre 2022)

Un incremento di ben 11 punti percentuali, ma che colpisce anche se letto in termini assoluti.

Oggi sono poco meno di 14 milioni i residenti anziani nel nostro paese, rispetto a un totale di circa 60 milioni di abitanti. Nel 2050, pur con una popolazione complessiva molto ridotta – nello scenario di previsione mediano circa 54 milioni di persone – gli ultra 65enni potrebbero essere quasi 19 milioni.

L'investimento del PNRR sulla sanità territoriale

Questo scenario, e l'esperienza ancora viva delle difficoltà nell'emergenza Coronavirus, hanno portato a destinare una parte dei fondi del piano nazionale di ripresa e resilienza (PNRR) sul capitolo sanitario, e in particolare sulla rete territoriale di assistenza. 8,2% le risorse del PNRR destinate al potenziamento del sistema sanitario. La missione 6 del piano è infatti dedicata alla salute.

Si tratta di 15,63 miliardi di euro divisi in due componenti.

La prima, da 7 miliardi di euro, si concentra sul rafforzamento dell'assistenza sanitaria territoriale. In particolare sulle reti di prossimità, la telemedicina e la cura domiciliare.

La seconda, 8,63 miliardi, prevede progetti di digitalizzazione e innovazione del sistema sanitario, insieme ad investimenti sulla ricerca.

Dal PNRR 7 miliardi per la sanità territoriale

Composizione della missione 6 "salute" del PNRR

La componente rivolta al rafforzamento della sanità territoriale si basa su una strategia in 2 tempi.

Il primo, è l'approvazione di una riforma dell'intero sistema di assistenza, con l'obiettivo di riorganizzarlo, renderlo omogeneo in tutto il paese e stabilire così un nuovo assetto dell'offerta territoriale. Una scadenza prevista per la metà del 2022, attuata nel maggio dello scorso anno con l'approvazione del decreto ministeriale 77/2022. Il secondo tempo dell'attuazione è il rafforzamento della rete presente sul territorio.

Con la costituzione a livello locale dei presidi e delle strutture sanitarie previsti dalla riforma approvata. La nuova sanità territoriale si basa su un insieme articolato di strutture.

A partire dalle Case della Comunità – luoghi di prossimità a cui i cittadini possono accedere per l'assistenza primaria – cui il PNRR destina 2 miliardi di euro.



Fonte: elaborazione openpolis – Cittadinanzattiva su dati PNRR (pubblicati: martedì 13 Luglio 2021)

Vi è poi l'istituzione degli Ospedali di Comunità – piccole strutture (20 posti letto ogni 100mila abitanti) per consentire un'accoglienza intermedia tra il ricovero a casa e quello in ospedale (1 miliardo di euro). I restanti 4 miliardi, sono rivolti all'investimento sulla telemedicina, in modo da rendere la casa del paziente un vero e proprio luogo di cura, e alla creazione delle centrali operative territoriali. Parliamo di oltre 600 presidi, uno per distretto sanitario, con la funzione di coordinare i servizi domiciliari con gli altri servizi sanitari, assicurando l'interfaccia con gli ospedali e la rete di emergenza-urgenza.

Case e Ospedali di Comunità: i nuovi capisaldi del sistema

In questo nuovo assetto, case e Ospedali di Comunità sono chiamati a rappresentare il primo presidio della sanità territoriale rivolta al paziente.

In particolare le prime, le Case della Comunità: un presidio fisico di facile individuazione al quale i cittadini possono accedere per i bisogni di assistenza sanitaria.

Si distinguono tra hub (quelle principali che erogano servizi di assistenza primaria, attività specialistiche e di diagnostica di base) e spoke, che offrono unicamente servizi di assistenza primaria.

1.430 le Case della Comunità che si prevede di costituire con i fondi PNRR.

In questi punti, facilmente accessibili sul territorio, il paziente potrà trovare servizi come gli ambulatori di medici di famiglia e pediatri di libera scelta.

Ma l'obiettivo è soprattutto costruire un'unica sede fisica dove il cittadino possa essere assistito da un'equipe multidisciplinare, in grado di prenderlo in carico nei diversi bisogni.

Questo gruppo integrato di professionisti, in base a una valutazione trasversale di natura clinica, funzionale e sociale della persona, potrà definire un "Progetto di Assistenza Individuale Integrata (PAI), contenente l'indicazione degli interventi modulati secondo l'intensità del bisogno" (cfr. con legge di bilancio 2022, dossier camera 2023).

Sulla carta, una vera e propria rivoluzione in termini di integrazione dei servizi sociali, assistenziali e sanitari che operano sul territorio.

Il PAI individua altresì le responsabilità, i compiti e le modalità di svolgimento dell'attività degli operatori sanitari, sociali e assistenziali che intervengono nella presa in carico della persona, nonché l'apporto della famiglia e degli altri soggetti che collaborano alla sua realizzazione.

La programmazione degli interventi e la presa in carico si avvalgono del raccordo informativo, anche telematico, con l'Inps.– Legge 234/2021, art. 1 c. 163

Gli standard organizzativi delle Case della Comunità variano tra hub e spoke, e vanno distinti tra le previsioni obbligatorie (stabilite dall'allegato 2 del Dm 77/2022) e quelle facoltative (allegato 1 dello stesso decreto).

I servizi previsti nelle Case della Comunità

Livello di obbligatorietà	Servizi offerti
Obbligatoriosi per CdC hub e spoke	<ul style="list-style-type: none"> – Servizi di cure primarie erogati attraverso équipe multiprofessionali; – Punto unico di accesso; – Servizio di assistenza domiciliare; – Servizi di specialistica ambulatoriale per le patologie ad elevata prevalenza; – Servizi infermieristici; – Sistema integrato di prenotazione collegato al Cup aziendale; – Integrazione con i servizi sociali; – Partecipazione della comunità e valorizzazione della co-produzione; – Collegamento con la casa della Comunità hub di riferimento; – Presenza medica per la CdC hub: H24, 7/7 gg; – Presenza medica per la CdC spoke: H12, 6/7 gg; – Presenza infermieristica per la CdC hub: H12, 7/7 gg (fortemente raccomandato H24, 7/7 gg); – Presenza infermieristica per la CdC spoke: H12, 6/7 gg.
Obbligatoriosi solo per CdC hub	<ul style="list-style-type: none"> – Servizi diagnostici di base; – Continuità assistenziale; – Punto prelievi.
Facoltativi nelle CdC hub e spoke	<ul style="list-style-type: none"> – Attività consultoriali e attività rivolta ai minori; – Interventi di salute pubblica (incluse le vaccinazioni per la fascia 0-18); – Programmi di screening.
Raccomandati nelle CdC hub e spoke	<ul style="list-style-type: none"> – Servizi per la salute mentale, le dipendenze patologiche e la neuropsichiatria infantile e dell'adolescenza; – Medicina dello sport.

Elaborazione Openpolis – Cittadinanzattiva su Dm 77/2022 e dossier camera

Il secondo presidio del nuovo sistema di sanità territoriale sono gli Ospedali di Comunità. Si tratta di strutture pensate per rispondere a una necessità che negli anni si è fatta pressante: avere un luogo intermedio tra le dimissioni al domicilio del paziente e il ricovero ospedaliero.

In base al decreto 77, questi presidi dovrebbero evitare ricoveri impropri e “favorire dimissioni protette in luoghi più idonei al prevalere di fabbisogni sociosanitari, di stabilizzazione clinica, di recupero funzionale e dell'autonomia e più prossimi al domicilio”.

400 gli Ospedali di Comunità da costruire entro il 2026. I progetti attuali ne prevedono oltre 430.

Si tratta di strutture operative 7 giorni su 7, con un assetto organizzativo di 20 posti letto ogni 100mila abitanti.

Ciascun ospedale di comunità dotato di 20 posti dovrà prevedere una serie di dotazioni di tipo tecnologico-strutturale, ad esempio con locali per la riabilitazione, nonché standard minimi di personale. In primo luogo attraverso l'assistenza infermieristica, da garantire 7 giorni su 7, 24 ore su 24, con un numero di infermieri compreso tra 7 e 9, di cui 1 coordinatore. E poi 4-6 operatori sociosanitari, 1-2 unità di altro personale sanitario con funzioni riabilitative e un medico per 4,5 ore al giorno 6 giorni su 7.

Le criticità emerse finora

Il sistema così concepito dovrà accompagnare i bisogni di una popolazione in progressivo invecchiamento. Con tutte le necessità connesse: dalla presa in carico della non autosufficienza alla gestione delle malattie croniche.

Perciò è cruciale che il modello organizzativo stabilito dal Dm 77/2022 trovi un'applicazione omogenea sull'intero territorio nazionale.

Questa è la vera sfida da qui al giugno 2026, scadenza europea per l'istituzione di case e Ospedali di Comunità.

Il senso del presente rapporto è proprio avviare un monitoraggio su questo aspetto, attraverso la collaborazione tra Openpolis – fondazione indipendente e senza scopo di lucro che promuove l'accesso a dati e informazioni per l'analisi delle politiche pubbliche, come con il progetto Open PNRR– e Cittadinanzattiva– organizzazione attiva nella tutela dei diritti dei cittadini, nella cura dei beni comuni e nel sostegno alle persone in condizioni di debolezza.

Già oggi sono diversi i motivi che lasciano intravedere forti difficoltà nell'effettiva possibilità di ridurre i divari nell'accesso alle cure. Basta osservare il percorso di approvazione del decreto ministeriale 77/2022: approvato senza intesa in conferenza stato-Regioni.

Un accordo venuto meno proprio per il dissenso della maggiore regione del mezzogiorno, la Campania, preoccupata per la carenza di risorse necessarie al funzionamento a regime dei nuovi standard di assistenza territoriale.

Un punto critico che non sembra affatto infondato, stando alle analisi della Corte dei conti e dell'ufficio Parlamentare di Bilancio pubblicate negli ultimi mesi. Entrambi gli organi hanno mosso rilievi sul finanziamento a regime del nuovo sistema.

Complessivamente, il quadro delle risorse correnti utilizzabili appare soggetto a incertezza, soprattutto con riferimento agli anni successivi al periodo di programmazione del PNRR. Questo è proprio il motivo che ha reso le Regioni diffidenti nei confronti del nuovo Regolamento sugli standard dell'assistenza territoriale.

Il rischio concreto è che l'incertezza sulle risorse, in combinato disposto con un regolamento organizzativo che distingue tra aspetti prescrittivi, da garantire obbligatoriamente, e altri solo facoltativi, conduca a divari molto estesi nell'attuazione del nuovo sistema.

Un possibile indice di questa tendenza, come vedremo nel corso del rapporto, emerge nella diversa quota di Case della Comunità hub e spoke previste dalle diverse Regioni. E anche nella distribuzione di questi presidi e degli Ospedali di Comunità tra città maggiori e territori periferici di una stessa regione. Divari che peraltro si innesterebbero su disparità già in partenza molto ampie, aggravandole. Una ricognizione dell'Ufficio Studi della Camera dei Deputati nel 2021 aveva messo in evidenza come alcune Regioni, come Toscana ed Emilia-Romagna, si fossero già mosse sulla strada intrapresa dal Dm 77/2022, avendo istituito negli anni una rete di case della salute propedeutica alla creazione di quelle di comunità. Mentre altre hanno adottato modelli organizzativi diversi e appaiono meno attrezzate per il processo di cambiamento che investirà il sistema sanitario nei prossimi anni.

Anche se non è scontato che tutte le Case della salute possano essere immediatamente trasformate in Case della Comunità, si evidenzia che alcune Regioni, come Emilia-Romagna e Toscana, avrebbero già più strutture di quanto indicato come traguardo dal PNRR, mentre altre non ne hanno affatto. Queste ultime non sono collocate esclusivamente nel Mezzogiorno.

La necessità di un monitoraggio puntuale

Di fronte al rischio di un'applicazione a macchia di leopardo dei nuovi standard di assistenza territoriale, un monitoraggio attento dell'impiego delle risorse del PNRR appare quanto mai necessario. Un'attività che allo stato attuale delle informazioni non è affatto semplice.

E che deve necessariamente essere effettuata opera per opera, come peraltro indicato dal ministero stesso in risposta ai rilievi della Corte dei Conti.

(...) il livello di progettazione da raggiungere, affinché un progetto possa qualificarsi "idoneo", è "strettamente connesso alla strategia di gara individuata dalla stazione appaltante per la realizzazione dell'opera pubblica". – Delibera Corte dei conti n. 9/2023/CCC

Da tale consapevolezza nasce la collaborazione tra Openpolis e Cittadinanzattiva su questo report.

Un lavoro che si è basato sulla raccolta dei dati sui singoli interventi dai contratti istituzionali di sviluppo stipulati dal ministero della salute e dalle singole Regioni.

Questi sono stati successivamente georeferenziati e arricchiti con ulteriori informazioni estratte da fonte Agenas, l'agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali.

Una attività di analisi che abbiamo condensato in un rapporto nazionale e in 20 allegati con focus sugli interventi previsti, regione per regione.

Gli interventi del PNRR sulla sanità territoriale, regione per regione

Abruzzo

Macro-area: Sud

Residenti nel 2021: 1.281.012

Res. con almeno 65 anni nel 2021: 24,7%

Res. con almeno 65 anni nel 2050: 37,9%

Risorse Pnrr case della comunità: 58,9 milioni di €

Risorse Pnrr ospedali di comunità: 26,2 milioni di €

Basilicata

Macro-area: Sud

Residenti nel 2021: 545.130

Res. con almeno 65 anni nel 2021: 24,1%

Res. con almeno 65 anni nel 2050: 39,2%

Risorse Pnrr case della comunità: 25,0 milioni di €

Risorse Pnrr ospedali di comunità: 11,1 milioni di €

Calabria

Macro-area: Sud

Residenti nel 2021: 1.860.601

Res. con almeno 65 anni nel 2021: 22,9%

Res. con almeno 65 anni nel 2050: 36,9%

Risorse Pnrr case della comunità: 84,7 milioni di €

Risorse Pnrr ospedali di comunità: 37,6 milioni di €

Campania

Macro-area: Sud

Residenti nel 2021: 5.624.260

Res. con almeno 65 anni nel 2021: 19,9%

Res. con almeno 65 anni nel 2050: 34,3%

Risorse Pnrr case della comunità: 249,7 milioni di €

Risorse Pnrr ospedali di comunità: 111,0 milioni di €

Emilia-Romagna

Macro-area: Nord-est

Residenti nel 2021: 4.441.353

Res. con almeno 65 anni nel 2021: 24,2%

Res. con almeno 65 anni nel 2050: 33,7%

Risorse Pnrr case della comunità: 124,7 milioni di €

Risorse Pnrr ospedali di comunità: 68,0 milioni di €

Friuli-Venezia Giulia

Macro-area: Nord-est

Residenti nel 2021: 1.201.510

Res. con almeno 65 anni nel 2021: 26,6%

Res. con almeno 65 anni nel 2050: 35,8%

Risorse Pnrr case della comunità: 34,3 milioni di €

Risorse Pnrr ospedali di comunità: 18,7 milioni di €

Lazio

Macro-area: Centro

Residenti nel 2021: 5.730.399

Res. con almeno 65 anni nel 2021: 22,6%

Res. con almeno 65 anni nel 2050: 35,1%

Risorse Pnrr case della comunità: 158,5 milioni di €

Risorse Pnrr ospedali di comunità: 86,5 milioni di €

Liguria

Macro-area: Nord-ovest

Residenti nel 2021: 1.518.495

Res. con almeno 65 anni nel 2021: 28,7%

Res. con almeno 65 anni nel 2050: 35,1%

Risorse Pnrr case della comunità: 44,0 milioni di €

Risorse Pnrr ospedali di comunità: 24,0 milioni di €

Lombardia

Macro-area: Nord-ovest

Residenti nel 2021: 9.981.554
Res. con almeno 65 anni nel 2021: 22,9%
Res. con almeno 65 anni nel 2050: 32%
Risorse Pnrr case della comunità: 277,2 milioni di €
Risorse Pnrr ospedali di comunità: 151,2 milioni di €

Marche

Macro-area: Centro

Residenti nel 2021: 1.495.820
Res. con almeno 65 anni nel 2021: 25,4%
Res. con almeno 65 anni nel 2050: 37,6%
Risorse Pnrr case della comunità: 42,5 milioni di €
Risorse Pnrr ospedali di comunità: 23,2 milioni di €

Molise

Macro-area: Sud

Residenti nel 2021: 294.294
Res. con almeno 65 anni nel 2021: 25,9%
Res. con almeno 65 anni nel 2050: 38,4%
Risorse Pnrr case della comunità: 13,8 milioni di €
Risorse Pnrr ospedali di comunità: 6,1 milioni di €

Piemonte

Macro-area: Nord-ovest

Residenti nel 2021: 4.274.945
Res. con almeno 65 anni nel 2021: 26%
Res. con almeno 65 anni nel 2050: 34,5%
Risorse Pnrr case della comunità: 121,8 milioni di €
Risorse Pnrr ospedali di comunità: 66,4 milioni di €

Puglia

Macro-area: Sud

Residenti nel 2021: 3.933.777
Res. con almeno 65 anni nel 2021: 23,1%
Res. con almeno 65 anni nel 2050: 37,5%
Risorse Pnrr case della comunità: 177,2 milioni di €
Risorse Pnrr ospedali di comunità: 78,8 milioni di €

Sardegna

Macro-area: Isole

Residenti nel 2021: 1.590.044
Res. con almeno 65 anni nel 2021: 25,3%
Res. con almeno 65 anni nel 2050: 42,5%
Risorse Pnrr case della comunità: 73,7 milioni di €
Risorse Pnrr ospedali di comunità: 32,7 milioni di €

Sicilia

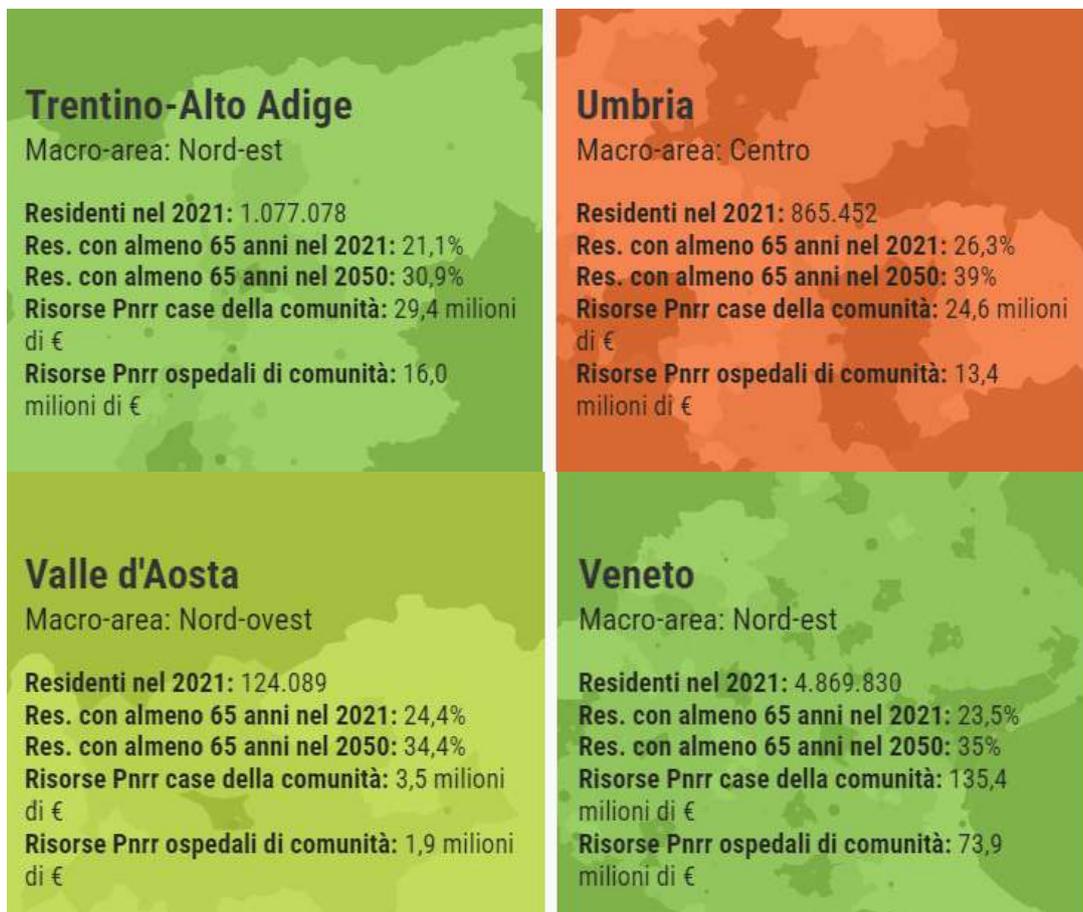
Macro-area: Isole

Residenti nel 2021: 4.833.705
Res. con almeno 65 anni nel 2021: 22,3%
Res. con almeno 65 anni nel 2050: 35,7%
Risorse Pnrr case della comunità: 217,0 milioni di €
Risorse Pnrr ospedali di comunità: 96,4 milioni di €

Toscana

Macro-area: Centro

Residenti nel 2021: 3.692.865
Res. con almeno 65 anni nel 2021: 25,8%
Res. con almeno 65 anni nel 2050: 35,4%
Risorse Pnrr case della comunità: 104,2 milioni di €
Risorse Pnrr ospedali di comunità: 56,8 milioni di €



FONTE: elaborazione openpolis – Cittadinanzattiva su dati Istat e Cis regionali (pubblicati: venerdì 24 Giugno 2022)

Dall'istituzione di Case della Comunità a quella di Ospedali di Comunità, la cui localizzazione deve essere valutata anche in relazione alle aree interne presenti in ciascun territorio.

Monitorare tali aspetti è quanto mai cruciale per valutare lo stato del sistema sanitario, oggi e soprattutto nei prossimi anni.

Mettiamo a disposizione in formato aperto i dati utilizzati nel report nazionale e negli approfondimenti regionali.

Possono essere riutilizzati liberamente per analisi, iniziative di **data journalism** o anche per semplice consultazione. I dati sugli interventi previsti per Case della Comunità e Ospedali di Comunità sono tratti dai contratti istituzionali di sviluppo (Cis) sottoscritti dalle Regioni con il Ministero della Salute.

Il PNRR e la sanità territoriale

Le Case della Comunità finanziate dal PNRR

- **1.430 le Case della Comunità che si prevede di costituire anche con i fondi PNRR.**
- **65,7% saranno di tipo hub, quelle con maggiori servizi.**
- **2 miliardi di Euro destinati dal PNRR per le Case della Comunità. Il 45% alle Regioni del mezzogiorno.**
- **In Calabria il 77% delle Case della Comunità sarà di tipo spoke.**
- **7 le province in cui è prevista l'istituzione di meno di 3 case hub ogni 100mila residenti con almeno 65 anni.**

Nel nuovo sistema configurato dal Dm 77/2022, le Case della Comunità saranno il perno fondamentale della sanità territoriale.

In base alle indicazioni del decreto, dovranno essere presidi fisici di semplice individuazione ai quali i cittadini possano accedere per i bisogni di assistenza sanitaria.

In questi punti, facilmente raggiungibili sul territorio, il paziente potrà trovare servizi come gli ambulatori dei medici di famiglia e dei pediatri di libera scelta.

L'obiettivo è realizzare un punto di accesso univoco ai servizi sanitari, dove la persona possa essere assistita da un'equipe multiprofessionale, in grado di prenderlo in carico nelle diverse esigenze, attraverso valutazione complessiva dei suoi bisogni di natura clinica, funzionale e sociale.

Sono 1.350 quelle previste come obiettivo dal PNRR.

Tuttavia, dall'esame dei contratti istituzionali di sviluppo (Cis) stipulati dal ministero della salute con le singole Regioni e province autonome, emerge che ne saranno costituite 1.430.

1.430 le Case della Comunità che si prevede di costituire anche con i fondi PNRR.

Si distinguono tra hub e spoke. Le prime sono quelle principali, chiamate a erogare, oltre a servizi di assistenza primaria, anche attività specialistiche e di diagnostica di base.

Mentre le seconde, istituite per aumentare la capillarità del servizio sul territorio, si concentreranno sull'offerta di servizi di assistenza primaria.

Anche gli standard organizzativi delle Case della Comunità variano tra i due tipi di struttura, e vanno distinti tra le previsioni obbligatorie (stabilite dall'allegato 2 del Dm 77/2022) e quelle facoltative (allegato 1 dello stesso decreto).

I servizi previsti nelle Case della Comunità

Livello di obbligatorietà	Servizi offerti
Obbligatorie per CdC hub e spoke	<ul style="list-style-type: none"> – Servizi di cure primarie erogati attraverso équipe multiprofessionali; – Punto unico di accesso; – Servizio di assistenza domiciliare; – Servizi di specialistica ambulatoriale per le patologie ad elevata prevalenza; – Servizi infermieristici; – Sistema integrato di prenotazione collegato al Cup aziendale; – Integrazione con i servizi sociali; – Partecipazione della comunità e valorizzazione della co-produzione; – Collegamento con la casa della Comunità hub di riferimento; – Presenza medica per la CdC hub: H24, 7/7 gg; – Presenza medica per la CdC spoke: H12, 6/7 gg; – Presenza infermieristica per la CdC hub: H12, 7/7 gg (fortemente raccomandato H24, 7/7 gg); – Presenza infermieristica per la CdC spoke: H12, 6/7 gg.
Obbligatorie solo per CdC hub	<ul style="list-style-type: none"> – Servizi diagnostici di base; – Continuità assistenziale; – Punto prelievi.
Facoltative nelle CdC hub e spoke	<ul style="list-style-type: none"> – Attività consultoriali e attività rivolta ai minori; – Interventi di salute pubblica (incluse le vaccinazioni per la fascia 0-18); – Programmi di screening.
Raccomandati nelle CdC hub e spoke	<ul style="list-style-type: none"> – Servizi per la salute mentale, le dipendenze patologiche e la neuropsichiatria infantile e dell'adolescenza; – Medicina dello sport.

Elaborazione Openpolis – Cittadinanzattiva su Dm 77/2022 e dossier camera

Le Case della Comunità hub avranno una funzione "baricentrica" rispetto alle altre nell'erogazione dei servizi sanitari e saranno circa due terzi di quelle di cui i Cis prevedono la realizzazione. Complessivamente, 939 su 1.430 strutture totali. **65,7% delle future Case della Comunità saranno hub.**

Le Case della Comunità spoke sono chiamate ad aumentare la capillarità del servizio e saranno circa un terzo delle strutture previste dai Cis.

Una quota tuttavia molto variabile tra le diverse Regioni: in Calabria circa il 77% delle Case della Comunità saranno spoke.

Mentre tutte le case da istituire in Lombardia, Piemonte, Umbria e Veneto sono qualificate come hub.

Oltre alla Calabria, anche in Sardegna, Abruzzo, Basilicata e Sicilia oltre il 60% delle Case della Comunità sarà di tipo spoke.

I finanziamenti del PNRR per le Case della Comunità

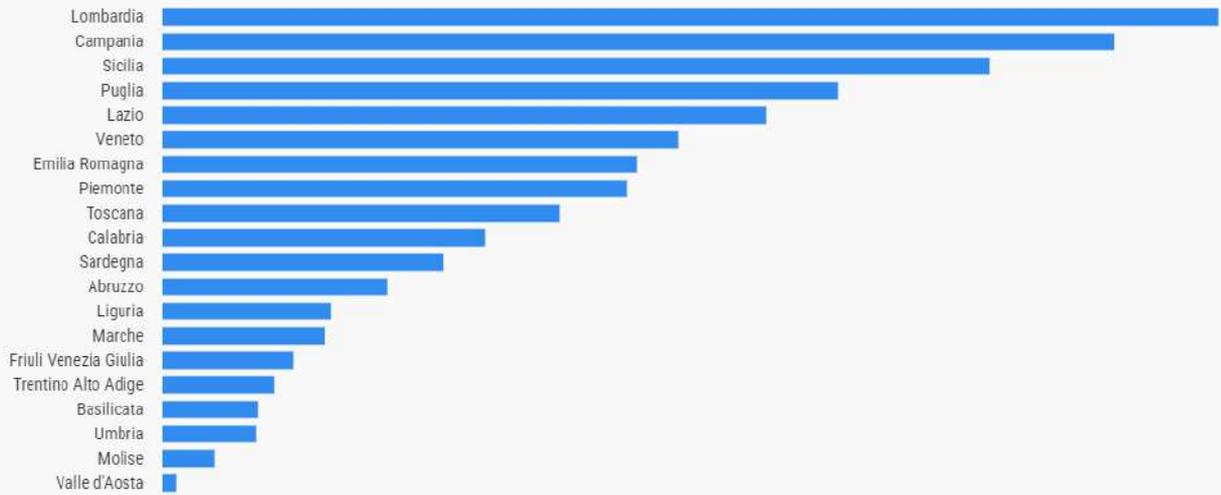
In termini di risorse, per le Case della Comunità sono previsti 2 miliardi di euro dal piano nazionale di ripresa e resilienza.

Finanziamenti ripartiti tra le Regioni in base alla quota di accesso del 2021, con un meccanismo di ponderazione pensato per garantire al mezzogiorno almeno il 45% delle
 In base a questi criteri, le Regioni con i maggiori finanziamenti dal PNRR in termini assoluti per le Case della Comunità saranno Lombardia (277,2 milioni di euro), Campania (249,7 milioni), Sicilia (quasi 217 milioni), Puglia (177,2) e Lazio (158,5).

I finanziamenti del PNRR per le Case della Comunità, regione per regione

Totale

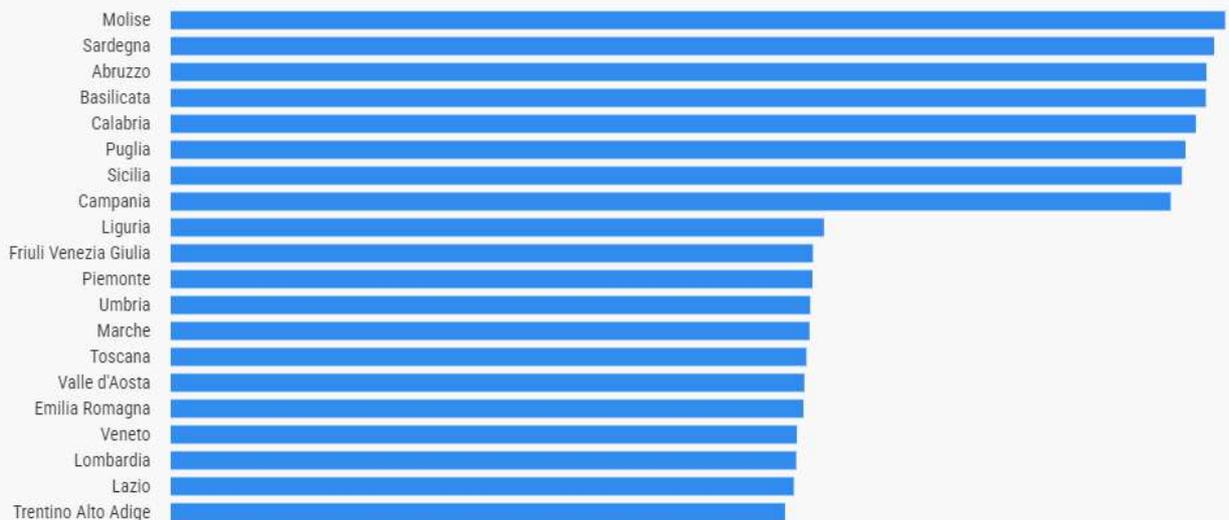
Legenda ■ Finanziamento da Pnrr



FONTE: elaborazione openpolis – Cittadinanzattiva su dati Cis regionali
 (pubblicati: venerdì 24 Giugno 2022)

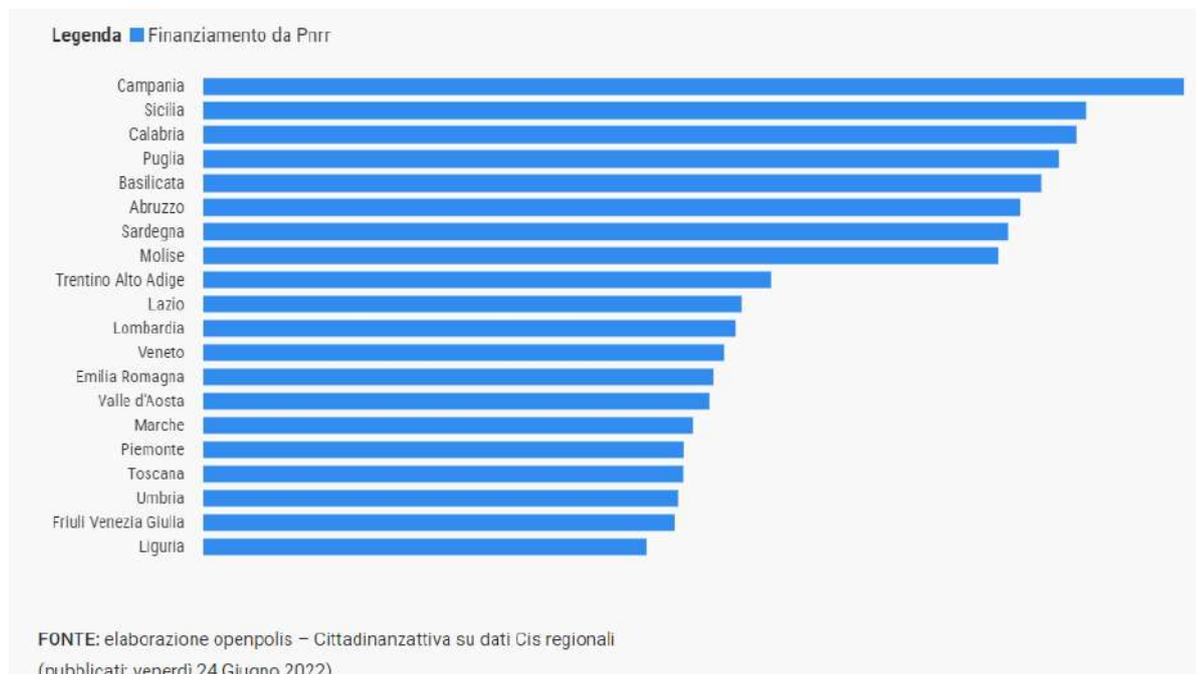
Pro capite

Legenda ■ Finanziamento da Pnrr



FONTE: elaborazione openpolis – Cittadinanzattiva su dati Cis regionali
 (pubblicati: venerdì 24 Giugno 2022)

Per residenti over 65



In rapporto alla popolazione totale, superano i 40 euro per abitante le Regioni del mezzogiorno: Molise, Sardegna, Abruzzo, Basilicata, Calabria, Puglia, Sicilia e Campania, a fronte di una media nazionale di 33,76 euro per residente.

45% la quota di PNRR per le Case della Comunità destinata alle Regioni del mezzogiorno.

Se invece si considera il rapporto rispetto agli abitanti con almeno 65 anni di età, il finanziamento pro capite maggiore dal PNRR è previsto per Campania e Sicilia (con oltre 200 euro per residente anziano), seguite da Calabria (198,95) e Puglia (194,88).

Come si articolerà l'offerta territoriale di Case della Comunità

Tuttavia a cambiare tra i diversi territori sarà la capillarità dell'offerta e l'articolazione tra Case della Comunità di tipo hub e quelle di tipo spoke. In base a quanto previsto dai contratti istituzionali di sviluppo, a livello nazionale si prevede l'istituzione di 2,4 case ogni 100mila residenti. Quota che sale a 10,3 considerando solo i residenti over-65.

Il rapporto più elevato si raggiunge in Molise, Basilicata e Calabria, considerando l'intera popolazione. Se invece si considerano solo i residenti con almeno 65 anni ai vertici troviamo Molise, Campania e Basilicata.

L'ordine cambia se si isolano però solo le case hub, quelle con maggiore dotazione di servizi. In questo caso, dopo il Molise, spiccano Lombardia, Veneto e Lazio, con oltre 8 case hub ogni 100mila residenti anziani. Mentre si attestano sotto quota 4 la Sardegna (3,98 case hub per 100mila ultra65enni) e la Calabria (3,29). A livello regionale è infatti la Calabria ad avere la quota più ampia di case spoke, che come anticipato dovrebbero costituire il 77% di quelle previste dal CIS.

In alcune Regioni del mezzogiorno oltre il 60% delle Case della Comunità sarà spoke

Perc. res. con almeno 65 anni: Meno anziani ← 0 ————— 60 → Più anziani
Tipo di struttura ■ Casa della comunità (spoke) ■ Casa della comunità (hub)



FONTE: elaborazione openpolis – Cittadinanzattiva su dati Cis regionali (pubblicati: venerdì 24 Giugno 2022)

Tra le province, superano le 18 Case della Comunità ogni 100mila persone anziane Agrigento, Foggia, Isernia e Caserta. Tuttavia se si considerano solo le hub, quelle con più servizi, ai primi posti svetta il territorio di Sondrio (16,2 case hub ogni 100mila over 65).

Seguono, con almeno 10 strutture hub ogni 100mila residenti, le province Isernia, Frosinone, Avellino, Brescia, Caltanissetta e Lodi.

In 7 territori è prevista l'istituzione di meno di 3 case hub ogni 100mila anziani, a fronte di una media nazionale di 6,74. Si tratta di Parma, Crotone, Enna, Cagliari, Catanzaro, Modena e Lucca.

- **400 gli Ospedali di Comunità da costruire entro il 2026.**
- **1 miliardo di Euro destinato dal PNRR a questo scopo.**
- **Il 40% alle Regioni del mezzogiorno.**
- **In media, dall'analisi dei Cis sono previsti 3,1 Ospedali di Comunità ogni 100mila abitanti anziani.**
- **17 le province in cui è prevista l'istituzione di meno di 2 Ospedali di Comunità ogni 100mila residenti con almeno 65 anni.**

Accanto alle Case della Comunità, gli Ospedali di Comunità dovranno essere l'altro presidio essenziale del nuovo sistema di sanità territoriale.

Si tratta di strutture pensate per rispondere alla sempre più pressante necessità di disporre di un luogo intermedio tra le dimissioni al domicilio del paziente e il ricovero ospedaliero.

In base al DM77, questi presidi dovrebbero evitare ricoveri impropri e "favorire dimissioni protette in luoghi più idonei al prevalere di fabbisogni socio-sanitari, di stabilizzazione clinica, di recupero funzionale e dell'autonomia e più prossimi al domicilio".

Sono 400 quelli previste come obiettivo dal PNRR, ma dall'esame dei contratti istituzionali di sviluppo stipulati dal ministero della salute con le singole Regioni e province autonome emerge che ne saranno costituiti oltre 430.

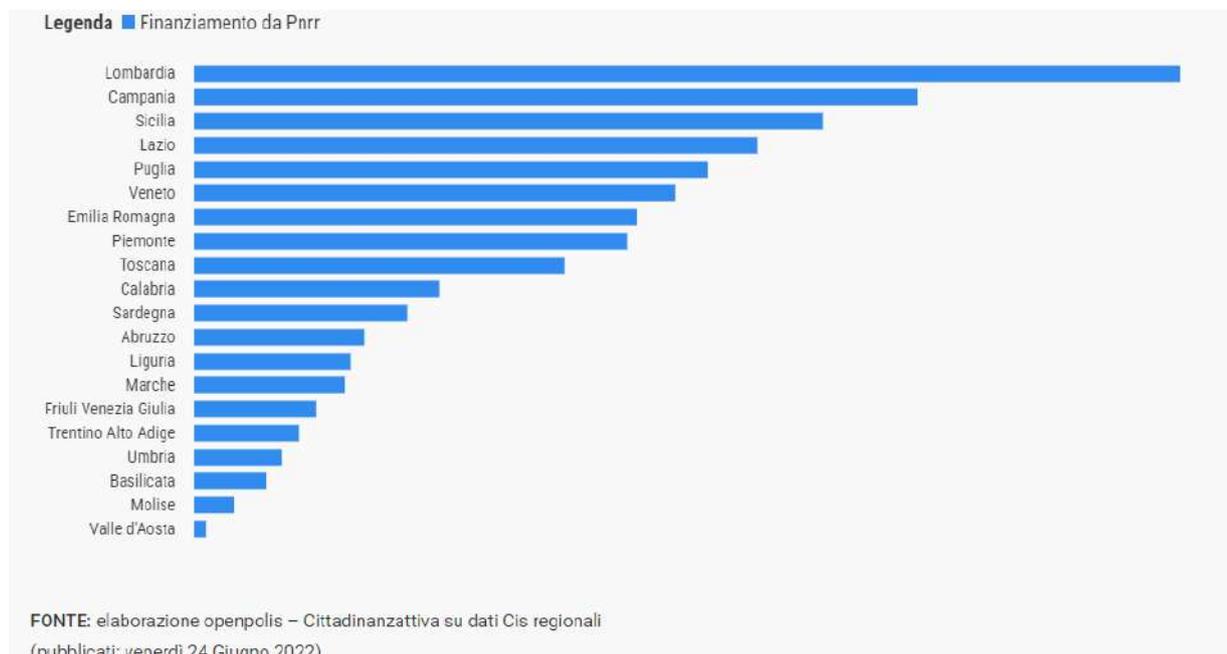
400 gli Ospedali di Comunità da costruire entro il 2026.

Si tratta di strutture operative 7 giorni su 7, con un assetto organizzativo di 20 posti letto ogni 100mila abitanti. Ciascun ospedale di comunità dotato di 20 posti dovrà prevedere una serie di dotazioni di tipo tecnologico-strutturale, ad esempio con locali per la riabilitazione, nonché standard minimi di personale. In primo luogo attraverso l'assistenza infermieristica, da garantire 7 giorni su 7, 24 ore su 24, con un numero di infermieri compreso tra 7 e 9, di cui 1 coordinatore.

E poi 4-6 operatori sociosanitari, 1-2 unità di altro personale sanitario con funzioni riabilitative e un medico per 4,5 ore al giorno 6 giorni su 7.

I finanziamenti del PNRR per gli Ospedali di Comunità

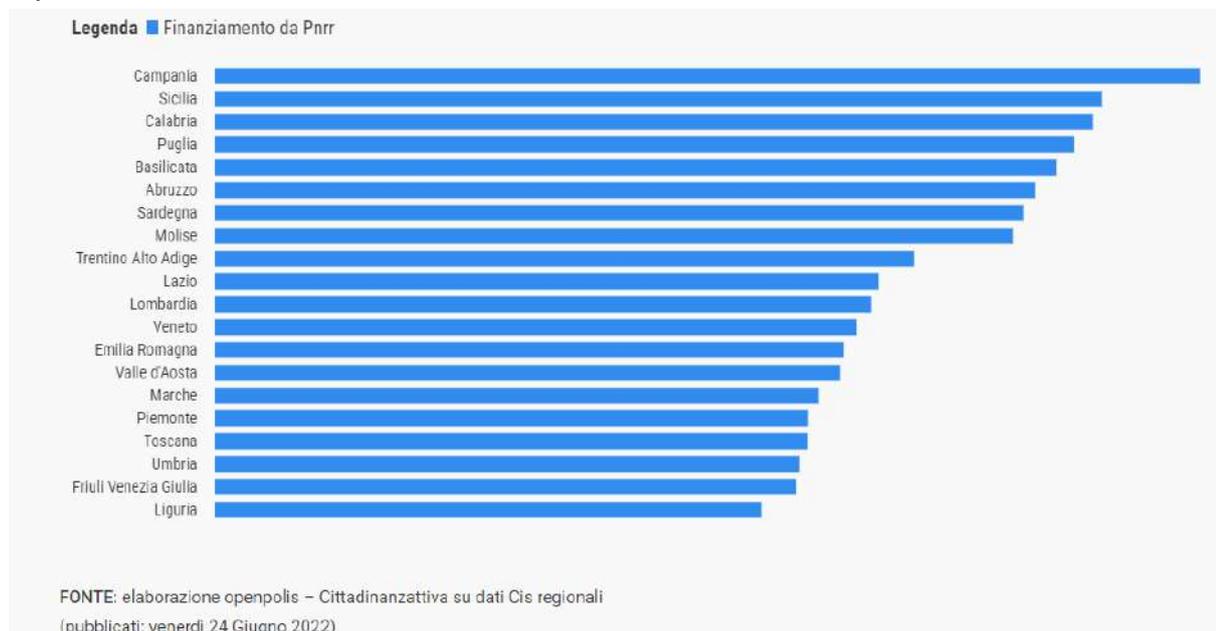
Totale



Pro capite



Popolazione residente over 65



Per gli Ospedali di Comunità, in termini di finanziamento, è previsto 1 miliardo di euro dal PNRR con l'obiettivo di costituire almeno 400 Ospedali di Comunità sull'intero territorio nazionale.

Tra le Regioni, il finanziamento maggiore dal piano nazionale di ripresa e resilienza è previsto per Lombardia (151,2 milioni di euro), con un target di 60 Ospedali di Comunità e 66 previsti dal contratto istituzionale di sviluppo regionale.

Seguono Campania – quasi 11 milioni di euro per un obiettivo di 45 ospedali e 48 previsti dal Cis della regione – e Sicilia. Sull'isola il target è di 39 Ospedali di Comunità, mentre 43 sono quelli di prevista realizzazione.

In relazione ai residenti totali, i finanziamenti pro capite maggiori sono previsti

nelle Regioni del mezzogiorno. Molise, Sardegna, Abruzzo, Basilicata, Calabria, Puglia, Sicilia e Campania si attestano attorno alla soglia dei 20 euro per abitante, a fronte di una media nazionale di 16,88 euro pro capite.

40% la quota di PNRR per gli Ospedali di Comunità destinata alle Regioni del mezzogiorno.

Se invece si considera il rapporto rispetto agli abitanti con almeno 65 anni di età, il finanziamento pro capite maggiore di PNRR è previsto per la Campania dove sfiora i 100 euro per residente anziano. Seguono Sicilia (89,35 euro per abitante over 65), Calabria (88,42) e Puglia (86,61).

Come si articolerà l'offerta territoriale di Ospedali di Comunità

Variabile tra i territori è anche la capillarità dell'offerta degli Ospedali di Comunità previsti dai contratti istituzionali di sviluppo.

Per avere un riferimento, in media a livello nazionale si prevede la costituzione di 0,73 Ospedali di Comunità ogni 100mila abitanti. Quota che sale 3,1 ogni 100mila abitanti di età pari o superiore ai 65 anni.

Supera la soglia di un ospedale ogni 100mila residenti la Calabria (1,07), seguita da Puglia (0,97) e Basilicata (0,92). In rapporto alla popolazione anziana ai vertici compaiono Calabria, Campania, Puglia e Sicilia, con oltre 4 ospedali ogni 100mila over 65.

La dislocazione dei nuovi Ospedali di Comunità sul territorio nazionale

Perc. res. con almeno 65 anni: Meno anziani ← 0 ————— 60 → Più anziani

Tipo di struttura ■ Ospedale di comunità



FONTE: elaborazione openpolis – Cittadinanzattiva su dati Cis regionali (pubblicati: venerdì 24 Giugno 2022)

La capillarità maggiore prevista dai Ci si riscontra nei territori delle province di Benevento (7,92 ogni 100mila residenti con almeno 65 anni), Barletta-Andria-Trani (7,74), Sondrio (6,95), Brindisi (6,56), Cosenza (5,72), Vibo Valentia (5,70) e Belluno (5,52).

In 17 province è prevista l'istituzione di meno di 2 Ospedali di Comunità ogni 100mila anziani.

Si tratta dei territori di Cagliari, Biella, Firenze, Massa-Carrara, Venezia, Varese, Padova, Campobasso, Perugia, Asti, Imperia, Monza e Brianza, Siena, Sud Sardegna, Pisa, Trieste e Fermo.

Il PNRR e la sanità territoriale

La nuova sanità territoriale e le aree interne

- **Nei comuni periferici e ultraperiferici oltre un residente su 4 ha almeno 65 anni.**
- **35,7% delle 1.430 Case della Comunità previste sarà collocato in aree interne.**
- **Nelle aree interne oltre la metà (52%) delle Case sarà spoke (contro una media nazionale del 34%).**
- **Il 36% degli Ospedali di Comunità si troverà nelle aree interne.**
- **Nelle aree interne il 23,3% dei futuri Ospedali di Comunità sarà realizzato con nuove costruzioni o ampliamenti, in linea con la media nazionale.**

L'obiettivo centrale degli investimenti del piano nazionale di ripresa e resilienza esaminati nel rapporto è costruire una rete di servizi sanitari prossimità.

Con ospedali e Case della Comunità diffuse sul territorio, che possano raggiungere la popolazione in tutto il paese, tanto nelle città maggiori quanto nelle aree interne.

Le aree interne sono i territori del paese più distanti dai servizi essenziali (quali istruzione, salute, mobilità). Parliamo di circa 4.000 comuni, con 13 milioni di abitanti, a forte rischio spopolamento (in particolare per i giovani), e dove la qualità dell'offerta educativa risulta spesso compromessa.

A maggior ragione in questi comuni interni, periferici rispetto ai servizi principali. Parliamo delle aree del paese dove già oggi vivono più anziani, e che proprio per questo avranno ancora più necessità di una rete di assistenza capillare ed efficiente.

Nei comuni polo – baricentrici in termini di servizi – e nei loro hinterland la quota di anziani oscilla tra il 22 e il 24%. In quelli periferici e ultraperiferici, a oltre 40 minuti di distanza dal polo più vicino, più di un abitante su 4 ha almeno 65 anni.

Nei comuni periferici e ultraperiferici oltre un residente su 4 ha almeno 65 anni

Percentuale di residenti con almeno 65 anni sul totale della popolazione (2021)

Legenda ■ % res. 65 anni o più



FONTE: elaborazione openpolis – Cittadinanzattiva su dati Istat e Agenzia coesione (ultimo aggiornamento: venerdì 1° gennaio 2021)

Le aree interne comprendono realtà montane, isolate, poco connesse. In questi territori l'esistenza di presidi sanitari diffusi è cruciale, anche in relazione al progressivo invecchiamento della popolazione e alla difficoltà dei collegamenti in quelle zone.

Anche su questo aspetto si misura la capacità della nuova rete di sanità territoriale di raggiungere gli obiettivi stabiliti dal piano nazionale di ripresa e resilienza.

Come si articolerà l'offerta di sanità territoriale

Complessivamente, i 3 miliardi mobilitati dal piano nazionale dovranno consentire la realizzazione delle 1.430 Case della Comunità e degli oltre 400 Ospedali di Comunità previsti nei diversi contratti istituzionali di sviluppo sottoscritti dal ministero della salute e dalle Regioni.

Ma come saranno dislocati sul territorio, in relazione alle aree interne?

Per quanto riguarda le Case della Comunità, circa un quarto delle 1.430 strutture saranno localizzate in città polo e in poli intercomunali. Quasi il 38% si troverà in comuni cintura, gli hinterland delle città baricentriche in termini di servizi. La parte restante, cioè oltre un terzo del totale, sarà collocata nelle aree interne.

35,9% delle 1.430 Case della Comunità previste sarà collocato in aree interne.

Nei comuni interni aumenta la capillarità delle Case della Comunità, ma sono poche in oltre la metà dei casi.

Rispetto a una media nazionale di 10,3 Case della Comunità ogni 100mila residenti con almeno 65 anni, il rapporto sale a 14,4 nei comuni intermedi (aree interne ad almeno 27,7 minuti dai poli).

E addirittura a 16,5 ogni 100mila anziani in quelli periferici e a 23,2 in quelli ultraperiferici. Comuni rispettivamente a più di 40 e di 66 minuti dalla città polo di servizi più vicina.

Tuttavia cambia molto l'incidenza tra Case della Comunità hub e quelle spoke.

Nei comuni polo, mediamente quasi l'84% delle case sarà hub, quelle con maggiore dotazione di servizi.

Poco più del 16% delle strutture sarà spoke. Al contrario, nei comuni periferici e ultraperiferici le spoke costituiranno oltre la metà delle case previste dai contratti istituzionali di sviluppo.

Nello specifico, sono spoke il 57,8% delle Case della Comunità previste nei comuni periferici e il 67,4% di quelle da istituire nei territori ultraperiferici. Nei comuni a perifericità intermedia, collocati tra 27,7 e 40,9 minuti dal polo più vicino, la quota è comunque superiore di oltre 10 punti alla media nazionale (45,7%).

52% delle Case della Comunità nei comuni interni sarà spoke (contro una media nazionale del 34%).

Si tratta di cifre coerenti con la funzione stabilita per le case spoke: incrementare la capillarità dei servizi sanitari, anche in aree con maggiore difficoltà di collegamento, attraverso un aumento dei presidi locali di base. Tuttavia questa tendenza dovrà essere verificata in relazione all'implementazione dei contratti di sviluppo nei diversi territori.

Ad esempio, nelle aree interne della Calabria, l'83,8% delle Case della Comunità dovrebbe essere spoke, a fronte di una media nazionale del 52%. Mentre in altre Regioni, come Lombardia, Piemonte, Umbria e Veneto, tutte le case da istituire sono hub, anche nei comuni più periferici.

Una differenza da monitorare nell'effettiva attuazione a regime del nuovo sistema, regione per regione. Proprio per gli standard minimi previsti per le strutture di tipo spoke, inferiori rispetto alle case hub.

La nuova rete di sanità territoriale tra poli e aree interne

Interventi per case e ospedali di comunità finanziati dal Pnrr rispetto alla classificazione per aree interne

Tipo di comune ■ A - Polo ■ B - Polo intercomunale ■ C - Cintura ■ D - Intermedio ■ E - Periferico ■ F - Ultraperiferico
Tipo di struttura ■ Casa della comunità (spoke) ■ Casa della comunità (hub) ■ Ospedale di comunità

🔍 Cerca un comune



FONTE: elaborazione openpolis – Cittadinanzattiva su dati Cis regionali
(pubblicati: venerdì 24 Giugno 2022)

L'offerta di Ospedali di Comunità nelle aree interne

L'altro presidio territoriale di cui è rilevante valutare la presenza rispetto alla perifericità dei territori sono gli Ospedali di Comunità.

Sono 400 quelli da costituire in base agli obiettivi del piano nazionale di ripresa e resilienza. I contratti istituzionali di sviluppo stipulati dal ministero della salute con le singole Regioni e province autonome prevede la costituzione di oltre 430 strutture.

Circa il 32% saranno istituite in comuni polo e in poli intercomunali; un altro 32% negli hinterland di queste città. Il restante 36,6% si troverà nelle aree interne del paese.

A fronte di una media nazionale di 3,1 Ospedali di Comunità ogni 100mila abitanti con almeno 65 anni, il rapporto supera le 5 strutture nei comuni periferici e in quelli ultraperiferici.

Questi interventi nelle aree interne saranno realizzati nel 23,3% dei casi attraverso nuova costruzione o ampliamento di strutture per ospitare i nuovi Ospedali di Comunità.

Una percentuale in linea con la media nazionale (22,1%).

La quota di nuove costruzioni varia tra le aree interne del paese.

Tutti i futuri Ospedali di Comunità saranno realizzati come nuove costruzioni o comunque ampliamenti nei territori periferici di Friuli Venezia Giulia, Marche e Trentino-Alto Adige.

Mentre nelle aree interne di Molise, Piemonte, Umbria e Veneto tutti gli interventi previsti sono ristrutturazioni di strutture esistenti.

<https://www.openpolis.it/esercizi/la-nuova-sanita-territoriale-e-le-aree-interne/>

CORRIERE DELLA SERA

Perché è facile rubare i soldi del PNRR: cosa svela la truffa a un macellaio pakistano

Milena Gabanelli e Andrea Priante

Procura di Venezia, 19 settembre 2023. Davanti alle domande della delegata italiana della Procura Europea, Donata Costa, un commerciante pakistano di Padova scuote la testa: «Non ho mai ceduto la mia società. Non sono mai andato da una commercialista a Frosinone. La richiesta di finanziamenti alla Simest? Mai compilata, mai vista...».

E più i finanziari gli mettono sotto al naso documenti e fatture più lui annichilisce. Una banda di truffatori lo aveva manipolato togliendogli tutto. «Oggi sono pieno di debiti. Lavoro come facchino, abito da un connazionale perché sono stato sfrattato, mia moglie è tornata in Pakistan...». La banda non ha fregato solo lui, ma anche tutti noi perché in fondo alla storia ci sono i soldi del Pnrr. Andiamo con ordine.

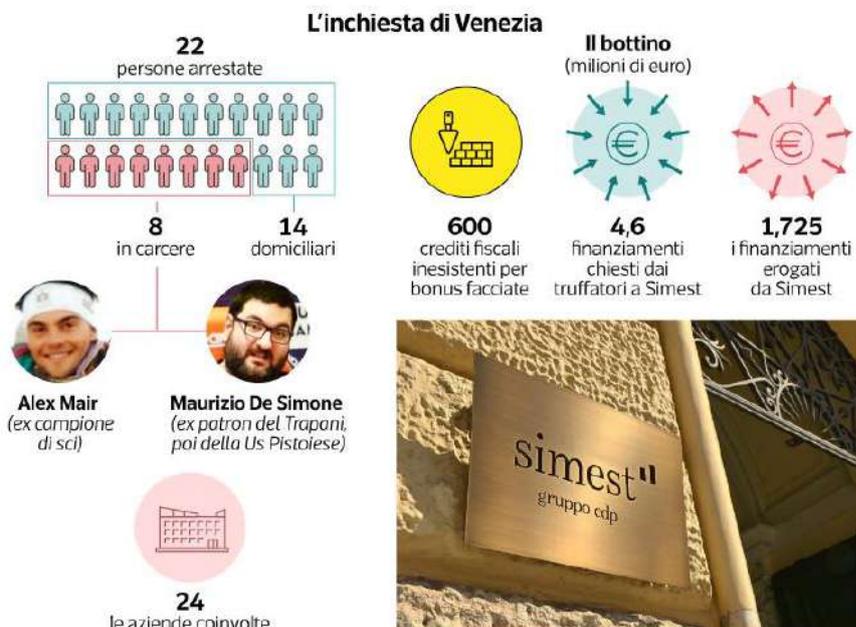


Il 9 aprile di quest'anno, a Strasburgo, il capo della procura europea Laura Kovesi spiega alla Commissione per il controllo dei bilanci dell'Europarlamento che nel 2023 i suoi delegati hanno avviato 258 indagini per frodi al Recovery Fund, al quale ogni Paese accede attraverso il Pnrr, con un danno stimato di quasi 2 miliardi di euro. E che circa 200 sono state aperte nel nostro Paese. «Non perché ci sia un problema in Italia – precisa però Kovesi – ma perché in Italia le indagini le fanno».

L'ultima è proprio quella dell'ufficio di Venezia che, lo scorso aprile, ha portato all'arresto di 22 persone e sequestri preventivi per 600 milioni di euro. A capo dell'associazione criminale c'è l'ex campione di sci Alex Mair e una rete di complici (tra i quali l'ex patron del Trapani, Maurizio De Simone) e prestanome che nell'arco di pochi mesi hanno messo in piedi una serie di truffe per intascare i fondi del Pnrr. E lo schema è sempre lo stesso.

Come si costruisce la frode

Il negozio di alimentari e macelleria di Kalim a Padova – capitale sociale 900 euro – entra in crisi durante la pandemia. Nel giugno 2021 conosce un faccendiere (Franco Borghi che, in realtà, è il «cacciatore di teste» della banda) che promette di fargli avere 80 mila euro di finanziamento dalle banche per fronteggiare i debiti. Per consentire a Borghi di seguire la pratica, Kalim segue le sue istruzioni: aprire un conto intestato al negozio e consegnargli le credenziali, incluse quelle per usare la firma elettronica. E gli dà pure 700 euro per la mediazione. Subito dopo Borghi smette di rispondergli al telefono e da lì in poi la banda agisce per conto proprio: in quattro mesi gli toglie ogni cosa, senza che Kalim se ne renda conto. Il 7 dicembre 2021 vengono approvati i bilanci (gonfiati) dell'azienda: nel 2019 ricavi per 4,2 milioni, nel 2020 per 7,6 milioni. Il 17 gennaio 2022 la sede legale viene trasferita a Roma e cambia settore: non è più un alimentare ma una ditta di costruzioni che poi si chiamerà Avion Energy srl. L'1 aprile 2022 la firma falsa di Kalim compare nell'atto in cui cede tutte le quote a un prestanome della banda: un cuoco con problemi di alcolismo seguito dai servizi sociali. Ma tutto questo serve solo a preparare il terreno alla truffa vera e propria.



Un gioco da ragazzi

L'1 febbraio 2022 la società presenta un progetto di sviluppo alla Simest: 300 mila euro per creare una piattaforma informatica per la promozione e vendita di servizi edili online. Il 2 settembre 2022 la Simest accredita 150 mila euro sul conto della società che, il giorno stesso, li gira su un conto in Slovacchia. Lo stesso meccanismo viene messo in atto con 24 aziende intestate a sbandati, carcerati e tossicodipendenti. Le società chiedono finanziamenti per 4,6 milioni di euro e, al momento in cui la Finanza ferma tutto, Simest ha già versato la prima trince a 14 di queste società: per un totale di 1,725 milioni di euro.

Il meccanismo della truffa



Cos'è Simest

Simest è una controllata di Cassa Depositi e Prestiti che dal 1991 ha il compito di sostenere la crescita all'estero delle imprese italiane attraverso la concessione di finanziamenti pubblici per l'internalizzazione, il supporto del credito alle esportazioni e la partecipazione al capitale di imprese. Negli anni ha distribuito 20 mila prestiti agevolati a 15 mila imprese per un totale di 3 miliardi di euro. Nel 2021 viene chiamata a gestire, in convenzione col ministero degli Esteri, un fondo da 1,2 miliardi di euro del Pnrr destinato ad aiutare le piccole e medie imprese nella transizione digitale ed ecologica, a partecipare a fiere e mostre e a sviluppare l'e-commerce con l'estero. Gli imprenditori dovevano presentare, entro maggio 2022, il loro progetto di sviluppo e accedere così al finanziamento a tasso agevolato (lo 0,051%) senza necessità di presentare garanzie, più una quota del 25% a fondo perduto che sale al 40% per le aziende del Sud. Importo massimo: un milione di euro e comunque non superiore al 25% dei ricavi medi che risultano dagli ultimi due bilanci approvati. È per questo motivo che, prima di chiedere il finanziamento, la banda gonfia a dismisura i conti delle loro finte aziende.



Come funzionano i controlli

Ma per ottenere i soldi del Pnrr basta costruire una trafila di documenti falsi? I controlli sulla regolarità delle richieste spettano a Simest che ha anche l'obbligo di segnalare le operazioni sospette. Ma quali strumenti ha? Simest le verifiche può farle solo attraverso i dati della camera di commercio, dove sono depositati i bilanci falsi, ma anche – basta chiederli – i bilanci degli anni precedenti. Se l'avesse fatto avrebbe intuito che una società con un capitale sociale di 900 euro non può improvvisamente passare dall'orlo del fallimento a ricavi milionari. C'erano altre anomalie che avrebbero dovuto insospettire: i bilanci del 2019 e 2020 approvati lo stesso giorno e gli improvvisi cambi di settore produttivo. Inoltre, Simest è tenuta a individuare i titolari effettivi delle società a cui eroga denaro pubblico. Per fare

questa verifica avrebbe dovuto convocarli. Se lo avesse fatto avrebbe scoperto che si trovavano in carcere o in una comunità di recupero.

Di chi è la colpa?

Infine, le regole del fondo prevedono che se «l'impresa richiedente non aveva i requisiti di ammissibilità richiesti per l'intervento» essa dovrà «restituire il finanziamento erogato» con gli interessi. Ma i prestanome nullatenenti servono proprio a non dover restituire alcunché. Motivo per cui i controlli andrebbero fatti prima di pagare e non dopo, quando i soldi sono spariti. Infatti, mentre l'inchiesta penale va avanti, il fascicolo è stato trasmesso alla Corte dei Conti che, se c'è stata negligenza, dovrà punire i dirigenti pubblici per mancata vigilanza. La truffa scoperta a Venezia ha sottratto lo 0,2% del fondo alimentato dal Pnrr, ma potrebbero essere molti di più perché i magistrati europei in Italia stanno indagando su un altro centinaio di casi legati ai contributi distribuiti da Simest. L'impresa che non aveva i requisiti di ammissibilità richiesti dall'intervento dovrà restituire il finanziamento erogato

Il bonus facciate

Nello stesso periodo la Avion Energy ha accumulato nel suo cassetto fiscale 27 milioni di euro di agevolazioni sul bonus facciate per lavori mai svolti. Ha provato a venderli, ma l'unica operazione che è riuscita a monetizzare è con Poste Italiane che, a ottobre 2021, ha accreditato 470mila euro sul conto della società. Anche in questo caso i soldi sono stati immediatamente trasferiti simulando il pagamento di fatture. Dall'inchiesta della procura europea emerge che quasi tutte le società usate per truffare la Simest, tra il 2020 e il primo quadrimestre 2023, hanno generato crediti d'imposta per 600 milioni di euro in larga parte maturati proprio con il bonus facciate a fronte di lavori edili mai eseguiti. La Guardia di Finanza ha sequestrato tutto. Ma intanto, tra il 2021 e il 2022 sette società sono comunque riuscite a cedere a Poste Italiane crediti per 17,7 milioni che nessuno recupererà più.

[Perché è facile rubare i soldi del Pnrr: cosa svela la truffa a un macellaio pakistano | Milena Gabanelli- Corriere.it](#)



Ospedali e medici di famiglia non si parlano: sprecati 6 miliardi in ricoveri

In media tre ricoveri su 10 si sarebbero potuti evitare con una migliore presa in carico dei pazienti da parte dei servizi territoriali

Marzio Bartoloni

*Un blackout comunicativo che costa caro: almeno 6 miliardi in ricoveri inutili. Perché specialisti ospedalieri e medici di famiglia si parlano troppo poco visto che si consultano quando un paziente è ricoverato in appena il 15% dei casi, mentre in otto casi su dieci i pazienti arrivano in reparto senza che si sappia nulla dei loro trascorsi in fatto di salute perché il fascicolo sanitario elettronico è aggiornato appena una volta su cinque. Così non ci si deve poi stupire se in media tre ricoveri su 10 si sarebbero potuti evitare con una migliore presa in carico dei pazienti da parte dei servizi territoriali. Il che in numeri assoluti fa **2 milioni e 250 mila ricoveri evitabili l'anno**, pari a uno **spreco di circa 6 miliardi**, calcolando che il costo medio di un ricovero è di circa 3mila euro. Troppi ancora i ricoveri "sociali" e quelli impropri*

*La fotografia poco consolante del muro che separa in sanità ospedali e territorio è stata scattata dalla **survey condotta da Fadoi, la Federazione dei medici internisti ospedalieri**, su un campione rappresentativo di tutte le Regioni. Due mondi quasi incomunicabili che finiscono per generare accessi impropri ai pronto soccorso e ricoveri evitabili. Problemi che solo per il 7,6% dei medici potranno essere risolti da ospedali e case di comunità, il fulcro della riforma sanitaria territoriale finanziata complessivamente con oltre 7 miliardi del Pnrr. Ma veniamo ai dati: partendo dai ricoveri "sociali" - ossia di pazienti che si sarebbero potuti assistere anche a casa se solo esistesse un servizio di assistenza domiciliare o una rete familiare in grado di accudirli - questi rappresentano il 20% del totale nel 31,7% delle strutture interpellate mentre la quota supera il 30% nel 15,4% degli ospedali e il 40% nel 4,7% degli stessi, per una media di un ricovero su 5. Nel 34,1% delle strutture si sarebbero invece potuti evitare un buon 30% dei ricoveri con una migliore presa in carico dei pazienti nel territorio. Percentuale di ricoveri impropri che è di più del 40% nel 33,7% dei nosocomi, mentre in altre realtà ospedaliere la quota di ricoveri evitabili oscilla fra il 10 e il 20%. Solo l'1,8% non segnala ricoveri impropri per carenze della sanità territoriale.*

Poco dialogo tra ospedalieri e medici di famiglia, Fascicolo sanitario al palo

*Variegate le azioni che a giudizio dei medici internisti ospedalieri avrebbero potuto evitare ai pazienti di soggiornare in reparto. Per il 32,6% servirebbe un maggior rapporto tra ospedale e territorio, per un altro 32,4% una maggiore offerta di assistenza domiciliare integrata, per il 21% basterebbero le nuove case e ospedali di comunità e per il 13,9% sarebbe necessaria una apertura più continuativa degli studi dei medici di famiglia. Ma soprattutto per comunicare - pur senza parlare - uno strumento ospedale e territorio ce l'avrebbero ed è il **Fascicolo sanitario elettronico**, che dovrebbe contenere tutta la nostra storia sanitaria, dalle patologie che ci affliggono alle terapie che assumiamo al momento di finire in ospedale. Peccato che i medici del territorio, anche per farroginosità burocratiche, non riescano ad aggiornarlo nel 39,3% dei casi o lo facciano raramente nel 41% dei casi. Percentuali simili si trovano quando si tratta di rilevare il dialogo tra medici ospedalieri e territoriali. I primi nel 71% dei casi si consultano solo raramente con i medici di famiglia quando un paziente viene ricoverato, mentre per il 13,7% il consulto non avviene proprio mai. Si verifica invece abbastanza frequentemente appena nel 15% dei casi. La consulenza si attiva sempre appena lo 0,2% delle volte.*

Uno scollamento tra ospedale e territorio che dura da molti anni

*«L'indagine condotta in questi giorni da Fadoi dimostra numeri alla mano quello che come internisti ospedalieri abbiamo sempre denunciato, ossia lo scollamento pressoché totale tra ospedale e territorio. Anacronistico in un Paese che invecchiando vede aumentare il numero di pazienti cronici con poli-patologie che richiedono una presa in carico globale, che ricomprenda sia la fase che precede il ricovero sia quella seguente», avverte il Presidente della Federazione, **Francesco Dentali**. «Purtroppo, come segnalano a larga maggioranza i nostri medici - continua Dentali -, questa frattura non sarà ricucita dalla riforma della sanità territoriale finanziata con i soldi del Pnrr, che ha disegnato le mura delle nuove strutture, senza definire chi ci lavora e come si rapportino con l'ospedale». «Come mostrano i risultati della survey, servono regole chiare e stabili a livello nazionale che leghino tutta la filiera del Servizio sanitario nazionale. Oggi invece -afferma **Dario Manfredotto**, presidente della Fondazione Fadoi- i percorsi di cura sono frammentati e spesso si formano dei colli di bottiglia che intasano le strutture».*

quotidianosanita.it

Pronto Soccorso. Il 3,5% dei pazienti nel 2023 ha eseguito più di 5 accessi; utenti sempre più anziani.

La SIMEU fotografa come è cambiata la domanda di assistenza

Indagine SIMEU sugli accessi tra il 2019 e il 2023. La quota di pazienti ultraottantenni è cresciuta di 4 punti percentuali, raggiungendo il 27% degli accessi totali nel 2023. Aumentano le esigenze cliniche e assistenziali e il tempo medio di attesa per il ricovero in area medica (da 25 ore a 31 ore). Cresce anche la spesa per ciascun paziente: +13% per gli esami di laboratorio, +23% per la diagnostica per immagini. "Il Ps è lo specchio della situazione complessiva del Ssn e, allo stato attuale, l'unica risposta possibile per molte condizioni".

28 MAG - Cresce il numero di anziani che ricorrono al pronto soccorso, cresce il numero di cittadini che si recano al Pronto Soccorso più volte in un anno. Le cause degli accessi ripetuti sono molteplici e molto differenti tra loro, ma con un denominatore comune: la presenza di problematiche, siano cliniche o assistenziali, che non trovano soluzioni in altro modo. A dirlo è la SIMEU (Società Italiana di Medicina di Emergenza Urgenza), che alla vigilia del Congresso Nazionale, che dal 30 maggio al 1° giugno riunirà a Genova medici, infermieri, specializzandi MEU provenienti da tutta Italia, ha presentato i dati di una survey condotta dall'Osservatorio SIMEU per comprendere l'evoluzione dell'attività erogata dalla Medicina di Emergenza Urgenza in questi ultimi anni.

La rilevazione è stata eseguita su un campione significativo di Pronto Soccorso italiani raffrontando i dati relativi all'anno 2019 (anno pre-pandemico, con circa venti milioni di accessi nazionali) con quelli relativi all'anno 2023 (18.000.000 di accessi, dati AGENAS). "I risultati, proiettati sul dato complessivo nazionale, permettono di evidenziare quanto segue", spiega la SIMEU.

E dunque, relativamente all'accesso di pazienti molto anziani, con più di 80 anni di età, si è rilevato:

- Anno 2019: 23% degli accessi totali, pari a circa 4.600.000
- Anno 2023: 27% degli accessi totali, pari a circa 4.860.000

Secondo il Responsabile dell'Osservatorio SIMEU, **Andrea Fabbri**: "È un dato impressionante che deve essere spiegato: a fronte di una diminuzione del numero totale degli accessi di Pronto Soccorso, l'incremento relativo di pazienti così anziani provoca un aumento, in termini assoluti, di oltre 250.000 casi. Ma è ancora più importante comprendere che è la composizione della popolazione del Pronto Soccorso a mutare profondamente. Le esigenze cliniche e assistenziali di pazienti così anziani moltiplicano l'impegno necessario da parte di tutti gli operatori (medici, infermieri, OSS) per un fattore di incremento che è certamente superiore alla semplice differenza numerica".

Relativamente al tempo medio di attesa in Pronto Soccorso per il ricovero in area medica il dato rilevato è il seguente:

- Anno 2019: attesa media di 25 ore
- Anno 2023: attesa media di 31 ore (+ 25%)

Il Past President SIMEU, **Salvatore Manca**, commenta: "Il tempo d'attesa per il ricovero in area medica è aumentato in pochi anni del 25%: 6 ore in più. Quel tempo ha un valore assoluto che riflette il disagio dei pazienti e l'impegno assistenziale messo in atto nei Pronto Soccorso, sempre più a corto di strumenti per provvedere alle nuove esigenze. Se si moltiplica il tempo di 31 ore per il numero dei ricoveri in Medicina in un anno emerge una cifra spaventosa: decine di milioni di ore di assistenza e cura in barella".

L'indagine SIMEU si è orientata anche sull'aspetto economico dell'attività di Pronto Soccorso. Sono stati presi in esame alcuni dati grezzi comparando ancora il 2019 con il 2023:

- Costo/paziente per esami di laboratorio: +13%
- Costo/paziente per diagnostica per immagini: +23%

- Costo/paziente per farmaci: +15%

“Il dato dei costi per paziente – precisa **Beniamino Susi**, vicepresidente nazionale SIMEU - è grezzo e andrebbe approfondito e meglio definito. Quel che sappiamo è che l’incremento, in generale, è legato solo in minima parte a un aumento dei prezzi e deriva soprattutto dal crescere delle attività. Il che è certamente il risultato sia del maggior tempo di stazionamento in Pronto Soccorso di tanti pazienti, sia dell’incremento della loro complessità clinica e dell’accuratezza della diagnostica e della terapia effettuata in PS”.

Infine un dato che riguarda gli accessi ripetuti in Pronto Soccorso: circa il 3,5% dei pazienti registrati in Pronto Soccorso ha eseguito più di 5 accessi nel solo anno 2023.

“Le cause degli accessi ripetuti sono molteplici e molto differenti tra loro: ci sono persone con grandi difficoltà sociali, come i senza fissa dimora, ma anche pazienti con condizioni croniche che hanno necessità frequenti, come i pazienti con patologia psichiatrica, oncologica, geriatrica. Il denominatore comune è certamente la presenza di problematiche, siano cliniche o assistenziali, che comunque non trovano soluzioni e generano inevitabilmente la categoria dei “frequent flyers” del Pronto Soccorso: l’espressione evidente di carenze esterne all’obiettivo della Medicina d’Emergenza Urgenza ma che possono rivolgersi solo ad essa” spiega **Antonio Voza**, Segretario nazionale SIMEU.

Secondo **Fabio De Iaco**, Presidente SIMEU i dati analizzati evidenziano un generale incremento della complessità che il Pronto Soccorso italiano continua ad affrontare: “Sono numeri che esprimono incrementi aritmetici ma che andrebbero letti come esponenziali, visto che ogni segno più corrisponde a un aumento di attività su persone che hanno necessità cliniche e assistenziali che coinvolgono più professionisti. Tutto questo in un contesto di progressivo depauperamento degli organici e di frequente inadeguatezza di spazi e strutture. È l’ennesima conferma di quanto rilevato da anni: il Pronto Soccorso è lo specchio della situazione complessiva del SSN, ma anche, allo stato attuale, l’unica risposta possibile per molte condizioni”.

Conclude il Presidente “Nella discussione generale sulla necessità di una profonda riforma strutturale dell’intero SSN i nostri dati esprimono la necessità impellente di soccorrere il mondo dell’Emergenza Urgenza, in attesa che gli auspicati provvedimenti generali - che attendiamo di vedere identificati e attuati - possano finalmente produrre effetti concreti. Il tempo delle analisi è decisamente finito” sottolinea “non ci stancheremo mai di evidenziarlo: serve una corretta progettualità accompagnata da giusti investimenti”.

https://www.quotidianosanita.it/studi-e-analisi/articolo.php?articolo_id=122456

la Repubblica

Sanità, due milioni di ricoveri e 6 miliardi di spreco. Fadoi: “Tre ricoveri su dieci si potrebbero evitare se i medici di famiglia si consultassero con gli ospedalieri”

a cura della redazione Cronaca nazionale

Il mancato dialogo ospedale-servizi sanitari territoriali all’origine degli sprechi, un costosissimo blackout comunicativo

È un blackout comunicativo quello che fa viaggiare su due rette parallele ospedali e servizi sanitari territoriali. Un fenomeno che ha un prezzo. Tre ricoveri su 10, infatti, si sarebbero potuti evitare con una migliore presa in carico dei pazienti da parte dei servizi territoriali. Il che in numeri assoluti fa 2 milioni e 250 mila ricoveri evitabili l’anno, pari a uno spreco di circa 6 miliardi, calcolando che il costo medio di un ricovero è di circa 3 mila euro. È questa la fotografia poco consolante del muro che separa in sanità ospedali e territorio, scattata su un campione rappresentativo di tutte le Regioni, dalla survey condotta da Fadoi, la Federazione dei medici internisti ospedalieri (Fadoi), che apre oggi il suo 29esimo congresso a Rimini.

PUBBLICITÀ

Consulto solo nel 15 per cento dei casi

Gli specialisti ospedalieri e medici di famiglia, indica il report, si consultano quando un paziente è ricoverato in appena il 15% dei casi, mentre in otto casi su dieci i pazienti arrivano in reparto senza che si sappia nulla dei loro trascorsi in fatto di salute perché il fascicolo sanitario elettronico è aggiornato appena una volta su cinque. Due mondi quasi incomunicabili, quindi, che finiscono per generare accessi impropri al pronto soccorso e ricoveri evitabili. Problemi che - secondo gli internisti - solo per il 7,6% dei medici potranno essere risolti da ospedali e case di comunità, il fulcro della riforma sanitaria territoriale finanziata complessivamente con oltre 7 miliardi del Pnrr.

Lo strumento per comunicare: il fascicolo sanitario elettronico

Per comunicare, pur senza parlare, uno strumento ospedale e territorio ce l'avrebbero - ricorda Fadoi - ed è il fascicolo sanitario elettronico, che dovrebbe contenere tutta la nostra storia sanitaria, dalle patologie che ci affliggono alle terapie che assumiamo al momento di finire in ospedale. Peccato che i medici del territorio, anche per farroginosità burocratiche, non riescano ad aggiornarlo nel 39,3% dei casi o lo facciano raramente nel 41% dei casi. Le stesse alte percentuali si ritrovano quando si tratta di rilevare il dialogo tra medici ospedalieri e territoriali. I primi nel 71% dei casi si consultano solo raramente con i medici di famiglia e gli specialisti ambulatoriali quando un paziente viene ricoverato, mentre per il 13,7% il consulto non avviene proprio mai. Si verifica invece abbastanza frequentemente appena nel 15% dei casi. La consulenza si attiva sempre appena lo 0,2% delle volte.

Percorsi di cura frammentati

Per Dario Manfellotto, presidente della Fondazione Fadoi, "servono regole chiare e stabilite a livello nazionale che leghino tutta la filiera del Servizio sanitario nazionale. Oggi invece i percorsi di cura sono frammentati e spesso si formano dei colli di bottiglia che intasano le strutture".

L'équipe di professionisti competenti

Per questo, prosegue Manfellotto, "servirà agevolare il percorso casa-territorio-ospedale-post acuzie-riabilitazione-casa, con regole d'ingaggio strette e rigorose. La regia non la può fare in modo burocratico una 'Centrale operativa territoriale' ma una équipe di professionisti competenti. E poi un ospedale di comunità a 'quasi totale gestione infermieristica' non può funzionare, per cui si rende necessaria una via nuova, che coinvolga gli specialisti dell'ospedale in collaborazione con i medici del territorio, con percorsi assistenziali ben definiti".

https://www.repubblica.it/cronaca/2024/05/11/news/sanita_sprechi_tre_ricoveri_su_dieci_evitabili_fadoi-422917186/?ref=RHLF-BG-P10-S1-T1

quotidianosanita.it

Nel 2022-2023 in Italia circa 430 mila persone ricoverate hanno contratto un'infezione ospedaliera (8,2%), un dato superiore alla media Ue (6,5%). L'analisi dell'Ecdc

Riguardo le infezioni ospedaliere l'Italia fa registrare il secondo peggior risultato del continente dopo il Portogallo (8,9%). Quanto all'uso di antibiotici, la stima di utilizzo ospedaliera in Italia è del 44,7%, anche in questo caso il dato è al di sopra della media europea che si ferma a 33,7%. La direttrice Ecdc, Andrea Ammon: "Le infezioni associate all'assistenza sanitaria rappresentano una sfida significativa per la sicurezza dei pazienti negli ospedali di tutta Europa. Questi numeri recenti evidenziano l'urgente necessità di ulteriori azioni per mitigare questa minaccia".

06 MAG -

Ogni anno, 4,3 milioni di pazienti ricoverati negli ospedali dell'UE/SEE contraggono almeno un'infezione associata all'assistenza sanitaria durante la loro degenza in ospedale. Questi dati vengono pubblicati nell'ambito dell'indagine sulla prevalenza delle infezioni associate all'assistenza sanitaria (HAI) e dell'uso di antimicrobici negli ospedali per acuti, coordinata dall'Ecdc nel 2022-2023.

Table 21. Estimation of the annual number of patients acquiring at least one HAI in acute care hospitals, ECDC PPS 2022–2023

Country	Hospital discharges	LOS	Mean LN-INT	P50 (LN-INT)	Estimated HAI incidence	Estimated patients with HAI per year
	No.	Days	Days	Days		
Austria	1 729 602	4.9	11.8	7	2.7 (1.4–4.8)	46 605 (24 300–83 079)
Belgium	2 243 315	6.6	11.5	7	7.0 (4.6–10.1)	157 229 (102 100–227 049)
Bulgaria*	1 789 821	4.5	7.7	6	2.5 (1.3–4.5)	44 414 (23 773–80 956)
Croatia	573 374	6.3	9.9	7	5.5 (3.9–7.6)	31 592 (22 204–43 542)
Cyprus	173 289	4.2	13.3	8	5.8 (2.6–11.7)	10 134 (4 582–20 217)
Czechia	1 973 170	6.0	9.1	7	5.1 (3.6–7.2)	101 278 (70 634–142 241)
Estonia	187 794	7.1	10.0	7	4.6 (3.0–6.9)	8 666 (5 586–12 976)
Finland	663 908	3.6	8.8	6	3.7 (2.6–5.1)	24 626 (17 197–33 965)
France	11 058 573	5.4	11.7	7	3.9 (2.6–5.6)	436 011 (285 836–621 832)
Germany	16 741 340	6.0	9.4	6	3.5 (2.2–5.2)	580 105 (364 745–875 249)
Greece	2 160 596	4.1	12.2	8	5.2 (3.3–7.7)	112 360 (72 314–166 092)
Hungary	1 554 878	6.6	11.9	8	3.8 (2.5–5.5)	59 654 (39 599–86 184)
Iceland	40 779	7.6	17.5	7	4.7 (0.5–31.7)	1 914 (184–12 936)
Ireland	805 039	5.5	10.0	6	5.4 (3.6–7.7)	43 766 (28 823–62 151)
Italy	5 209 994	8.0	11.9	8	8.2 (5.8–11.2)	429 272 (303 917–582 238)
Latvia*	226 648	6.4	10.9	8	2.1 (0.9–4.9)	4 749 (1 945–11 129)
Lithuania	443 652	7.2	10.7	7	3.4 (2.0–5.3)	14 908 (9 080–23 331)
Luxembourg	87 658	6.4	10.3	8	4.9 (2.0–11.4)	4 278 (1 721–10 016)
Malta	54 684	5.1	10.7	7	4.4 (2.8–6.5)	2 395 (1 536–3 558)
Netherlands*	1 406 112	4.9	9.4	6	4.4 (2.8–6.7)	62 116 (38 944–93 972)
Norway**	786 457	4.0	11.4	6.9	2.1 (1.4–3.0)	16 318 (10 757–23 258)
Poland	5 319 191	4.8	23.3	7	2.5 (1.0–4.4)	134 839 (54 905–235 333)
Portugal	1 063 757	6.6	11.3	7	8.9 (6.2–12.0)	94 374 (66 031–127 283)
Romania	2 306 062	6.3	10.1	8	2.2 (1.5–3.0)	49 757 (35 416–68 859)
Slovakia	737 036	5.7	9.0	7	5.0 (3.7–6.6)	36 599 (27 209–48 384)
Slovenia	286 523	4.8	10.2	7	4.7 (3.1–6.7)	13 394 (8 967–19 240)
Spain	4 432 867	5.9	11.0	7	5.7 (4.0–7.5)	250 486 (179 385–332 471)
Sweden	1 121 815	4.9	9.9	6	6.8 (4.5–9.4)	75 733 (50 816–105 889)
EU/EEA	65 862 794	5.7	11.2	7	4.3 (2.8–6.3)	2 847 572 (1 852 506–4 153 429)
EU/EEA, corrected*	66 655 131	5.7	11.2	7	4.3 (2.8–6.3)	2 881 829 (1 874 792–4 203 395)
EU/EEA, corrected after validation	66 655 131	5.7	11.2	7	6.5 (4.7–8.7)	4 311 065 (3 136 214–5 823 600)
Kosovo	144 602	5.2	17.0	10	1.9 (0.8–4.3)	2 724 (1 089–6 239)
Montenegro	59 558	5.8	10.6	8	2.1 (1.0–4.5)	1 256 (568–2 681)
Serbia	739 318	6.4	10.1	8	3.5 (2.4–4.9)	25 774 (18 103–36 115)

Il numero di pazienti con almeno un'infezione ospedaliera durante un ricovero per acuti nei Paesi UE/SEE è stato stimato in 93.305 pazienti. Mentre il numero di pazienti che ha ricevuto almeno un antibiotico durante il ricovero è stato di 390.957.

Table 19. Estimation of the number of patients with at least one HAI and the number of patients with antimicrobial use on any day in acute care hospitals, ECDC PPS 2022-2023

Country	Occupied beds Average no. Per day	Estimated patients with HAI			Estimated patients with AU		
		% (95%CI)	N (95%CI)	% (95%CI)	N (95%CI)		
Austria	29 997	4.8 (3.4–6.8)	1 441 (1 007–2 048)	30.0 (26.7–33.6)	9 011 (8 017–10 072)		
Belgium	32 827	9.2 (7.9–10.7)	3 033 (2 609–3 517)	29.3 (27.3–31.4)	9 619 (8 959–10 308)		
Bulgaria*	24 894	3.7 (2.3–6.0)	920 (562–1 493)	47.9 (41.1–54.7)	11 918 (10 232–13 624)		
Croatia	9 201	7.2 (6.1–8.4)	660 (560–777)	40.1 (34.6–45.9)	3 690 (3 184–4 221)		
Cyprus	1 456	13.8 (8.3–22.1)	201 (121–321)	56.5 (48.3–64.4)	823 (703–939)		
Czechia	50 147	6.7 (5.4–8.4)	3 377 (2 710–4 194)	30.9 (28.4–33.5)	15 486 (14 252–16 776)		
Estonia	3 927	5.4 (4.2–6.9)	212 (166–269)	29.4 (26.9–32.0)	1 153 (1 056–1 255)		
Finland	7 110	7.4 (6.4–8.6)	527 (453–613)	36.3 (31.9–40.9)	2 579 (2 268–2 908)		
France	152 777	6.4 (5.6–7.3)	9 786 (8 587–11 140)	22.7 (21.3–24.2)	34 722 (32 507–37 041)		
Germany	337 821	4.2 (3.4–5.2)	14 227 (11 503–17 561)	26.2 (23.3–29.3)	88 412 (78 594–98 989)		
Greece	20 119	12.1 (9.9–14.9)	2 442 (1 983–2 989)	55.1 (51.0–59.1)	11 078 (10 254–11 888)		
Hungary	31 216	5.6 (4.6–6.7)	1 746 (1 443–2 106)	20.8 (17.9–24.1)	6 492 (5 574–7 518)		
Iceland	641	6.2 (1.0–29.3)	40 (7–188)	30.7 (9.1–66.2)	197 (58–424)		
Ireland	12 249	7.5 (6.6–8.5)	915 (806–1 038)	40.8 (38.7–42.9)	4 996 (4 743–5 253)		
Italy	105 683	9.8 (8.7–11.2)	10 397 (9 144–11 801)	44.7 (42.4–47.0)	47 231 (44 804–49 682)		
Latvia*	3 737	3.0 (1.5–6.1)	113 (55–229)	47.8 (40.4–55.2)	1 785 (1 509–2 064)		
Lithuania	7 924	4.0 (3.1–5.1)	314 (242–406)	29.0 (25.6–32.5)	2 294 (2 032–2 576)		
Luxembourg	1 759	6.9 (3.2–14.3)	121 (56–252)	27.1 (22.1–32.6)	476 (390–574)		
Malta	1 106	7.2 (5.8–8.9)	80 (65–98)	47.0 (43.9–50.1)	519 (485–554)		
Netherlands*	19 878	6.5 (5.3–8.1)	1 300 (1 045–1 612)	38.1 (34.7–41.7)	7 583 (6 892–8 298)		
Norway**	11 264	4.5 (3.9–5.2)	508 (443–582)	29.9 (28.2–31.7)	3 370 (3 173–3 573)		
Poland	101 038	5.7 (5.1–6.5)	5 799 (5 103–6 584)	31.1 (29.2–33.1)	31 424 (29 485–33 432)		
Portugal	26 811	11.6 (10.6–12.6)	3 105 (2 841–3 390)	40.1 (38.4–42.0)	10 764 (10 286–11 249)		
Romania	39 243	3.1 (2.5–3.8)	1 210 (974–1 500)	42.9 (40.1–45.7)	16 840 (15 756–17 941)		
Slovakia	14 108	6.8 (5.8–8.0)	964 (818–1 135)	34.8 (32.5–37.2)	4 909 (4 578–5 251)		
Slovenia	5 044	8.2 (6.7–9.9)	412 (339–498)	35.7 (32.6–38.9)	1 800 (1 644–1 961)		
Spain	79 792	8.2 (7.6–8.9)	6 568 (6 038–7 139)	45.5 (43.2–47.9)	36 339 (34 450–38 245)		
Sweden	17 241	10.4 (9.2–11.7)	1 790 (1 592–2 009)	36.6 (33.8–39.4)	6 305 (5 832–6 793)		
EU/EEA	1 149 009	6.3 (5.3–7.4)	72 206 (61 272–85 489)	32.4 (29.7–35.1)	371 816 (341 716–403 409)		
EU/EEA, corrected*	1 160 870	6.3 (5.3–7.4)	73 135 (61 526–85 904)	32.4 (29.7–35.1)	376 122 (344 778–407 465)		
EU/EEA, corrected after validation	1 160 870	8.0 (6.6–9.6)	93 305 (76 427–111 899)	33.7 (29.7–37.7)	390 957 (345 070–437 575)		
Kosovo	2 001	4.6 (2.5–8.3)	92 (50–167)	62.8 (56.0–69.2)	1 257 (1 120–1 385)		
Montenegro	1 214	3.3 (1.8–6.2)	40 (21–76)	48.7 (44.0–53.4)	591 (534–648)		
Serbia	11 313	4.8 (3.8–6.1)	547 (434–687)	44.8 (42.1–47.5)	5 065 (4 765–5 369)		

Per quanto riguarda l'Italia, salta all'occhio il dato riguardante la **stima annuale di infezioni ospedaliere** di 429.272 che corrisponde ad una stima dell'8,2%, non solo superiore alla media europea del 6,5%, ma anche il secondo peggior risultato del continente dopo il Portogallo (8,9%).

Quanto all'**uso di antibiotici**, la stima di utilizzo ospedaliera in Italia è del 44,7%, anche in questo caso il dato è al di sopra della media europea che si ferma a 33,7%.

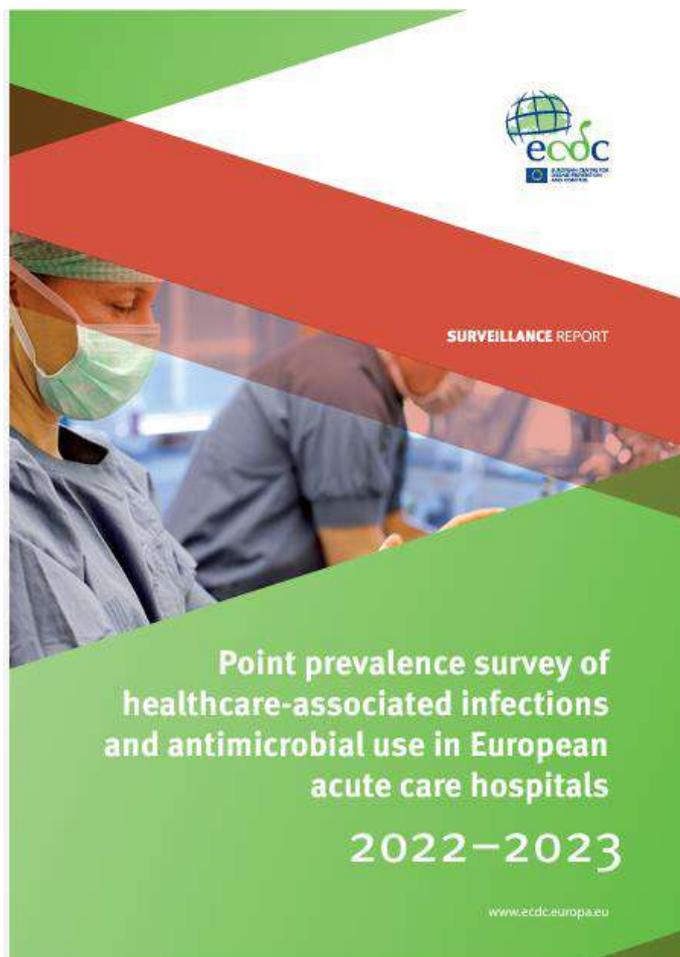
Nel 2022-2023, il Covid associato all'assistenza sanitaria ha contribuito in modo significativo all'aumento del peso delle infezioni ospedaliere rispetto al precedente rapporto del 2016-2017. Le infezioni del tratto respiratorio, tra cui la polmonite e il Covid associato all'assistenza sanitaria, hanno rappresentato quasi un terzo di tutte le infezioni segnalate, seguite da infezioni del tratto urinario, infezioni del sito chirurgico, infezioni del flusso sanguigno e infezioni gastrointestinali.

È stato osservato un aumento anche per l'uso degli antimicrobici rispetto alle indagini precedenti. Nel 2022-2023, il 35,5% dei pazienti ha ricevuto almeno un agente antimicrobico, rispetto al 32,9% del precedente PPS nel 2016-2017. Ogni giorno nell'UE/SEE, circa 390.000 pazienti ospedalizzati ricevono almeno un antibiotico. Una preoccupazione particolare è che 1 microrganismo su 3 rilevato nelle infezioni ospedaliere era resistente a importanti antibiotici, limitando così le opzioni per il trattamento dei pazienti infetti. Almeno il 20% delle infezioni sono ritenute prevenibili. Semplici misure come l'igiene delle mani e la disponibilità di dispenser per la soluzione alcolica delle mani al letto del paziente possono ridurre considerevolmente il numero di infezioni ospedaliere. Anche interventi più complessi, come garantire un numero adeguato di camere singole e personale specializzato, svolgono un ruolo cruciale nella prevenzione. Tuttavia, si sono verificate variazioni significative nell'implementazione dei programmi negli ospedali europei, indicando la necessità di pratiche standardizzate e maggiori sforzi per migliorare la conformità alle misure di prevenzione. I risultati evidenziano inoltre l'importanza di attuare misure preventive per le infezioni virali respiratorie in ambito sanitario. Questi includono test precoci per la diagnosi tempestiva delle infezioni virali respiratorie seguiti dall'applicazione di precauzioni basate sulla trasmissione nonché, durante i periodi di alta prevalenza di infezioni virali respiratorie nella comunità, considerando il mascheramento universale in tutto il contesto sanitario.

“Le infezioni associate all'assistenza sanitaria rappresentano una sfida significativa per la sicurezza dei pazienti negli ospedali di tutta Europa. Questi numeri recenti evidenziano l'urgente necessità di ulteriori azioni per mitigare questa minaccia. Dando priorità alle politiche e alle pratiche di prevenzione e controllo delle infezioni, nonché alla gestione antimicrobica e al miglioramento della sorveglianza, possiamo combattere

efficacemente la diffusione di queste infezioni e proteggere la salute dei pazienti nell'UE/SEE", ha affermato **Andrea Ammon**, direttrice dell'Ecdc.

https://www.quotidianosanita.it/studi-e-analisi/articolo.php?articolo_id=121961



<https://www.quotidianosanita.it/allegati/allegato1715017271.pdf>

quotidianosanita.it

I buoni consigli del Consiglio Superiore di Sanità: il caso delle aree critiche. Ma chi ne tiene conto?

Claudio Maria Maffei

07 MAG -

Gentile direttore,

nella mia ricerca di dati e materiali sulla questione ospedali e posti letto (di cui quasi tutti lamentano i tagli e di cui io segnalo la frequente ridondanza e dispersione), mi sono imbattuto in un documento molto interessante dal titolo "[Sviluppo organizzativo e gestionale dell'area critica e percorso diagnostico terapeutico assistenziale \(PDTA\) nel SSN](#)" del Consiglio Superiore di Sanità (CSS). L'incipit dell'Executive Summary chiarisce benissimo lo scopo del documento. Lo fa talmente bene che lo riporto quasi integralmente

"Il DECRETO-LEGGE 19 maggio 2020, n. 34, ha introdotto un incremento "strutturale" dei posti letto di terapia intensiva di almeno 3500 posti letto tale da raggiungere a regime una dotazione pari a 14 posti letto ogni 100.000 abitanti. A questi si aggiungono 4225 posti letto di terapia semi-intensiva derivanti dalla

riqualificazione di posti letto di area medica, di cui il 50% trasformabili in postazioni di terapia intensiva. Superato il quadro emergenziale legato alla pandemia di Covid-19, la implementazione di tale programma di aumento dei posti letto di terapia intensiva e di terapia semi-intensiva nei diversi Servizi Sanitari Regionali ha posto problemi di appropriatezza e sostenibilità.

Al fine di contribuire alla risoluzione di tali problemi, la Sezione I del CSS ha ritenuto opportuno sviluppare una proposta di meta-modello organizzativo per la gestione dell'Area Critica (AC) le cui principali finalità sono:

- fornire gli elementi per valutare l'appropriatezza dell'investimento necessario ad implementare l'aumento dei posti letto di terapia intensiva e di terapia sub-intensiva;
- definire un meta-modello organizzativo da adottare progressivamente da parte delle Regioni e delle Province autonome che consenta la sostenibilità dell'aumento dei posti letto di terapia intensiva e di terapia sub-intensiva;
- fornire linee di indirizzo alle Regioni e alle Province autonome per identificare i requisiti infrastrutturali, tecnologici e professionali necessari per rispondere ai fabbisogni assistenziali in area critica."

Il documento è del febbraio 2023 ed è quindi giunto in ritardo per i programmi regionali di intervento edilizio sui posti letto di terapia intensiva e sub-intensiva in più previsti dal DL 34, programmi che avevano già scelto la loro collocazione, ma ancora in tempo per orientare i modelli organizzativi per la loro gestione. In questa sede non sono tanto interessato a entrare nei dettagli delle analisi e delle proposte del documento di cui mi limiterò a sottolineare l'utilità e qualche limite, quanto a sottolineare l'anomalia di come un documento di così alto profilo abbia una circolazione semiclandestina, verosimilmente analoga a quella delle altre pubblicazioni del CSS.

Il principale pregio del Documento è quello di fornire alcuni spunti molto utili nel (ri)disegno delle reti delle terapie intensive in Italia puntando sul modello della area definita come "sistema organizzato per erogare le cure necessarie a pazienti in condizioni di diversa criticità, attraverso assistenza medica ed infermieristica con capacità di modulare il monitoraggio e le molteplici modalità di supporto delle insufficienze d'organo". Il documento fornisce poi indicazioni su come tradurre nelle realtà aziendali questo modello che prevede ad esempio la confluenza in quest'area delle unità di terapia intensiva cardiologica (UTIC) e delle stroke unit a gestione cardiologica e neurologica. Altro pregio è quello di dedicare una specifica attenzione alle aree critiche in ambito pediatrico, [ambito in cui si registrano in Italia forti carenze](#).

Il principale limite invece del documento è, a mio parere, che non fa alcun collegamento con il DM 70 e che quindi non formula alcuna proposta sulla tipologia di ospedali in cui collocare queste aree e quindi sul numero di strutture a doverne esserne dotate in rapporto alla popolazione e alla tipologia e ai volumi di attività. Indicazioni fondamentali se si vuole, ed è certo questa l'intenzione del CSS, che il riordino delle aree critiche degli ospedali sia anche compatibile con le risorse a disposizione. Magari questa attività di intreccio tra il "nuovo" modello di area critica e gli standard programmatori e organizzativi degli ospedali avrebbe dovuto farlo qualcun altro, ad esempio quell'ormai mitico gruppo di lavoro ministeriale su DM 70 e DM 77.

Nel frattempo cosa sta succedendo nel mondo reale? Come sempre mi appoggio come esempio alla realtà delle Marche che conosco bene:

- vanno avanti Piani Sanitari che prevedono molti più ospedali con terapia intensiva rispetto a quelli compatibili col DM 70 (nelle Marche 14 tra esistenti o programmati contro i 10 da DM 70) con molte terapie intensive di dimensioni sub-ottimali (almeno 8 posti letto);
- si stanno approvando progetti edilizi di nuovi DEA che non tengono conto del modello di area critica del CSS e si stanno dimenticando dei posti letto "di riserva" che servono in caso di recrudescenza pandemica;
- non vi è stato un benchè minimo avvio dei percorsi formativi necessari alla realizzazione di un'area critica secondo il CSS.

Insomma, il Documento forse non lo ha letto nemmeno il Ministero (o se lo ha fatto lo ha solo sfogliato e comunque non ne ha tenuto conto) e certamente non lo hanno letto gran parte delle Regioni, come le Marche che i posti letto sub-intensivi per la gestione del post-operatorio li hanno previsti anche in un Ospedale di area disagiata. Ho cercato [l'elenco delle pubblicazioni del CSS](#) e l'ho trovato pieno di spunti interessanti, come nel caso di quella con le [linee guida sulla chirurgia robotica](#) (dentro ci sono anche quelle sulla Intelligenza Artificiale), argomento su cui, sempre nelle Marche, ad esprimersi è soprattutto [l'Assessore, che stabilisce dove collocarla in assenza di alcun documento tecnico regionale di supporto](#).

Se tutti i Documenti del CSS fanno la fine di questo davvero buono sulle aree critiche, non ci si può stupire poi che la loro produzione si sia così diradata (uno nell'ultimo anno). Un peccato e uno spreco, mi pare.

https://www.quotidianosanita.it/lettere-al-direttore/articolo.php?articolo_id=121962

XXIV Convegno AIIC: Come sarà l'ospedale del futuro? Flessibile, digitale, sostenibile e (forse) senza reparti

Guizzetti (AIIC): si affermerà la logica dell'intensità di cura, con camere singole e grande valore offerto all'accoglienza ed agli spazi verdi. Petralia (Fiaso): si va verso un modello di ospedale che dialoga con il territorio in una logica di circolarità e non di esclusività

17 MAG - "L'ospedale del futuro dovrà essere flessibile, modulare - anche perché il COVID.19 ci ha insegnato che può essere necessaria una riconfigurazione rapida dei posti letto - estremamente digitale, supportato dall'intelligenza artificiale, senza reparti predefiniti e accogliente, con tanto verde e con una forte impronta di sostenibilità".

Lo ha detto **Giovanni Guizzetti** (ingegnere clinico AIIC e direttore sociosanitario Asst Ovest Milanese, nella foto), coordinando la sessione dedicata all'Ospedale del futuro, nel corso del Convegno nazionale dell'Associazione italiana ingegneri clinici (AIIC) in corso a Roma fino al 18 maggio presso il Centro Congressi La Nuvola.

"Per capire quale possa essere il futuro dei centri di cura - continua Guizzetti - dobbiamo capire quale sarà il futuro di tutte le assistenze sanitarie del cittadino e, quindi, anche come si arriverà ad impostare una nuova relazione tra sanità domiciliare e sanità territoriale. In questo senso la convinzione emersa dagli interventi di tutti gli esperti coinvolti da AIIC è quella condivisa anche a livello internazionale: all'ospedale del futuro il paziente cronico non dovrà accedere pressoché mai, se non in casi rarissimi ed in condizioni di vivibilità decisamente differenti che nel passato". Tra le novità più importanti che vengono delineate, inoltre, spicca la tendenza a pensare, sottolinea Guizzetti, "che non ci sarà una differenziazione fra un reparto e l'altro, ma che la strutturazione degli spazi e dei percorsi sarà progettata in base all'intensità di cura. Il tutto con una particolare attenzione al contatto con la natura, e con maggiori presenze di aree verdi perché questo, è dimostrato ampiamente, contribuisce anche al maggior benessere del paziente".

Il futuro dei nostri ospedali parte da ciascuno di noi che ci aspettiamo di essere presi in cura, prima ancora che essere curati": così si è espresso **Paolo Petralia** (vicepresidente vicario Fiaso e direttore generale Asl 4 Liguria) durante la sessione del Convegno, descrivendo l'evoluzione dell'assistenza ospedaliera. "Gli ospedali non sono stati sempre soltanto luoghi di auspicabile guarigione, di cura di malattie, ma sono nati come luoghi di accoglienza, di ospitalità per viandanti e pellegrini. Con l'avanzare della tecnologia e della scienza, devono diventare percorsi, spazi, prospettive di presa in carico e di cura e in questo un ruolo importante è giocato dalla digitalizzazione e dall'intelligenza artificiale". Si tratta quindi di sviluppare "un modello di ospedale che dialoga con il territorio, continua Petralia, "e di territorio che va verso l'ospedale in una logica di circolarità e non di esclusività".

Nell'ospedale del futuro, "ci saranno molte camere singole", almeno la metà dei posti letto, "non solo per un maggiore comfort del paziente - precisa Guizzetti - ma anche perché questo permette di controllare meglio le infezioni ospedaliere. E soprattutto sarà un ospedale totalmente digitalizzato in cui le applicazioni di intelligenza artificiale supporteranno tutto il processo di diagnosi e cura". Visione confermata da Petralia, che dichiara che nei centri di cura "non si dovrà condividere la camera con altre persone e, grazie alla tecnologia, sarà realizzata la virtualizzazione dei posti letto grazie alla quale non sarà più necessario dover dormire in ospedale per essere curati" perché, con la condivisione dei dati, "l'assistenza sarà fornita al bisogno, a domicilio". A livello tecnologico, "l'intelligenza artificiale potrà affiancare e sostenere gli operatori, ma anche i pazienti nell'esperienza di permanenza in ospedale per ottenere risposte che sono avanzate dal punto di vista dei contenuti clinici, ma anche sostenibili e gradevoli dal punto di vista della modalità con cui vengono erogati".

Nella sessione del Convegno AIIC il dialogo ha approfondito anche l'ambito della progettazione in cui si prevede una totale "assenza" di posti letto, perché l'ospedale diventa il "concentratore della sanità domiciliare", hub di pazienti che sono monitorati a casa e gestiti centralmente da una struttura in cui professionisti multidisciplinari assistono il paziente che si trova, invece, a domicilio. Ma questo, forse, è ancora fantascienza... oppure no? "La trasformazione in realtà di questo approccio è già in corso - avvisa Guizzetti - non ce ne stiamo accorgendo, ma nel mondo ci sono già degli esempi. In Italia ad oggi abbiamo tanti, troppi ospedali piccoli, che costano molti soldi di gestione e non permettono agli ospedali più avanzati di poter essere adeguatamente supportati. Certo, permane la necessità di avere una prossimità

dell'ospedale con il paziente, ma se consideriamo l'evoluzione tecnologica ed anche l'aumento dei trasporti con mezzi a guida autonoma, è facile intuire che la prospettiva di un ospedale senza letti non è così fantascientifica".

La prospettiva conclusiva emersa durante l'evento AICC sull'ospedale del futuro viene così sintetizzata da Paolo Petralia: "A fronte di un patrimonio edilizio ospedaliero spesso obsoleto, possiamo immaginare, nel tempo, di riuscire a lavorare per trasformare gli edifici attuali in building adeguati in termini di strutture che risparmino energia, che siano green, automatizzate ed efficienti sia dal punto di vista dei percorsi che anche degli spostamenti, in una logica che, dal monoblocco, ritorna a progettare padiglioni piccoli, immersi nel verde e capaci di essere flessibili nel loro utilizzo, come la pandemia ci ha insegnato".

https://www.quotidianosanita.it/lavoro-e-professioni/articolo.php?articolo_id=122237

quotidianosanita.it

Pronto soccorso. Potenziamento medicina del territorio, più posti letto, riduzione liste d'attesa e investimenti sul personale. Le conclusioni dell'indagine conoscitiva in Affari Sociali

di G.R.

Il tema dell'emergenza-urgenza non può essere separato da quello della riforma complessiva del sistema. Volendo continuare a garantirne la sostenibilità, si deve intervenire non su un solo fattore ma su più aspetti interconnessi, alcuni interni, altri esterni al sistema dell'emergenza-urgenza. Se, da un lato, occorrono maggiori investimenti, dall'altro sembra necessario agire sul piano dei modelli organizzativi. Le azioni devono essere finalizzate a orientare meglio la domanda di salute e a rendere più snelle e veloci le fasi nel sistema di emergenza-urgenza.

22 MAG -

La difficile situazione in cui si trova la medicina di emergenza-urgenza oggi in Italia rappresenta la "punta dell'iceberg" e la conseguenza di problemi complessi, spesso inveterati, connessi gli uni con gli altri. Tra le cause principali: la carenza di personale medico e infermieristico, si stima che nel settore dell'emergenza-urgenza manchino oltre 4.500 medici e circa 10.000 infermieri; i tempi di attesa per il ricovero (boarding), stante la carenza di posti letto disponibili nei reparti di degenza causata dalla difficoltà a garantire un turnover adeguato; l'elevato numero di accessi impropri.

Ma anche il progressivo invecchiamento della popolazione; così come la disaffezione per la medicina di emergenza-urgenza, anche – ma non solo – da parte dei giovani medici, che sono sempre meno indotti a scegliere una specialità faticosa e con impatto negativo sulla qualità di vita, mal remunerata.

Questo quanto emerso dall'indagine avviata dalla commissione Affari Sociali della Camera con l'obiettivo di individuare delle soluzioni sostenibili a fronte della difficile situazione delineata, una volta messe a fuoco le cause principali, grazie al contributo degli esperti nei vari settori, intervenuti in audizione.

Alla luce delle valutazioni, queste le principali soluzioni delineate nel documento conclusivo approvato nella seduta di ieri.

1) Potenziamento della medicina del territorio. *A conclusione dell'indagine, sembra non esserci dubbio sul fatto che, se si vuole provare a risolvere la situazione problematica in cui versa attualmente la medicina di emergenza-urgenza, sia fondamentale realizzare una vera e propria riforma del sistema nel suo complesso, potenziando la medicina territoriale. Solo agendo in questa direzione si potrebbero intercettare le richieste di salute non connotate da effettiva urgenza, che attualmente si concentrano impropriamente sul pronto soccorso, con gravi conseguenze sul piano del sovraffollamento.*

2) Maggiore disponibilità di posti letto. *Dalla riorganizzazione della medicina del territorio, dallo sviluppo delle strutture intermedie per le cure a bassa intensità, dalla maggiore integrazione ospedale-territorio, dovrebbe derivare una maggiore disponibilità di posti letto ospedalieri e il turnover di questi ultimi. Occorre, infatti, decongestionare il pronto soccorso sia in entrata che in uscita, attraverso l'allocazione appropriata delle basse priorità, da un lato, e assicurando le cure a elevata intensità ai pazienti che ne necessitano, dall'altro. L'approccio corretto al problema, dunque, passa sia attraverso l'erogazione di risorse che mediante la rimodulazione dei modelli organizzativi.*

3) Riduzione delle liste di attesa. Il problema delle liste d'attesa rappresenta una delle cause principali del sovraffollamento del pronto soccorso. Occorre, dunque, individuare una soluzione volta ad affrontare il problema in modo organico. In tal senso, oltre alle disposizioni recate dalla legge di bilancio per il 2024, che prevedono l'incremento delle tariffe orarie per tutte le prestazioni aggiuntive espletate dal personale medico e del comparto sanità, dal 2024 al 2026 (articolo 1, commi 218-221, della legge n. 213 del 2023) nonché la previsione per cui le regioni possono utilizzare una quota non superiore allo 0,4 per cento del livello di finanziamento indistinto del fabbisogno sanitario nazionale standard cui concorre lo Stato per l'anno 2024 per il recupero delle liste di attesa (comma 232 della medesima legge), presso il Ministero della salute è stato istituito il Tavolo tecnico per l'elaborazione e l'operatività del Piano nazionale di Governo delle liste d'attesa 2024-26, con l'obiettivo principale di innovare radicalmente gli strumenti di monitoraggio dei tempi di attesa al fine di renderli sempre più tempestivi e precisi, e prontamente disponibili per la programmazione.

Nell'ottica di un intervento innovativo, si dovrebbe puntare soprattutto su un'effettiva unificazione delle agende delle prenotazioni effettuate presso il soggetto pubblico e il privato accreditato. Altra esigenza è quella di realizzare un reale monitoraggio dei tempi delle singole aziende ospedaliere, in modo da erogare alle regioni finanziamenti mirati, non "a pioggia". Un altro capitolo connesso riguarda il controllo sulle prescrizioni, che deve essere volto a contenere quelle concernenti prestazioni non realmente necessarie, che contribuiscono ad allungare le liste d'attesa.

4) Riorganizzazione del sistema dell'emergenza-urgenza. Occorre agire anche sul piano dei modelli organizzativi, in modo da rendere più efficiente il sistema dell'emergenza. Da più parti è stata sollevata, inoltre, l'esigenza di procedere alla revisione del decreto ministeriale n. 70 del 2015, in modo da realizzare compiutamente l'integrazione della rete dell'emergenza-urgenza nella rete ospedaliera. Tra le misure non procrastinabili, è stata individuata l'implementazione di percorsi alternativi per la presa in carico e la cura di situazioni classificabili come "urgenze minori", quali i percorsi a gestione infermieristica "see and treat" e i percorsi di presa in carico precoce "fast track", attivabili per codici a bassa e media complessità assistenziale. Di primaria importanza appare anche l'applicazione uniforme su tutto il territorio nazionale del Numero unico per le emergenze 112, nel quale viene convogliato, tra gli altri, il numero 118.

All'interno del pronto soccorso, particolare attenzione va assicurata al triage, che rappresenta lo snodo decisionale rispetto all'avvio dei pazienti verso il corretto percorso, alla distribuzione interna delle risorse (umane, strumentali, diagnostiche) e alla definizione delle interfacce in uscita (osservazione breve intensiva, ricovero ordinario, percorsi di presa in carico ambulatoriale, rete dei servizi territoriali). Al fine di provvedere alla copertura dei turni, stante la carenza di personale, è stata altresì avanzata la proposta di prevedere meccanismi di rotazione programmata di dirigenti aventi la specializzazione equipollente alla medicina di emergenza-urgenza, da preporre esclusivamente alla gestione dei codici 3-4-5, riservando ai medici specialisti in medicina d'emergenza-urgenza del pronto soccorso la gestione dei codici 1-2.

5) Potenziamento del personale. Non c'è soluzione indicata che non passi dal superamento dei tetti di spesa per consentire il reclutamento di nuovo personale sanitario. Per quanto concerne specificamente la medicina di emergenza-urgenza, il problema sembra essere legato anche alla scarsa attrattività del settore, per le ragioni che sono state più volte evidenziate. Uno degli strumenti ritenuti idonei ad attrarre il personale sanitario verso questo settore è la previsione di incentivi, non solo economici.

È emersa l'esigenza di abolire il fenomeno del ricorso alle cooperative per sopperire alla carenza di personale, ritenendosi che nel Servizio sanitario nazionale il rapporto tra datore di lavoro e professionista della salute debba essere individuale. La presenza dei cosiddetti "medici a gettone", inoltre, non contribuisce a mantenere un clima lavorativo sereno, stante soprattutto la differenza di trattamento economico tra costoro e i professionisti dipendenti dal Servizio sanitario nazionale.

6) Tutela del personale sanitario. È stata sollevata da più parti, da un lato, l'esigenza di tutelare il personale sanitario che opera nell'ambito della medicina dell'emergenza-urgenza contro le aggressioni fisiche e verbali, che colpiscono in modo particolare questa categoria di professionisti della sanità. La tutela passa dalla messa in sicurezza degli ambiti lavorativi, ad esempio attraverso la presenza di personale di polizia, ma soprattutto dalla formazione del personale sanitario sulle adeguate modalità di comunicazione con i pazienti e i loro parenti, nonché dal rafforzamento delle pene per chi aggredisce il personale o danneggia luoghi e attrezzature. Dall'altro lato, a fronte di un eccessivo contenzioso medico-legale, che costituisce un deterrente per lo svolgimento delle professioni sanitarie, soprattutto nell'ambito dell'emergenza-urgenza, è stata rappresentata più volte l'esigenza di depenalizzare l'atto medico.

7) Promozione della diffusione di corrette informazioni presso la popolazione. Un aspetto del problema è considerato la mancanza di una cultura sanitaria, per cui accade che i cittadini non riescano a valutare i propri bisogni, soprattutto per quanto riguarda l'accesso al sistema dell'emergenza, non riuscendo a distinguere un bisogno di assistenza sanitaria urgente da un sintomo che può essere affrontato in sede di

medicina generale. A tal fine, occorrerebbero investimenti in tecnologia, affinché gli strumenti tecnologici possano essere considerati come la prima porta d'accesso al sistema sanitario. Lo scopo è quello di orientare la domanda di salute, di aumentare la consapevolezza dei cittadini, fornendo strumenti idonei e, al contempo, evitando di creare troppi canali, per scongiurare eventuali effetti distorsivi. È necessario che i cittadini siano responsabilizzati nelle loro richieste e che comprendano le difficoltà connesse al percorso assistenziale, facendosi carico anch'essi della funzionalità e della sostenibilità del Servizio sanitario nazionale.

https://www.quotidianosanita.it/governo-e-parlamento/articolo.php?articolo_id=122322

quotidianosanita.it

Posti letto, cosa ci dice il confronto con il resto d'Europa

Carlo Zocchetti, Ricerche e Studi in Sanità e Salute sas (Gallarate, VA)

o8 MAG - Gentile Direttore,

si sono succeduti in questo periodo su QS alcuni interventi che hanno messo a fuoco il tema dei posti letto ospedalieri. Mi sembra utile, per allargare lo sguardo e fornire ulteriori elementi alla discussione, provare a vedere cosa è successo in Europa nell'ultimo decennio (2011-2021), per capire se quanto si sta verificando nel nostro paese è peculiare dell'Italia ovvero si sposa (e in che modo) con ciò che sta avvenendo in altre nazioni.

Sfruttando i dati OCSE, ed in particolare quanto pubblicato sul volume "Health at a glance 2023. OECD indicators" è possibile costruire la tabella che segue, ed interpretare le variazioni che sono intervenute in alcuni indicatori dell'attività ospedaliera: il numero di posti letto ospedalieri ogni 1.000 abitanti, la percentuale di occupazione dei posti letto (giornate di degenza / letti x 365), il tasso di ricovero ogni 1.000 abitanti (calcolato alla dimissione), e la durata media dei ricoveri (in giorni).

Rimandando [all'allegato](#) per una descrizione di dettaglio sia dei risultati della analisi condotta che delle attenzioni e dei caveat che occorre adottare in questo tipo di valutazioni, in sintesi si può dire che in Europa tra il 2011 ed il 2021 è diminuito il numero di posti letto x 1.000 abitanti da 4,8 a 4,3 in media, diminuzione che ha interessato tutte le nazioni ad esclusione di Bulgaria, Portogallo, Romania, e Turchia (dove i posti letto sono invece aumentati); è diminuito il tasso di occupazione dei posti letto passando in media dal 76,7% al 69,8%, con una diminuzione che ha interessato senza eccezioni tutte le nazioni, chi di più della media (Ungheria, Lituania, Repubblica Ceca, ...) e chi di meno (Portogallo, Irlanda, Francia, ...); il tasso di ricovero (alla dimissione) è passato da 156,3 x 1.000 ab. a 130,5 x 1.000, perdendo così 25,8 ricoveri ogni 1.000 abitanti, e se si esclude la Bulgaria, che pur partendo da un tasso di ricovero già molto alto nel 2011 (266,9) lo ha ulteriormente aumentato (+25,8), tutte le altre nazioni lo hanno diminuito; infine, la durata media della degenza nell'insieme delle nazioni valutate è passata dagli 8 giorni del 2011 ai 7,7 del 2021, è l'indicatore che ha presentato la maggiore variabilità di andamento, con 12 nazioni che si sono comportate come la media ma con una maggiore riduzione della durata, 6 nazioni che hanno seguito l'andamento in riduzione ma con minore forza, e le altre 11 che hanno invece aumentato la durata della degenza.

In questo contesto generale, la diminuzione di letti osservata nel decennio in Italia (-0,4 x 1.000 ab.) appare in linea con la tendenza generale anche se è appena al di sotto del valore medio (-0,5 x 1.000 ab.); anche per il tasso di occupazione dei letti (come per la sua variazione nel decennio) l'Italia nel 2021 (71,3%) si presenta in linea con la media (69,8%); per il tasso di ricovero l'Italia ha registrato un valore di riduzione (-32,3 x 1.000 ab) leggermente superiore alla media (-25,8); infine, l'Italia (+0,5 giorni), insieme al Portogallo (+0,6) ed all'Austria (+0,7), appartiene al gruppo di nazioni che più hanno aumentato la durata della degenza.

Se diamo fiducia agli indicatori esaminati, sia quanto a confrontabilità tra le diverse nazioni sia quanto a rappresentatività (comunque inevitabilmente parziale dato il loro limitato numero) della attività ospedaliera, dobbiamo concludere che quello che è successo tra il 2011 ed il 2021 nel nostro paese non si discosta in maniera rilevante da ciò che è successo nella media del nostro continente, nei confronti del quale non solo ne ha seguito gli andamenti ma li ha anche riprodotti in valore.

L'unica indicazione in controcorrente riguarda la durata della degenza, dove il nostro paese (non da solo ma in compagnia di altre 10 nazioni) risulta tra quelli che di più hanno aumentato la durata media dei ricoveri quando invece la maggioranza delle altre nazioni si è comportata all'opposto riducendo (chi di più e chi di meno) questa durata.

Tabella. Numero di posti letto ospedalieri ogni 1.000 abitanti, percentuale di occupazione dei posti letto, tasso di ricovero ogni 1.000 abitanti, durata media dei ricoveri (giorni). Dati delle nazioni europee 2011, 2021 e loro differenza. Fonte: "Health at a glance 2023, OECD indicators".

Nazione	Letti Ospedalieri			Tasso di occupazione			Tasso di Dimissione			Durata media ricovero		
	2011	2021	2021-2011	2011	2021	2021-2011	2011	2021	2021-2011	2011	2021	2021-2011
Austria	7,7	6,9	-0,8	75,9	66,6	-9,3	274,8	209,2	-65,6	7,8	8,5	0,7
Belgium	6,1	5,5	-0,6	73,5	64,5	-9,0	166,0	148,1	-17,9	8,0	6,7	-1,3
Bulgaria	6,5	7,9	1,4		57,0		266,9	292,7	25,8	6,0	5,5	-0,5
Croatia	6,0	5,7	-0,3	76,6	64,4	-12,2	173,8	158,9	-14,9	9,3	7,7	-1,6
Czech Republic	7,1	6,7	-0,4	71,8	59,4	-12,4	185,8	156,6	-29,2	9,5	9,6	0,1
Denmark	3,1	2,5	-0,6				156,6	134,1	-22,5	5,8	6,1	0,3
Estonia	5,4	4,4	-1,0	71,0	66,0	-5,0	182,0	139,4	-42,6	7,7	7,6	-0,1
Finland	5,5	2,8	-2,7				176,1	143,8	-32,3	11,4	7,5	-3,9
France	6,4	5,7	-0,7	75,0	71,9	-3,1	185,7	156,7	-29,0	10,1	9,1	-1,0
Germany	8,4	7,8	-0,6	79,0	69,9	-9,1	247,5	217,9	-29,6	9,3	8,8	-0,5
Greece	4,5	4,3	-0,2									
Hungary	7,2	6,8	-0,4	71,1	51,5	-19,6	206,6	124,6	-82,0	9,5	9,7	0,2
Iceland	3,3	2,8	-0,5				129,5	109,5	-20,0	5,6	5,7	0,1
Ireland		2,9		91,9	89,9	-2,0	131,4	121,6	-9,8	6,4	6,6	0,2
Italy	3,5	3,1	-0,4	78,5	71,3	-7,2	125,6	93,3	-32,3	8,0	8,5	0,5
Latvia	5,9	5,2	-0,7	70,4	64,8	-5,6	190,2	152,0	-38,2	8,4	8,1	-0,3
Lithuania	7,4	6,1	-1,3	71,1	56,1	-15,0	238,3	162,5	-75,8	7,8	7,6	-0,2
Luxembourg	5,3	4,1	-1,2		69,8		168,5	127,9	-40,6	8,8	9,2	0,4
Netherlands	4,0	3,0	-1,0		61,2		115,2	80,2	-35,0	5,6	5,2	-0,4
Norway	4,2	3,4	-0,8	83,7	76,6	-7,1	196,4	149,3	-47,1	6,5	6,3	-0,2
Poland	6,6	6,3	-0,3				163,5	145,1	-18,4	7,4	7,3	-0,1
Portugal	3,4	3,5	0,1	78,6	77,8	-0,8	111,5	102,9	-8,6	8,7	9,3	0,6
Romania	6,5	7,2	0,7				230,0	132,1	-97,9	7,5	7,7	0,2
Slovak Republic	6,1	5,7	-0,4	65,5	57,9	-7,6	187,0	142,7	-44,3	8,0	7,5	-0,5
Slovenia	4,6	4,3	-0,3	71,0	60,7	-10,3	174,5	151,0	-23,5	7,3	6,5	-0,8
Spain	3,1	3,0	-0,1	74,5	70,9	-3,6	110,9	104,2	-6,7	7,7	7,5	-0,2
Sweden	2,7	2,0	-0,7				163,7	130,1	-33,6	5,9	5,5	-0,4
Switzerland	5,1	4,4	-0,7	84,2	80,3	-3,9	169,6	165,5	-4,1	8,8	8,1	-0,7
Türkiye	2,6	3,0	0,4	64,8	55,3	-9,5	152,4	138,5	-13,9	3,9	4,4	0,5
United Kingdom	2,9	2,4	-0,5	86,6	80,9	-5,7	134,1	107,0	-27,1	7,3	6,9	-0,4
EUROPA	4,8	4,3	-0,5	76,7	69,8	-6,9	156,3	130,5	-25,8	8,0	7,7	-0,3

La riduzione dei posti letto, la riduzione dei ricoveri, ed anche la riduzione del tasso di occupazione, non sono pertanto fenomeni tipici o caratteristici del nostro paese ma rappresentano quello che sta succedendo, con forza diversa nelle singole nazioni, in tutta Europa: i cambiamenti che sono avvenuti in Italia in questo decennio non possono quindi essere letti come una valutazione negativa del servizio sanitario nazionale ma si devono inquadrare nel generale cambiamento della attività ospedaliera che è in corso, cambiamento che trova la sua ragione più in generale nel cambio di domanda di ricovero a seguito delle trasformazioni che stanno interessando a tutti i livelli il mondo della sanità.

https://www.quotidianosanita.it/lettere-al-direttore/articolo.php?articolo_id=121996

quotidianosanita.it

Il blackout comunicativo tra ospedale e territorio causa oltre 2 milioni di ricoveri impropri per uno spreco di 6 miliardi

Lo rivela una survey della Fadoi, la Federazione medici internisti ospedalieri presentata in occasione del 29° Congresso Nazionale in corso a Rimini. I medici del territorio si consultano con gli ospedalieri per appena il 15% dei ricoverati. Fascicolo sanitario elettronico aggiornato solo per 1 paziente su 5 da medici di famiglia e specialisti ambulatoriali delle Asl. Il 20% dei ricoveri è di natura "sociale". Case e ospedali di comunità: per gran parte degli internisti ospedalieri mancano disposizioni su chi debba lavorarci e in quale rapporto con l'ospedale

11 MAG -

È un blackout comunicativo quello che fa viaggiare su due rette parallele ospedali e servizi sanitari territoriali. Perché specialisti ospedalieri e medici di famiglia si consultano quando un paziente è ricoverato in appena il 15% dei casi, mentre in otto casi su dieci i pazienti arrivano in reparto senza che si sappia nulla dei loro

trascorsi in fatto di salute perché il fascicolo sanitario elettronico è aggiornato appena una volta su cinque. Così non ci si deve poi stupire se in media tre ricoveri su 10 si sarebbero potuti evitare con una migliore presa in carico dei pazienti da parte dei servizi territoriali. Il che in numeri assoluti fa 2 milioni e 250 mila ricoveri evitabili l'anno, pari a uno spreco di circa 6 miliardi, calcolando che il costo medio di un ricovero è di circa 3 mila euro. Mentre, a proposito di ricoveri impropri, sono in media il 20% quelli di natura "sociale" più che sanitaria. Ossia di pazienti che si sarebbero potuti assistere anche a casa se solo esistesse un servizio di assistenza domiciliare o una rete familiare in grado di accudirli.

È questa la fotografia poco consolante del muro che separa in sanità ospedali e territorio, scattata dalla survey condotta da Fadoi, la Federazione dei medici internisti ospedalieri, su un campione rappresentativo di tutte le Regioni. Due mondi quasi incomunicabili che finiscono per generare accessi impropri al pronto soccorso e ricoveri evitabili. Problemi che solo per il 7,6% dei medici potranno essere risolti da ospedali e case di comunità, il fulcro della riforma sanitaria territoriale finanziata complessivamente con oltre 7 miliardi del Pnrr.

In un ospedale su tre oltre il 40% dei ricoveri causato dalla mancata presa in carico del territorio

Partendo dai ricoveri "sociali" questi rappresentano il 20% del totale nel 31,7% delle strutture interpellate mentre la quota supera il 30% nel 15,4% degli ospedali e il 40% nel 4,7% degli stessi, per una media di un ricovero su 5. Nel 34,1% delle strutture si sarebbero invece potuti evitare un buon 30% dei ricoveri con una migliore presa in carico dei pazienti nel territorio. Percentuale di ricoveri impropri che è di più del 40% nel 33,7% dei nosocomi, mentre in altre realtà ospedaliere la quota di ricoveri evitabili oscilla fra il 10 e il 20%. Solo l'1,8% non segnala ricoveri impropri per carenze della sanità territoriale.

Variegate le azioni che a giudizio dei medici internisti ospedalieri avrebbero potuto evitare ai pazienti di soggiornare in reparto. Per il 32,6% servirebbe un maggior rapporto tra ospedale e territorio, per un altro 32,4% una maggiore offerta di assistenza domiciliare integrata, per il 21% basterebbero le nuove case e ospedali di comunità e per il 13,9% sarebbe necessaria una apertura più continuativa degli studi dei medici di famiglia.

Appena il 20% dei medici del territorio aggiorna il fascicolo sanitario elettronico. Consulti rari o inesistenti nell'85% dei casi

Per comunicare pur senza parlare uno strumento ospedale e territorio ce l'avrebbero ed è il Fascicolo sanitario elettronico, che dovrebbe contenere tutta la nostra storia sanitaria, dalle patologie che ci affliggono alle terapie che assumiamo al momento di finire in ospedale. Peccato che i medici del territorio, anche per farraginosità burocratiche, non riescano ad aggiornarlo nel 39,3% dei casi o lo facciano raramente nel 41% dei casi.

Le stesse alte percentuali si ritrovano quando si tratta di rilevare il dialogo tra medici ospedalieri e territoriali. I primi nel 71% dei casi SI consultano solo raramente CON i medici di famiglia e gli specialisti ambulatoriali quando un paziente viene ricoverato, mentre per il 13,7% il consulto non avviene proprio mai. Si verifica invece abbastanza frequentemente appena nel 15% dei casi. La consulenza si attiva sempre appena lo 0,2% delle volte.

Riforma sanitaria territoriale: manca il link con l'ospedale

Se questo è il presente il futuro non è tinto di rosa dalla riforma della sanità territoriale, centrata sui maxi ambulatori aperti sette giorni su sette, ossia le case di comunità e gli ospedali sempre di comunità che dovrebbero accudire i pazienti che possono essere dimessi ma non sono in grado di tornare a casa propria. Strutture che per il 38,7% dei medici internisti non riusciranno ad evitare il ripetersi di ricoveri ed accessi impropri al pronto soccorso, mentre per il 29,4% potrà influire positivamente ma a patto che la riforma venga modificata.

Come fare lo svela l'ultima sezione della Survey Fadoi. Per il 42,1% degli internisti ospedalieri occorre prima di tutto un provvedimento, ancora mancante, che fornisca indicazioni precise su quali professionisti del territorio e con quale modalità debbano lavorare nelle nuove strutture, mentre per il 27,9% occorrono regole che disegnino il rapporto tra queste strutture e l'ospedale. Per un altro 20,5% servono piattaforme informatiche comuni tra ospedale e strutture del territorio, perché anche qualora i medici schierati in quest'ultimo aggiornassero il fascicolo sanitario elettronico, c'è da dire che oggi in molti casi i sistemi informatici delle varie strutture sanitarie, anche di una stessa regione, non comunicano tra loro. Solo per il 9,5% servirebbero invece finanziamenti specifici per il personale delle strutture territoriali.

"L'indagine condotta in questi giorni da Fadoi dimostra numeri alla mano quello che come internisti ospedalieri abbiamo sempre denunciato, ossia lo scollamento pressoché totale tra ospedale e territorio. Anacronistico in un Paese che invecchiando vede aumentare il numero di pazienti cronici con poli-patologie che richiedono una presa in carico globale, che ricomprenda sia la fase che precede il ricovero sia quella seguente", afferma il **Presidente della Federazione, Francesco Dentali**. "Purtroppo, come segnalano a larga maggioranza i nostri medici, questa frattura non sarà ricucita dalla riforma della sanità territoriale finanziata con i soldi del Pnrr, che ha disegnato le mura delle nuove strutture, senza definire chi ci lavora e come si rapportino con l'ospedale".

“Come mostrano i risultati della survey, servono regole chiare e stabilite a livello nazionale che leghino tutta la filiera del Servizio sanitario nazionale. Oggi invece -afferma **Dario Manfellotto, presidente della Fondazione Fadoi**- i percorsi di cura sono frammentati e spesso si formano dei colli di bottiglia che intasano le strutture”.

“Per questo – prosegue- servirà agevolare il percorso casa-territorio-ospedale-post acuzie-riabilitazione-casa, con regole d’ingaggio strette e rigorose. La regia non la può fare in modo burocratico una ‘Centrale operativa territoriale’ ma una équipe di professionisti competenti. E poi un ospedale di comunità a ‘quasi totale gestione infermieristica’ non può funzionare, per cui si rende necessaria un via nuova, che coinvolga gli specialisti dell’ospedale in collaborazione con i medici del territorio, con percorsi assistenziali ben definiti”.

https://www.quotidianosanita.it/lavoro-e-professioni/articolo.php?articolo_id=122092

GO24

3° Open Meeting 2024

I Grandi Ospedali Italiani si confrontano per fare Sistema

Napoli,
29 Maggio 2024 AORN A. Cardarelli
30 Maggio 2024 AOU Federico II

quotidianosanita.it

Assemblea Oms. Approvata la prima risoluzione sulla partecipazione sociale per l'assistenza sanitaria di base

La risoluzione mira ad affrontare le disuguaglianze sanitarie e l'erosione della fiducia nei sistemi sanitari, che sono cruciali di fronte alle sfide senza precedenti che il mondo si trova ad affrontare, come il cambiamento climatico, i conflitti e le minacce pandemiche. I delegati hanno poi richiesto il sostegno del Direttore Generale per sviluppare una strategia globale e un piano d'azione per le cure e i servizi integrati di emergenza per il periodo 2026-2035. Approvata, infine, una risoluzione per rafforzare la salute mentale e il sostegno psicosociale.

30 MAG -

Nel corso della 77esima Assemblea mondiale Oms gli Stati membri hanno concordato una risoluzione sulla partecipazione sociale nella pianificazione e attuazione sanitaria nazionale, che apre la strada affinché le persone, le comunità e la società civile abbiano una voce più forte nell'influenzare le decisioni che riguardano la loro salute e il loro benessere. La risoluzione mira ad affrontare le disuguaglianze sanitarie e l'erosione della fiducia nei sistemi sanitari, che sono cruciali di fronte alle sfide senza precedenti che il mondo si trova ad affrontare, come il cambiamento climatico, i conflitti e le minacce pandemiche.

Prove crescenti dimostrano il potenziale trasformativo della partecipazione sociale per promuovere la fiducia nei sistemi sanitari, promuovere l'equità e allineare l'assistenza sanitaria con le esperienze vissute delle persone. Il dialogo bidirezionale tra il governo e le persone che serve può portare a politiche, strategie e servizi sanitari più rispondenti ai bisogni delle persone, in particolare di quelle in situazioni vulnerabili ed emarginate. La nuova risoluzione riconosce questo potenziale. La sua attuazione comporterà meccanismi di partecipazione nazionale regolari e sostenuti, come dialoghi o consultazioni e politiche che riflettono le raccomandazioni generate da questi processi partecipativi.

I delegati hanno poi richiesto il sostegno del Direttore Generale per sviluppare una **strategia globale e un piano d'azione per le cure e i servizi integrati di emergenza, critici e operativi (ECO) per il periodo 2026-2035**.

Nel contesto di disastri umani e naturali concomitanti, i servizi sanitari nazionali sono sempre più sotto pressione per fornire cure ECO efficaci. Tali servizi rispondono ai bisogni di salute delle persone durante tutto il corso della vita, comprese infezioni e lesioni, complicazioni durante la gravidanza e il parto, infarti e ictus.

I servizi ECO sono fondamentali per la preparazione e la risposta alle emergenze. I delegati hanno notato che il Covid ha rivelato lacune significative nella fornitura di cure ECO a livello globale. Nel 2023, l'Oms ha risposto a 65 emergenze sanitarie graduate in tutto il mondo, rispetto alle 40 del 2013.

Questa decisione fornirà una mappa tangibile affinché gli Stati membri possano rivedere e sviluppare politiche per consentire l'accesso universale alle cure ECO a tutte le persone bisognose entro il 2035. La strategia faciliterà l'attuazione della Risoluzione 76.2 dell'AMS sulle cure integrate di emergenza, critiche e operative per la copertura sanitaria universale e la protezione dalle emergenze sanitarie, adottata nel 2023

Il segretariato dell'Oms presenterà una nuova bozza di strategia all'Assemblea della sanità nel 2026.

L'Assemblea della Sanità ha approvato, infine, una **risoluzione per rafforzare la salute mentale e il sostegno psicosociale** in tutte le fasi delle emergenze, compresi i conflitti, i disastri naturali e le crisi umanitarie. Quasi tutte le persone colpite da emergenze sperimenteranno disagio psicologico, con 1 su 5 che probabilmente soffrirà di un problema di salute mentale.

La nuova risoluzione chiede servizi di salute mentale integrati e di qualità accessibili a tutti, in particolare nelle aree fragili e colpite da conflitti. Esorta gli Stati membri ad attuare il Piano d'azione globale dell'Oms per la salute mentale 2013-2030, incorporando la salute mentale e il supporto psicosociale negli sforzi di preparazione, risposta e recupero alle emergenze. La risoluzione sottolinea la necessità di investimenti a lungo termine nei servizi basati sulla comunità e nel coordinamento intersettoriale per migliorare l'accesso alle cure. Evidenzia inoltre le esigenze di salute mentale degli operatori umanitari, che sono spesso esposti a grave stress. L'Oms ha il compito di fornire supporto tecnico, facilitare il coordinamento tra agenzie, migliorare lo sviluppo delle capacità e garantire l'integrazione della salute mentale e del supporto psicosociale nei quadri di preparazione e risposta alle emergenze.

I progressi saranno monitorati con rapporti annuali all'Assemblea della sanità dal 2025 al 2031, garantendo responsabilità e attenzione costante alle questioni relative alla salute mentale nelle emergenze.

https://www.quotidianosanita.it/scienza-e-farmaci/articolo.php?articolo_id=122509

Addio allo studio singolo del medico di famiglia?

Le Case di Comunità spoke prendono forma.

Intesa tra Fimmg e Legacoop

L'obiettivo è sviluppare l'offerta sanitaria dei Medici di medicina generale con il supporto gestionale e organizzativo delle cooperative mediche di servizio. Un modello che rende le Aggregazioni Funzionali Territoriali reale strumento di offerta di servizi e garanzia di standard omogenei

22 MAG -

Valorizzare il ruolo centrale dei medici di medicina generale attraverso il supporto gestionale e organizzativo della cooperazione medica di servizio, per sviluppare la sanità territoriale, una delle maggiori necessità del nostro paese, in termini di definizione dei servizi e degli operatori indispensabili per rispondere alla domanda di salute ed ai bisogni dei cittadini.

*È questo, in sintesi, l'obiettivo del protocollo di intesa siglato da **Legacoop** (che tramite Sanicoop associa oltre il 50% delle circa 150 cooperative mediche operanti nel territorio nazionale) e **Fimmg** (Federazione italiana Medici di Medicina Generale).*

L'accordo punta ad assicurare la presa in carico del bisogno di salute del paziente, la gestione della complessità e della cronicità, a sviluppare azioni di prevenzione, nell'ambito dello strumento di rapporto fiduciario paziente-medico di medicina generale, a costruire basi solide per garantire prossimità, diffusione territoriale, accessibilità alle cure, innovazione, diagnostica di primo livello.

Tutto con standard omogenei tramite l'associazionismo dei medici e la loro organizzazione cooperativa. Un modello già ampiamente sperimentato con successo in tante realtà del territorio nazionale per mettere a disposizione dei MMG soci di cooperative i fattori produttivi necessari per l'esercizio della professione, sia obbligatori che facoltativi: sedi, utenze, personale di supporto segretariale ed infermieristico, rete informatiche, piattaforme e device per telemedicina, strumentazione diagnostica, assicurazioni, mezzi di trasporto, ecc.

Un modello che rende le Aggregazioni Funzionali Territoriali reale strumento di offerta di servizi e garanzia di standard omogenei.

Legacoop è impegnata a sostenere il processo di costituzione, ampliamento e potenziamento delle cooperative di servizio per l'attività dei Mmg e delle loro AFT, nonché a contribuire alla formazione di personale che possa supportare adeguatamente le aggregazioni di area regionale ed interregionale per ottimizzazione dei costi e garanzia di idonee competenze.

*“Dedichiamo grande attenzione alla fase di riorganizzazione della sanità ed in particolare delle Cure Territoriali che hanno un impatto diretto sulle comunità – sottolinea **Simone Gamberini**, presidente di Legacoop – per le quali riteniamo centrale la figura del Medico di Medicina Generale, libero professionista convenzionato con il SSN. Attraverso Sanicoop e le cooperative mediche, Legacoop intende fornire il supporto organizzativo ed i fattori produttivi necessari a far crescere l'offerta sanitaria e a garantire standard il più possibile omogenei. Riteniamo inoltre indispensabile integrare tutta la filiera connessa ai progetti di salute, mobilitando le cooperative sociali e le mutue, affinché ogni risorsa sia inquadrata per i progetti individuali di cui il medico è il protagonista che trova nella sua cooperativa il supporto necessario”.*

*“Riteniamo che il supporto gestionale e organizzativo delle cooperative mediche di servizio rappresenta un punto fermo nel sostegno alla figura di un medico di famiglia libero professionista associato e organizzato – sottolinea **Silvestro Scotti**, segretario nazionale di Fimmg – ma non è tutto, la necessità di promuovere e sviluppare nuove attività nell'area delle cure primarie, come previsto peraltro nell'ACN da poco sottoscritto, dalla trasformazione e dall'evidente moltiplicazione dell'offerta sociosanitaria territoriale può trovare nelle cooperative dei medici di famiglia un pilastro per l'avvio di case di comunità spoke in una logica di prossimità, fiducia e libera scelta del cittadino”.*

Fimmg e Legacoop, tramite Mmmge cooperative mediche, uniscono le esperienze e l'impegno anche per il necessario supporto alla gestione di servizi ed attività che si rendano necessari nelle strutture pubbliche della Sanità territoriale (Case di Comunità Hub e Spoke) previste dal PNRR e dalle normative legislative e contrattuali conseguenti, contribuendo alla logica di integrazione, ad ogni livello, delle risorse finanziarie e umane, dell'offerta sanitaria dell'ospedale con il territorio, sostenuta da progetti di salute individuali unificati dei quali il medico diviene il garante-gestore e la cooperazione medica lo strumento di supporto operativo.

Strutture e servizi domiciliari e residenziali

Un altro aspetto rilevante del processo di riorganizzazione delle cure territoriali è quello della gestione delle non autosufficienze e di altre situazioni di fragilità, che rende necessari interventi domiciliari integrati o l'assistenza in strutture residenziali. Legacoop e FIMMG ritengono indispensabile che tali strutture e servizi, programmati dal pubblico e sostenuti da una quota rilevante di spesa sanitaria e sociale pubblica, siano affidati nel rispetto di adeguati standard qualitativi. Si potrà quindi realizzare un'integrazione tra il soggetto cooperativo accreditato gestore dei servizi residenziali-domiciliari e la cooperativa medica di supporto delle AFT.

Sanità integrativa

La spesa sanitaria complessiva indica la presenza di una quota importante di assistenza erogata al di fuori del sistema pubblico e, difficilmente il SSN sarà in grado di colmare tale domanda, esorbitante ed in continua espansione. Legacoop e FIMMG si renderanno protagonisti per lo sviluppo di forme di integrazione (SSN, sistemi regionali, SMS, Fondi integrativi contrattuali, ecc.): dalle esperienze realizzate dal mondo cooperativo nel settore della raccolta ed offerta di forme integrative, sia nella intercettazione della domanda che in quella di organizzazione dell'offerta ed erogazione dei servizi. Mantenendo la centralità del paziente tramite il suo progetto unitario di salute.

Sedi e infrastrutture

Il PNRR prevede il finanziamento di sedi sanitarie, strutture residenziali e reti informatiche. Legacoop e FIMMG si impegnano a sostenere gli investimenti pubblici in tali strutture, contribuendo a radicarle concretamente ed in modo efficace nei vari territori, a responsabilizzare le cooperative di MMG e gli altri operatori socio-sanitari nella loro gestione, soprattutto in carenza di personale pubblico, a sostenere gli investimenti di altri soggetti che intendano contribuire alla realizzazione della infrastrutturazione sanitaria e socio-sanitaria territoriale, in primis all'iniziativa promossa in tal senso da ENPAM.

Struttura informatica

Per mettere l'evoluzione tecnologica al servizio della professione medica per ottenere risultati concreti nel miglioramento della salute dei cittadini, FIMMG e Legacoop si impegnano (anche utilizzando le strutture di cui sono dotate e le cooperative che operano nel settore) a perseguire l'accessibilità ai dati da parte di tutti gli operatori del territorio ed al loro trasferimento nella gestione dei progetti di salute dei pazienti. Quindi a contribuire ad una progettazione integrata, alla gestione delle piattaforme e delle strutture informatiche in tutte le sue fasi operative (COT, call center, centri servizi, ecc.).

https://www.quotidianosanita.it/lavoro-e-professioni/articolo.php?articolo_id=122327

Impegno comune per un progetto di sviluppo della Sanità a livello territoriale

Premesso

Che FIMMG è il Sindacato maggioritario dei Medici di Medicina Generale e deputato alla contrattazione degli Accordi Collettivi in ambito Nazionale, Regionale ed Aziendale e che da tali Accordi discendono le attività che i MMG espletano a livello territoriale.

Che Legacoop Nazionale rappresenta le cooperative articolate su base territoriale ed in molteplici settori tra cui quello delle professioni sanitarie tramite Sanicoop, che associa numerose coop mediche ed ha tra i suoi obiettivi statutari la promozione dell'impresa cooperativa tra professionisti MMG e la valorizzazione della professione degli stessi.

Che l'inquadramento del MMG, fermamente sostenuto dai sottoscrittori del presente documento, è quello di libero professionista convenzionato e, come tale, da una parte destinatario dei flussi finanziari di competenza secondo ACN, AIR ed AIA, e dell'altra dotato dell'autonomia organizzativa per la "gestione dei mezzi di produzione" necessari al conseguimento degli standard e degli obiettivi dei vari livelli di contrattazione.

Che è un corso un processo di cambiamento e di innovazione-nell'ambito della medicina territoriale e le due associazioni intendono parteciparvi con un comune obiettivo di protagonismo attivo.

<https://www.quotidianosanita.it/allegati/allegato1716367592.pdf>

Medici di famiglia e coop, perché l'alleanza non convince

Ivan Cavicchi

Per mezzo dell'accordo con la lega coop nazionale si sfonda il muro che separa la sanità integrativa dalla sanità sostitutiva fino a mettere in condizioni il privato di mettere finalmente le mani oltre che sul Pnrr sulla sanità del territorio nella sua estesa realtà. La Fimmg, il cui opportunismo strategico è ben noto a tutti, per allontanare il rischio di essere assorbita dalla dipendenza pubblica non esita a schierarsi con il mercato.

27 MAG -

“Impegno comune per un progetto di sviluppo della Sanità a livello territoriale” è il titolo che sintetizza l'accordo sottoscritto dalla Fimmg, il più grande sindacato nazionale dei MMG, dalla lega coop nazionale da tempo uno dei più attivi protagonisti del processo di privatizzazione della sanità pubblica.

Cosa prevede questo accordo

Sostanzialmente, saltando i particolari tecnici organizzativi e finanziari, esso è la costruzione di una sinergia tra interessi diversi ma tra loro inevitabilmente adiacenti e complementari, quelli rappresentati:

- dal sindacato medico e che a MMG invariante si preoccupa dei suoi iscritti tentando di farli guadagnare di più;

- dall'impresa cooperativa interessata certamente all'uso profittevole del mercato sanitario nella sua globalità quindi allo sfruttamento delle occasioni che esso offre e al suo controllo politico.

Questa sinergia riferisce in pratica di un bisogno da parte di Fimmg e di Lega coop di partecipare attivamente con i loro specifici interessi ad un processo comunque “contro riformatore” in corso attraverso il quale cambiare la cd “medicina territoriale”.

Cambiare la governance

Lo scopo vero che si evince dall'intesa sottoscritta è cambiare l'attuale “governance” del territorio, quindi:

- superare il mitico “distretto” praticamente considerato un livello inutile, (nell'accordo non è mai citato) visto come un ostacolo sia nei confronti della “ridefinizione delle cure territoriali” ma soprattutto nei confronti dell'implementazione delle nuove linee di investimento”;

- proporre la “cooperativa medica di servizio” qual nuovo soggetto operativo supportato in alto dalle Centrali Cooperative a livello nazionale e territoriale e in basso assistita soprattutto per l'organizzazione di nuovo modelli operativi, anche da società di servizio a supporto.

I tre passaggi fondamentali

Tre sono i passaggi previsti per la riforma dell'assistenza territoriale:

- l'istituzione di una rete operativa su tutto il territorio nazionale dell'Aggregazione Funzionale Territoriale AFT che si “articoli secondo le caratteristiche territoriali per garantire la prossimità” e tramite la quale si “conseguono gli obiettivi di salute ed il governo clinico”;

- l'istituzione della “cooperativa medica di servizio” da generalizzare e da intendere in senso esteso come il soggetto titolare dell'assistenza territoriale;

- la definizione per ogni cittadino del “Progetto individuale di Salute Unitario ed Integrato” (PISUI).

Il deus ex machina

Per mezzo di questi tre strumenti il MMG diventa il vero deus ex machina di una nuova assistenza territoriale restituendogli in questo modo i suoi vecchi compiti storici ma anche aggiungendone di nuovi soprattutto quelli relativi alla “strutture e servizi domiciliari e residenziali” alla “non autosufficienza” alla “gestione della cronicità”, al fine vita e di altre situazioni di fragilità sociosanitaria, che comportano la necessità di interventi domiciliari integrati (ADI, ADP) oppure l'assistenza in strutture residenziali (RA, RSA, Ospedali di Comunità, Hospice, Centri Alzheimer, Residenze Sanitarie, ecc.).

Strutture finanziamenti e guadagni

Quello che sembra chiaro leggendo l'accordo è che:

- la cooperativa medica di servizio in luogo dello Stato e in modo sussidiario “copre tutti i costi dei fattori produttivi dei servizi”;

- il medico viene pagato oltre che dallo Stato per mezzo di convenzioni anche dalle cooperative che aggiungono alle classiche retribuzioni nuove “indennità”;

- sono previste vantaggiose tipologie di agevolazioni fiscali ma non redistribuzioni di utili pur esistendo la possibilità di “ristorni” vale a dire la possibilità di ripartire tra i soci della cooperativa in via differita comunque dei compensi;

- sono infine previste nell'organizzazione dei servizi adeguate economie di scala immaginando che più AFT si possano avvalere della stessa cooperativa di servizio (dimensione di Asl, di distretto, di provincia).

Ambiguità finanziarie

Nell'accordo Fimmg e lega coop nazionale vi sono aspetti non chiari o meglio non specificati, probabilmente considerati sottointesi o che si pensa di specificare successivamente e che per esempio riguardano la retribuzione per "lega coop" dei suoi investimenti, il rapporto tra investimenti nei servizi sanitari e gli eventuali utili dei servizi, i costi di adesione e di iscrizione dei medici alle cooperative, ecc e.

Restano anche poco chiare le fonti del finanziamento che da quel che è possibile comprendere a partire dal PNRR sono tutte "quelle pubbliche della fiscalità generale, quelle integrative preventivamente versate con altri strumenti ed anche quelle di spesa sanitaria diretta". Nell'accordo si parla di "diverse fonti di finanziamento: servizio sanitario pubblico e forme integrative, ivi comprese le società di mutuo soccorso ed i relativi fondi sanitari integrativi".

Verso la privatizzazione

La Fimmg per mezzo di questo accordo non si oppone ai processi di privatizzazione che sono in corso ma al contrario prova a cavalcarli.

Si propone un nuovo modello di governance nel quale:

- lo Stato perde la facoltà di esercitare nel territorio direttamente le funzioni di sanità pubblica,*
- allo Stato subentra in modo "secessionale v" un soggetto cooperativo accreditato che in pratica funziona come se fosse il destinatario di un appalto o una clinica convenzionata o qualsiasi altro servizio privato accreditato.*

Con questo accordo in realtà come previsto dalla controriforma Bindi del 99 si sfonda il muro che separa la sanità integrativa dalla sanità sostitutiva fino a mettere in condizioni il privato di mettere finalmente le mani oltre che sul PNRR sulla sanità del territorio nella sua estesa realtà.

La Fimmg, il cui opportunismo strategico è ben noto a tutti che è pari al suo altrettanto noto irriducibile conservatorismo, per allontanare definitivamente il rischio di essere assorbita dalla dipendenza pubblica non esita a schierarsi con il mercato.

A convenzione invariante

L'accordo in questione propone una controriforma della assistenza territoriale nella quale il medico giustamente diventa il vero deus ex machina su tutte le forme assistenziali presenti, quasi una specie di "soprintendente" di tutta l'assistenza territoriale (quindi andando ben oltre i confini del proprio studio) ma a convenzione invariante cioè senza cambiare né i principali effettori della sua retribuzione né le modalità delle sue prassi, quindi senza esplicitare le relazioni che pur esistono tra ciò che fa e i risultati attesi. Il MMG quindi resta pagato a "quota capitaria" anche se il referente non è più il singolo "capo" ma è addirittura è una "comunità di capi" cioè di bisogni molteplici. Il risultato pratico come già detto è che alle retribuzioni classiche previste e garantite dalla convenzione si aggiungono semplicemente delle indennità retribuite dalla cooperativa.

Un presupposto falso e fallace

L'accordo in questione propone un presupposto che rischia di rivelarsi fallace e cioè il ritenere a priori che ciò che conviene alla Fimmg e alla Lega coop sia automaticamente conveniente per il cittadino. Il che è completamente falso ma soprattutto non è per niente scontato. La Fimmg non ha titolo per rappresentare i diritti dei cittadini. Ridurre dei diritti a degli interessi dentro organizzazione concepite per speculare comunque sui cittadini malati e fare comunque profitto, per il medico di sicuro sarà una ulteriore fonte di guadagno ma anche una inevitabile quanto rischiosa fonte di delegittimazione sociale. Con l'accordo di sicuro l'onorario del medico cresce ma non è detto che l'onore del medico cresca a sua volta. Non bisogna dimenticare che le esperienze delle cooperative in sanità mediamente sono molto discutibili e quasi sempre garantiscono al cittadino sempre meno di ciò che gli servirebbe perché a loro volta sono vittime di forti processi di standardizzazione e di inevitabili logiche economicistiche.

Il rischio del sindacato di servizio

Alla fine della fiera il sindacato che propone la Fimmg assomiglia sempre di più a un "sindacato di servizio" cioè un sindacato fortemente corporativo che alla fine rischia di dipendere del tutto dagli interessi che di esso si servono.

Come è noto il "sindacato di servizio" costituisce una questione politica molto delicata. Esso è vietato dalla legge in quanto comprime di fatto la libertà sindacale dei medici in particolare se sono costretti per fare il loro lavoro a iscriversi per forza alla Fimmg.

Il "sindacato di servizio" che propone la Fimmg di fatto è una forma di asservimento dei medici comunque agli interessi che la lega coop anche se legittimamente rappresenta. Secondo me l'idea di offrire ai medici un "sindacato di servizio" alla Fimmg prima o poi rischia proprio sul piano del consenso di costare caro. Ormai i giovani medici sono nei confronti del sindacato sempre più disincantati.

Come Arlecchino servo di due padroni

Di sicuro la Fimmg, da una parte vuole restare un sindacato di liberi professionisti convenzionati cioè professionisti para subordinati e dall'altra vuole essere un sindacato sempre di liberi professionisti sempre parasubordinati ma questa volta non più al servizio dei diritti delle persone ma al servizio degli interessi del mercato accettando che i primi siano mediati dai secondi.

Questo vuol dire che la convenzione resta ma le indennità aumentano il che equivale a dire che il MMG resta nonostante tutto invariante ma guadagna di più anche se il surplus che gli viene garantito viene dal mercato cioè dai cittadini paganti.

Il ragionamento della Fimmg mi lascia perplesso: di questi tempi con la sanità pubblica al tramonto sempre meno finanziata è meglio avere non un solo padrone ma addirittura due. Lo Stato e il mercato. Cioè tenere il piede in due staffe.

Obbligo del consenso informato prima di tutto per le controriforme

Ma la considerazione che desidero fare è tutta politica. Noi abbiamo leggi che disciplinano il consenso informato attraverso il quale si riafferma nella cura la libertà di scelta dell'individuo ma permettiamo a un sindacato e una associazione imprenditoriale di fare accordi per contro-riformare la sanità pubblica senza tenere in nessun conto i diritti delle persone, il parere del parlamento, il rispetto delle associazioni dei malati, il parere degli altri sindacati ma anche il parere dei medici che lavorano nei servizi e i rischi che corre la professione medica quando interessi diversi come quelli dell'impresa e quelli del sindacato colludono tra di loro.

Conclusione

La Fimmg è vero è il sindacato più grande ma è anche quello che continua a perdere adesioni più di tutti. La Sisac ci dice che l'area dei medici non sindacalizzati in particolare i giovani continua a crescere come una forma particolare di astensionismo perché molti giovani medici non si riconoscono e non approvano le linee politiche smaccatamente corporative lungo le quali la Fimmg si muove.

Personalmente non credo che il "sindacato di servizio" sia la risposta giusta. La risposta giusta come ho scritto tante volte non è la difesa dello status quo ma è nella riforma anche giuridica del MMG. Resto affezionato alla mia vecchia idea di "autore" che però, nonostante tutto nessuno vuole fare. Meno che mai la Fimmg.

https://www.quotidianosanita.it/studi-e-analisi/articolo.php?articolo_id=122433

quotidianosanita.it

Alleanza coop-medici di famiglia tra luci e ombre

Ornella Mancin

29 MAG -

Gentile direttore,

l'accordo della Fimmg (sindacato maggioritario dei medici di famiglia) con la Lega Coop Nazionale (che riunisce buona parte delle cooperative che operano nel territorio tra le quali le cooperative delle professioni sanitarie) suscita non poche perplessità e bene ha fatto il professor Cavicchi (QS 27 maggio), da sempre attento osservatore dei fenomeni che interessano la sanità, a evidenziare alcuni dei punti di maggiore criticità. Pur non essendo pregiudizialmente contraria all'utilizzo dello strumento cooperativo, l'operazione messa in piedi dalla Fimmg, pone degli interrogativi che toccano l'essenza stesso dell'essere medico e medico di famiglia in particolare.

Permetto che conosco per esperienza diretta il modello cooperativo dal momento che da 12 anni faccio parte di una cooperativa di medici partita nel momento in cui si è costituita la Medicina di gruppo integrata di cui faccio parte e si è reso necessario un sistema organizzativo che ci permettesse di assumere il personale, di dividerci le spese del server, della consulenza del tecnico informatico e molto altro.

Ricordo molto bene le tante riunioni e le discussioni che ci hanno poi portato consapevolmente a scegliere questo modello. Allora da dove nascono le mie perplessità?

Mettersi insieme e fondare una cooperativa o entrare a farci parte non è e non può essere un fattore vincolante per fare il medico di famiglia.

Il nuovo modello organizzativo della medicina di famiglia (AFT e Case di comunità) prevede che si debba lavorare insieme ad altri colleghi, con personale di segreteria e infermieristico e che ci si debba dotare di strumentazione (elettrocardiografo, spirometro, ecografo.) e di servizi (server, rete, tecnico informatico);. Per far fronte a tutta questa complessità è necessario dotarsi di una forma organizzativa che permetta di farsi carico di una gestione molto simile a quella di una piccola impresa.

Se è ormai chiaro che il modello è questo, dovrebbe essere data la possibilità ai mmg di scegliere tra chi vuole puntare sulla libera professione votandosi al rischio di impresa e chi invece preferisce fare solo il medico e delegare allo Stato tutto il resto. Scelta degnissima dal momento che quando uno si iscrive all'università per fare questo lavoro non ha certo sposato l'idea di caricarsi di problematiche imprenditoriali che esulano da ciò per cui ha studiato.

Se non sarà possibile permettere questa scelta tra convenzione e dipendenza, temo che molti giovani medici si allontaneranno ancora di più da questa professione e i più vecchi cercheranno di andare in pensione il prima possibile. Ma per chi, per continuare a lavorare, accetterà il rischio di impresa e acconsentirà di far parte di una cooperativa, avrà l'obbligo di iscriversi alla Fimmg per godere dei vantaggi offerti dall'accordo Fimmg-Lega Coop?

La Fimmg offre questo accordo ai suoi iscritti per facilitare la creazione di una cooperativa o per entrare in cooperative già costituite in modalità tutelata e con presumibili vantaggi legati ad economie di scala e a possibili convenzioni, offrendo la possibilità ai soci medici di aprirsi a molti altri servizi di assistenza territoriale (per esempio assistenza domiciliare, assistenza in strutture residenziali, gestione della cronicità..) di tipo privatistico con evidenti vantaggi economici.

Capisaldi del sistema cooperativo sono la mutualità, solidarietà e democrazia. La cooperativa ha come finalità offrire ai soci beni, servizi o condizioni di lavoro più vantaggiose di quelle che si otterrebbero dal mercato e il fondamento del suo agire economico non è il profitto e la speculazione ma creare le migliori condizioni di lavoro possibile per i soci.

Appare evidente che la cooperativa è uno strumento e come tutti gli strumenti dipende da come viene utilizzato. Certo spaventa questo accordo su vasta scala, con un unico sindacato, quello più potente e in grado di determinare le scelte di tutti. Un connubio Fimmg – Lega Coop che non può non porre degli interrogativi: potranno essere autonome le scelte dei medici? potrà ancora esistere una medicina "in scienza e coscienza" o non si andrà sempre più verso un modello corporativistico in cui i singoli medici dovranno adeguarsi agli interessi delle grandi Coop?

Di certo il medico di famiglia rischia sempre più di perdere il suo ruolo di rappresentante della salute dei cittadini diventando un professionista non più al servizio dei cittadini ma al servizio degli interessi del mercato.

Il rischio di questa deriva è molto forte ed è davvero inquietante che il tutto avvenga senza che i vari attori in campo (gli altri sindacati, la politica, le associazioni di malati, la Fnomceo ...) non trovino proprio nulla da dire.

https://www.quotidianosanita.it/lettere-al-direttore/articolo.php?articolo_id=122478

quotidianosanita.it

L'insostenibile fragilità dell'Atto di indirizzo sulle Case di Comunità

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

20 MAG - Gentile Direttore,

da circa due mesi si è conclusa la "consultazione pubblica" sull'Atto di Indirizzo Agenas (tramite compilazione di un questionario) sul tema della partecipazione/co-produzione nell'ambito delle Case della Comunità. Il documento è stato redatto da un gruppo di studio composto da rappresentanti delle Regioni e da professionisti definiti esperti sul tema della partecipazione di pazienti e cittadini alle questioni sanitarie. Storicamente gli Atti di Indirizzo indicano, in modo piuttosto potestativo, il comportamento normativo desiderato dalle istituzioni. L'elaborato articola quali debbano essere i passaggi di partecipazione e co-produzione che Regioni, Aziende e Distretti metteranno in atto.

A dispetto delle intenzioni quindi nulla di nuovo. La piramide gerarchica sanitaria resta saldamente inalterata così come sarà la valutazione finale della potentissima Conferenza Stato-Regioni.

È noto che i documenti ufficiali europei (es.: Piano di ripresa NextGenerationEU) disegnano strumenti finanziari (in buona parte prestiti pluriennali). Ogni nazione ha poi concepito propri Piani Nazionali (PNRR) con i quali definisce l'utilizzo dei contributi straordinari europei (post-covid) per il periodo che va dal 2021 al 2026.

Nessun documento europeo specifica che una azione di ammodernamento sanitario (es.: territoriale) debba realizzarsi con le Case della Comunità. Lo stesso Piano Nazionale (PNRR) indica la necessità di attivare iniziative in grado di promuovere "strutture di prossimità" per quanto riguarda le cure primarie e cita, solo come esempio, le Case di Comunità ma non esclude nessun'altra formalità.

Successivamente al Piano di ripresa NextGenerationEU e al PNRR sono stati pubblicati il DM77/2022 (regolamento recante la definizione di modelli e standard per lo sviluppo dell'assistenza territoriale nel SSN), il Metaprogetto, documentazioni varie di gruppi e di istituzioni locali.

Per quanto riguarda il così detto territorio, le argomentazioni si sono polarizzate sul concetto di comunità (es.: Case della Comunità, Ospedali di Comunità). I criteri, "sui generis", dettati dal "regolamento", sono rigorosamente aderenti alle necessità Regionali, Aziendali e Distrettuali e potrebbero non coincidere con bisogni professionali o assistenziali. Questi parametri sono di difficile comprensione culturale se si considera la liquidità delle collettività e il desiderio, espresso dalle persone di buona volontà, di ripensare alla complessa preparazione del terreno per favorire nuove germinazioni comunitarie.

Se la comunità non c'è più, così come non esistono le collettività, come è possibile seguire una programmazione che manca di solidi presupposti? Nel recente passato qualche timido tentativo di ricostruire, faticosamente, un delicato tessuto comunitario è stato misconosciuto dai rappresentanti istituzionali.

Come è possibile che ora le stesse Alte Dirigenze, per normativa, diventino sensibili ad aspetti sociali/sanitari complessi quando le culture dominanti amministrative sono neoliberali, economicistiche, aziendalistiche e lineari?

In una società riconosciuta da molti studiosi come liquida occorre molta preparazione per riconoscere e valorizzare piccole formazioni comunitarie che sono riuscite, miracolosamente, a sopravvivere alla globalizzazione. Taluni rappresentanti istituzionali hanno dimostrato inadeguatezza verso questi riconoscimenti mentre le mappe e i profili territoriali (non solo relativi all'appropriatezza/risparmio prescrittivo) avrebbero dovuto essere un patrimonio fondamentale per le Aziende.

Alcune preziose progettualità e risorse sono state bellamente ignorate determinando così l'esaurimento di esperienze di co-operazioni volontariato/cittadini/professionisti storiche. Se fosse capitato qualche cosa di simile nelle aziende condotte da Olivetti o da Mattei o da Ford avrebbero comportato parecchi licenziamenti.

Un concreto processo di partecipazione (e/o di co-produzione) avrebbe dovuto comprendere il principio di un completo coinvolgimento nel processo decisionale dall'inizio alla fine. Tuttavia la cascata normativa burocratica non ha contemplato questa ipotesi così che, ora, occorre rincorrere determinazioni già decretate up-down. Infatti nel testo dell'Atto di Indirizzo, si nomina l'"utilizzabilità" (disponibilità?) delle così dette modalità di partecipazione che verosimilmente saranno poste al giudizio delle stesse Alte Dirigenze Regionali, Aziendali, Distrettuali.

La programmazione e il governo della "produzione" Aziendale presenta una certa "complicazione" lineare che richiama suggestioni relative alla globalizzazione, ad orientamenti neoliberali, al consumismo sanitario di origine aziendale (consuetudini conoscitivistiche?) causa di differenziazioni (discriminazioni?) professionali e assistenziali. Ogni argomentazione sulla partecipazione non può esimersi dal considerare queste criticità.

È necessaria, come l'aria, una assoluta trasparenza e la capacità di riconoscere ruoli non tanto di partenariato ma di leadership. In caso contrario tutto diventerà ancora più confuso ed ambiguo.

Meraviglia come nel testo non si nomini mai la libera scelta fiduciaria del mmg come strumento fondamentale (sovrapponibile ad una elezione politica/apartitica) per tentare di ricostruire una identità condivisa territoriale e si preferisca citare il consenso informato che è un dispositivo di credito informativo, più attinente alla specialistica/dirigenza/dipendenza, per nulla commensurabile con la libera scelta fiduciaria.

All'interno di questo rapporto ci si relazione, (es.: in team) più con persone e problemi che con malattie o patologie specifiche come invece può avvenire a livello ospedaliero (es.: équipe chirurgica).

Nell'interessante e lungo elenco bibliografico, riportato alla fine del documento, si richiamano pubblicazioni del periodo pre-covid, che ragionano di Case della Salute (le Case della Comunità sono effettivamente una miglioria nei confronti dei contenuti relativi alle Case della Salute?). Si può altresì notare una ostinata ricerca di modelli esteri senza che vi sia una validata sovrapposibilità operativa di quegli esempi con la nostra eterogenea realtà nazionale già considerata, a suo tempo, una delle migliori organizzazioni sanitarie al mondo.

https://www.quotidianosanita.it/lettere-al-direttore/articolo.php?articolo_id=122260

quotidianosanita.it

Dotazioni infrastrutturali e Case della Comunità

Bruno Agnetti, Presidente Centro Studi Programmazione Sanitaria (CSPS) di Comunità Solidale Parma ODV-Runts - **Giuseppe Campo**, Centro Studi Programmazione Sanitaria (CSPS) di Comunità Solidale Parma ODV-Runts - **Vito Alessandro D'Ercole**, Centro Studi Programmazione Sanitaria (CSPS) di Comunità Solidale Parma ODV-Runts - **Maina Antonioni**, Centro Studi Programmazione Sanitaria (CSPS) di Comunità Solidale Parma ODV-Runts

o8 MAG - Gentile Direttore,

come Centro Studi di Programmazione Sanitaria (CSPS) composto da cittadini dell'Associazione di Volontariato Comunità Solidale Parma (ODV-Runts) ci occupiamo in particolare di sostenere e proteggere le cure primarie di quartiere considerate bene comune per una comunità. Abbiamo letto con molta

curiosità [l'intervento](#) che il Prof. Ivan Cavicchi ha pubblicato su QdS (Le dotazioni infrastrutturali? Sono il cuore della "quarta riforma", ma è ciò che manca nella maggior parte delle proposte in circolazione) il 30 aprile 2024. CSPS ha considerato utile interrogare direttamente il Prof. Cavicchi per sapere cosa si debba intendere per "dotazioni infrastrutturali" e, con il permesso dello stesso Prof. Cavicchi, riteniamo possa essere utile rendere pubblico il carteggio intercorso in favore di qualche collega interessato al tema.

"Il concetto di infrastruttura, in urbanistica vuol dire "servizi di servizi" cioè strutture secondarie o complementari al servizio di strutture primarie finalizzate per il raggiungimento di certi scopi.

Per esempio l'ospedale è una struttura pensata per ricoverare i malati essa tuttavia, per curare i malati ricoverati, ha bisogno di certe infrastrutture senza le quali la sua funzione sarebbe impossibile da svolgere.

In logica "struttura" è un concetto del "primo ordine", quello che in sanità stabilisce i caratteri di base dei servizi mentre "infrastruttura" o "sovrastuttura" è un concetto del "secondo ordine" cioè è l'insieme di regole senza il quale l'ospedale come struttura non potrebbe funzionare.

Quindi il problema è semplice

- non si può avere in sanità una struttura senza sovrastuttura
- se si vuole in sanità cambiare una struttura bisogna cambiare la sovrastuttura e/o l'infrastruttura
- qualsiasi cambiamento di una struttura a sovrastuttura/infrastruttura invariante è fallace cioè è un cambiamento farlocco.

Come ho già scritto (QS 6 maggio 2021) le Case di Comunità previste dal PNRR (missione 5) sono un cambiamento farlocco perché ripropongono la struttura del poliambulatorio specialistico della defunta Inam ma con una doppia invarianza:

- quella sovrastutturale tipica degli ambulatori della mutua
- quella aziendale che oggi sovrintende tutte le strutture sanitarie quindi compresa la Casa della Comunità

La Casa della Comunità anziché essere gestita direttamente dalle mutue, come ai tempi dell'Inam, oggi è gestita dall'Azienda. Quindi in modo verticistico e monocratico nel senso che, nella sua idea di gestione, la comunità è esclusa. Cioè sono esclusi sia i cittadini che gli operatori che compongono la comunità. Cioè l'idea di comunità in quella di Casa della Comunità non implica, come nell'idea generale del Welfare Community, una partecipazione sociale dei soggetti ma (per la semplice ragione che la partecipazione sociale è in piena contraddizione con la gestione aziendale), se a gestire i servizi ci fosse la comunità... l'azienda non sarebbe più azienda.

Per cui l'inganno.

Siccome l'azienda non è in discussione (anche se dovrebbe esserlo) ad azienda invariante il PNRR fa finta di cambiare le strutture ma senza cambiarle.

Ho già spiegato ampiamente le mie perplessità nei confronti di una sinistra che dimostra con il PNRR e con il DM 77 e il DM 70 di essere del tutto priva di un orizzonte riformatore e di essere prigioniera delle sue controriforme neoliberiste.

A queste perplessità mi permetto di aggiungere anche quelle nei confronti di quella cultura cattolica che seguo con interesse e che però incassa come un successo la "Casa di Comunità" rendendosi complice di un inganno sociale bello e buono.

Ingannare le persone è ingannare la comunità."

Ringraziamo il Prof. Ivan Cavicchi per la squisita cortesia che ha voluto riservare ai nostri dubbi così che le elaborazioni culturali, a cui in nostro gruppo si dedica, possano essere epistemologicamente coerenti. Pare che il noto DM77 non apporti quindi nessuna sostanziale innovazione anzi il tema del "debito orario" dei MMG nei confronti dell'attività che dovrebbero essere svolte nella così detta "Casa della Comunità Hub" non può che aggravare la situazione organizzativa irreversibilmente, di giorno in giorno, senza che la narrativa sulle CdC abbia prefigurato un compenso sostanziale per le comunità (liquide?). Non si può nemmeno pensare di poter affrontare un tema così complesso come quello delle relazioni tra persone o delle comunità applicando il principio filosofico del decostruzionismo (Derrida, Heidegger) molto accademico, tuttora in via di dibattito e poco adatto a percorsi formativi dedicati a volontari delle CdC.

Nel complesso appare che la questione sanità/salute e, nello specifico la riforma del territorio, sia così ingarbugliata e avanzata nelle sue contraddizioni interne ed esterne (globalizzazione e neo-liberalismo) che solo un movimento bipartisan, cioè un accordo condiviso e accettato da tutte le parti politiche parlamentari, può riformare (secondo la cornice della "quarta riforma") e difendere la più importante opera pubblica del nostro paese: il SSN.

Se le comunità non ci sono più non possono nascere per normativa. Non ci sono nemmeno le collettività ma le connettività. Il plurale è drammaticamente diventato singolarismo.

Per riuscire a convivere in un sistema-mondo complesso alcuni autori suggeriscono di provare ad orientarsi verso processi operativi (es.: le buone esperienze topiche professionali e di volontariato, in atto da numerosi anni, ritenute di serie B dall'apparato decisionale che ha sempre preferito relazioni consociativistiche che, a loro volta, hanno condotto ad una situazione che, agli occhi dei cittadini e dei professionisti, è fortemente ammalorata) o sperimentali, anche se dopo poco inesorabilmente ci si ritroverà in un successivo sistema complesso.

Proprio su QdS del 6 maggio 2024 Ivan Cavicchi ci regala un metodo straordinario che dovrebbe diventare il bagaglio fondamentale di ogni leader affidabile generativo di una eventuale principio di comunità (es.: il mmg fiduciario): l'imperativo categorico che inevitabilmente ci fa' ricordare quel che resta di Ippocrate. In particolare Cavicchi richiama la frase di S. Agostino "Dilige et fac quod vis" (Ama e fa quel che vuoi) ...

Con una semplificazione ardita, speriamo non blasfema, si potrebbe dire: ama questa professione impareggiabile per professionisti e assistiti.... Il resto verrà tutto da sé. Ne consegue che amare non può stare con l'ignoranza, lo speculare, l'avvantaggiarsi o l'ingannare. Così come la non verità non ha nulla a che fare con l'amare

https://www.quotidianosanita.it/lettere-al-direttore/articolo.php?articolo_id=121994

quotidianosanita.it

Prescrivere farmaci con ricettario pubblico, in regime di attività libero-professionale costituisce danno erariale

Fernanda Fraioli, Consigliere della Corte dei Conti

Una sentenza del giudice contabile dello scorso 17 maggio 2024 consente di chiarire molti aspetti di un giudizio a carico di un medico di base prescrittore di farmaci presso studi medici privati, mediante ricette del Ssn

21 MAG -

I fatti risalgono agli anni 2012/2015, ma la sentenza del giudice contabile è dello scorso 17 maggio 2024. Quello che sembra essere un lunghissimo tempo per ottenere una decisione giurisdizionale, in realtà ha coperto una lunga serie di eventi che ci offrono la possibilità di chiarire molti aspetti di un giudizio a carico di un medico prescrittore di farmaci mediante ricette del SSN.

Anche se alcuni sembrano essere di squisita procedura, di maggiore coinvolgimento degli operatori del diritto, in realtà coinvolgono gli addetti ai lavori, molto più di quanto non si creda, visto che affrontano temi di diretto interesse come il rapporto tra le due giurisdizioni (penale e contabile), la costituzione in giudizio dell'Amministrazione, la quantificazione del danno erariale ed i suoi rapporti con la sanzione da procedimento disciplinare, ecc.

Oggetto del giudizio è la condotta di un medico di base, in regime di convenzione con la ASL, che ha prescritto abusivamente presso studi medici privati, una serie di farmaci con il ricettario del SSN (le cc.dd. ricette rosse o rosa) a pazienti iscritti nelle liste di altri medici e trattati in regime di attività libero-professionale, nel periodo suindicato.

Va subito precisato che il problema non ha investito la congruità delle prescrizioni sul piano terapeutico, ma l'impossibilità per il medico, che opera al di fuori dalla propria attività istituzionale, di prescrivere questa particolare tipologia di farmaci sul ricettario pubblico, addebitandone gli oneri al SSN.

È, infatti, notorio che il ricettario pubblico può essere utilizzato solo dai medici dipendenti o convenzionati con il SSN e nell'ambito dei rispettivi compiti istituzionali (art. 2 D. L. n. 443/1987), mentre è vietato expressis verbis ai medici del servizio pubblico nell'esercizio di attività libero professionale (art. 15 quinquies del D. Lgs. n. 502/1992).

Quindi, il medico in oggetto, pur se indubbiamente abilitato a prescrivere i farmaci soggetti a ricetta limitativa (art. 87, lett. d n. 1, del D. Lgs. n. 219/2006), lo era soltanto nell'ambito dell'ordinaria attività istituzionale. Per ciò solo, le prescrizioni effettuate ai pazienti di altri medici di medicina generale, nell'ambito della propria attività libero professionale – legittima o abusiva che sia – sono di per sé del tutto illegittime con l'inevitabile conseguenza che il medico è tenuto a rimborsare al SSN i farmaci indebitamente prescritti (art. 1 D. L. n. 323/1996).

Allora, è già la stessa normativa a considerare come "indebitamente prescritto" il farmaco per il quale non vengano rispettate le rigide regole procedurali stabilite di volta in volta, senza nemmeno prendere in considerazione la circostanza che esso possa essere o meno necessario per il paziente a cui consegue necessariamente l'obbligo di rimborsarne il costo al SSN, proprio perché il danno erariale è insito nella stessa violazione delle disposizioni limitative del procedimento prescrittivo.

A mero titolo esemplificativo, si ricorda che il D. Lgs. n. 219 del 2006, è rubricato "Classi dei medicinali ai fini della fornitura"; il D. L. n. 443/1987 che all'art. 2, circoscrive "l'impiego dei ricettari nell'ambito dei rispettivi compiti istituzionali"; D.L. n. 323/1996 che "qualora dal controllo risulti che un medico abbia prescritto

un medicinale senza osservare le condizioni e le limitazioni è tenuto a rimborsare al SSN il farmaco indebitamente prescritto”.

I limiti e condizioni sono, quindi, posti con una valenza non esclusivamente formale e procedurale, ma configurano delle prescrizioni di natura sostanziale, che tendono a salvaguardare la sostenibilità della spesa sanitaria attribuendo la competenza a prescrivere i farmaci più costosi a carico dell'Erario pubblico soltanto ai medici del SSN, nell'ambito dell'ordinaria attività istituzionale.

Nel caso in esame, si sono riscontrate prove documentali del fatto che il medico ha effettuato queste prescrizioni non nella sua veste pubblica, ma in occasione dell'esercizio della propria attività libero professionale, presso gli studi medici privati.

Le testimonianze raccolte presso un centinaio di pazienti – che hanno confermato di essere iscritti nelle liste di altri medici di medicina generale, aggiungendo che il medico esercitava effettivamente la libera professione, senza rilasciare alcuna ricevuta a fronte dell'incasso dei corrispettivi – hanno riscontrato la correttezza dell'impostazione accusatoria a fronte della quale il soggetto non ha neppure mosso alcuna contestazione, come anche l'opzione per il rito ex art. 444 c.p.p. in sede penale e la mancata impugnazione dei provvedimenti di irrogazione delle sanzioni in sede disciplinare.

Da qui il pregiudizio a danno dell'erario che ha mosso il requirente contabile per il cui ammontare (€ 56.492,19) ha preso a riferimento quello indicato originariamente dalla ASL (di € 65.543,34, poi ridotti a € 61.492,19), successivamente quantificato dal collegio giudicante ad € 56.492,19 in considerazione di una serie di elementi che seguono.

Cominciando proprio dall'ammontare del danno – anche se solitamente è l'ultimo degli aspetti considerati in sentenza – per comprendere appieno il procedimento della sua corretta quantificazione. Le quattro differenti cifre sembrano sparare a caso nel mucchio e, invece, sono figlie di un preciso criterio al quale il giudice contabile deve attenersi onde richiedere con precisione soltanto quello che effettivamente rappresenta il danno all'erario, come indicano, d'altronde, anche i decimali richiesti e non una cifra tonda che risulterebbe approssimata per eccesso o per difetto.

Il danno erariale, infatti, risponde ad una regola ben precisa: deve essere – oltre che certo, attuale ed effettivo – anche determinato, con ciò indicando che la perdita deve essere quantificata (o quantificabile secondo i principi del Codice civile), quindi con riferimento alla cifra concretamente riscontrata (o, eventualmente quantificata in via equitativa, ai sensi dell'art. 1226 del medesimo codice).

In questo caso è stato possibile identificarla con la massima precisione, ma si è reso necessario operare delle decurtazioni, prima, e delle aggiunte, poi.

Le decurtazioni sono rappresentate dalle somme che, ad un più preciso approfondimento istruttorio, non si sono rivelate poste di danno erariale o perché già versate all'Amministrazione ad altro titolo o perché erogate quale sanzione disciplinare o perché derivate da un riconteggio preciso delle ricette; le aggiunte, invece, dagli oneri accessori della rivalutazione monetaria da calcolare dalla data dell'evento lesivo fino alla data di pubblicazione della sentenza, oltre agli interessi legali sulla somma così rivalutata, da quest'ultima data e fino al soddisfo (ovviamente non riportate in sentenza perché quantificabili a seguito di essa).

Quindi dagli iniziali € 65.543,34 comunicati dalla ASL, l'esatto abbinamento medico – paziente, analizzato dai giudici periodo per periodo, ha consentito di individuare con precisione, mediante l'acquisizione di copia delle liste delle assegnazioni dei pazienti, l'ammontare dei costi dei farmaci indebitamente prescritti a pazienti assegnati ad altri medici di medicina generale, che hanno integrato il danno erariale, in complessivi € 61.492,19.

La verifica operata dai giudici contabili ha permesso di confermare la correttezza dell'addebito per un numero di prescrizioni su “ricette rosse” leggermente inferiore (n. 3.063) rispetto a quello contestato dagli inquirenti (n. 3.429), con la conseguente riduzione del danno erariale ad € 61.492,19, in luogo dell'originaria quantificazione operata dalla ASL di € 65.543,34.

Successivamente ridotti in sentenza ad € 56.492,19 in quanto il collegio giudicante ha ritenuto di detrarre i 5.000,00 euro versati spontaneamente dal medico, a differenza, invece, di quanto trattenuto dall'Azienda a titolo di sanzione disciplinare di € 37.500,00 (come da delibere del Direttore generale), atteso che, trattandosi di importi di natura sanzionatoria, non possono essere posti in compensazione con le diverse e ulteriori somme costituenti danno erariale.

Da qui la necessaria individuazione dell'elemento soggettivo che ha caratterizzato la condotta del medico, ritenuta senza ombra di dubbio di matrice dolosa, in quanto egli era certamente al corrente del fatto che le prescrizioni sulle ricette rosse venivano emesse in favore dei pazienti di altri medici, operando presso diversi studi situati al di fuori dal Comune di assegnazione (pur avendo dichiarato expressis verbis al Direttore delle Risorse Umane di non svolgere ulteriori attività professionali), sia in quanto riscuoteva i compensi dai pazienti stessi (il che non sarebbe stato ovviamente possibile per i propri assistiti).

Senza contare che dalle ASL ai sensi dell'art. 44 del CCNL, le liste venivano periodicamente trasmesse a tutti i medici di medicina generale, i quali attraverso il sistema informatico erano perfettamente in grado di

identificare i pazienti loro assegnati, anche perché diversamente non avrebbe potuto svolgere la propria attività in convenzione.

Il riconosciuto carattere doloso della condotta, per costante giurisprudenza contabile non consente neppure di esercitare il c.d. Potere riduttivo che si sostanzia nel potere riconosciuto al giudice secondo il suo prudente apprezzamento, di ridurre il quantum del danno da porre a carico del dipendente pubblico, autore di condotte illecite, nell'esercizio di una evidente deroga al principio della globalità del risarcimento del danno, trattandosi di una responsabilità di natura contrattuale.

Riduzione dell'addebito che, comunque, non attinge alla valutazione dell'entità del danno che rimane la medesima, ma a quanta parte va posta a carico del soggetto chiamato a risponderne che resta nella valutazione discrezionale del giudice, il quale deve esercitarlo alla luce di un'attenta valutazione delle circostanze caratterizzanti il caso.

Per questi stessi fatti, oltre che per una serie di condotte criminose contestuali e/o avvinte dal vincolo della continuazione, il convenuto era stato già sottoposto ad indagini per i delitti di peculato, truffa aggravata e falso. E, ai sensi dell'art. 444 c.p.p., egli stesso aveva richiesto ed ottenuto l'applicazione della pena di anni due di reclusione come da sentenza del GIP divenuta irrevocabile.

Evento questo che, però, ha impedito alla ASL, seppur costituitasi parte civile per ottenere il risarcimento del danno, di conseguire una pronuncia in tal senso in sede penale per la scelta del c.d. patteggiamento da parte del medico, costringendola ad adire il giudice del lavoro.

Anche in questa sede la ASL è rimasta insoddisfatta nelle proprie richieste nonostante la sentenza favorevole di primo grado del Giudice del Lavoro per la riforma subita in appello, in virtù della declaratoria del difetto di giurisdizione dell'Autorità Giudiziaria Ordinaria, in favore della Corte dei conti, la quale si è, poi, puntualmente espressa con la pronuncia ora in commento.

L'avvenuta costituzione della ASL nel processo penale ha, per lo meno, avuto, l'effetto di interrompere la decorrenza del termine di prescrizione previsto per esercitare il proprio diritto al risarcimento del danno subito. Il giudizio contabile, in ordine all'attuazione della condotta illecita, trova sostegno nella sentenza di applicazione della pena su richiesta di patteggiamento, oltre che negli atti del fascicolo penale e riversati in sede contabile, pur non essendole riconosciuta efficacia di giudicato nei giudizi civili e amministrativi per le restituzioni e il risarcimento dei danni, diversamente dalla sentenza irrevocabile di condanna pronunciata in seguito a dibattimento o a giudizio abbreviato.

Gli stessi fatti, però, possono essere autonomamente valutati in sede amministrativo-contabile, non potendosi ignorare che si pongono come un riconoscimento del fatto-reato, onde non impedisce che, nel corrispondente giudizio in sede civile, ai fini della relativa decisione, si proceda all'accertamento autonomo dei fatti illeciti oggetto del giudizio penale, ivi costituendo, tuttavia, indiscutibile elemento di prova che ben può essere utilizzato, anche in via esclusiva, per la formazione del proprio convincimento dal giudice di merito, il quale può liberamente valutarli, salvo prova contraria.

A nulla rilevando la tenuità del danno riconosciuta nella sentenza di patteggiamento, sia perché le valutazioni del giudice penale sono effettuate sulla scorta dei diversi criteri di valutazione di cui al Codice penale, sia in quanto la piena e definitiva determinazione del danno erariale è rimessa alle determinazioni della Corte dei conti e, nel caso in esame, non può che essere pari agli esborsi sostenuti dall'Amministrazione per la copertura del costo dei farmaci abusivamente prescritti.

Nel caso in commento, dalla sentenza di patteggiamento e dagli atti di indagine riversati nel fascicolo, si desume senza ombra di dubbio che il medico chirurgo in regime di convenzione con l'ASL, aveva prescritto abusivamente una serie di farmaci con il ricettario del SSN (le cc.dd. ricette rosse o rosa) a pazienti iscritti nelle liste di altri medici e trattati in regime di attività libero professionale, nel periodo compreso tra il 2012 e il 2015.

Le sommarie informazioni testimoniali rese dai pazienti in tal senso, poi, sono una prova di non poco momento. Quanto al rapporto con il procedimento disciplinare, l'esercizio (o la sua assenza) di qualsivoglia azione disciplinare a carico di un proprio agente, non riveste in sede di procedimento contabile alcun pregio posta la differente natura e per nulla sovrapponibile del relativo procedimento di competenza dell'Amministrazione di appartenenza ed il procedimento giurisdizionale di competenza delle Sezioni giurisdizionali della Corte dei conti.

La potestà punitiva della P.A. – che trova fondamento in uno speciale rapporto di subordinazione che le lega i soggetti coinvolti – sussiste per i fatti che essa stessa ritiene commessi in violazione dei doveri loro intestati, anche in difetto di una norma che espressamente lo preveda ed è accertata e repressa discrezionalmente dagli organi interni.

Ciò a dire che, anche quando la legge configura ipotesi di violazione dei doveri esse sono, pur sempre, generiche, dimodoché spetta sempre alla Pubblica Amministrazione la valutazione in concreto del caso e la relativa configurazione, rendendo l'illecito disciplinare non oggetto di un accertamento vincolato, bensì di un apprezzamento discrezionale.

L'accertamento della responsabilità disciplinare, con la conseguente applicazione della sanzione non è atto di giurisdizione, ma di amministrazione, normalmente connesso sempre all'esercizio di un potere amministrativo, per quanto differente.

Perciò, la potestà punitiva della Pubblica Amministrazione non può essere confusa, né tantomeno sovrapposta, a quella che lo Stato svolge con il potere giurisdizionale, ovvero con la funzione con cui provvede alla tutela e all'attuazione dell'ordinamento giuridico nei casi concreti e che presuppone l'esistenza della norma giuridica, che l'atto di giurisdizione interpreta ed attua con efficacia obbligatoria per i soggetti cui è rivolto.

La dinamica di un evento oggetto di indagine, allora, ricostruita nella relazione compilata dall'ufficio di appartenenza, pur evidenziando il comportamento notevolmente superficiale e non curante del prevedibile danno che in tal modo l'agente stava per causare (o ha causato) al patrimonio dello Stato, è sempre sottoposta alla valutazione del PM contabile che verrà effettuata con modalità differenti.

Da ultimo, ma soltanto per completezza, visto che non è rientrato tra gli addebiti specifici degli inquirenti (e conseguentemente dell'esame del Collegio giudicante) una questione di non poco momento che già è stato oggetto di specifiche pubblicazioni su questa stessa testata (vedi [Quotidianosanità.it](http://www.quotidianosanita.it) del 19 dicembre 2022; [Quotidianosanità.it](http://www.quotidianosanita.it) del 16 gennaio 2023) per costituire anch'essa una condotta motivo di danno erariale, che dal sopralluogo effettuato presso gli studi privati da parte dei Carabinieri operanti, è emerso che il medico in questione operava abusivamente, avendo egli dichiarato expressis verbis al Direttore delle Risorse Umane di non svolgere ulteriori attività professionali.

È stato, invece, riscontrato presso l'ambulatorio privato il suo nominativo sia nell'elenco dei medici del tabellone posto nella sala di attesa, sia su di una targhetta collocata all'ingresso dello studio contrassegnato con il n. 1 e presso l'ambulatorio di altra città dove aveva preso in locazione una postazione da una società di Studi Medici.

https://www.quotidianosanita.it/studi-e-analisi/articolo.php?articolo_id=122289



Liste d'attesa, il maxi piano taglia tempi non funzionerà

Description

Intervista ad **Andrea Vannucci**, docente di Programmazione, Organizzazione e Gestione delle aziende sanitarie Dism dell'Università di Siena

Liste d'attesa: arriva il maxi piano taglia tempi. Stop ai fondi a pioggia alle Regioni: le risorse saranno assegnate direttamente agli ospedali con le code più lunghe. Che spenderanno in autonomia. Questo ha annunciato il ministro Schillaci, funzionerà?

In base al monitoraggio di ogni singolo ospedale affidato ad Agenas, l'Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali, il Ministero della salute, per voce del ministro Schillaci, è convinto che misureremo meglio la situazione reale. L'attuale fragilità dei flussi informativi provenienti dalle varie ragioni non si risolverà cambiando il punto d'arrivo delle informazioni. Se i meccanismi di raccolta non saranno solidi ed attendibili, come oggi non sono, il successo dell'operazione sarà improbabile. Il ministro Schillaci ci racconta di disporre di 600 milioni di euro. Afferma che questa è la ferma volontà del Governo, ma non sappiamo se ne abbia già parlato al ministro Giorgetti. Quindi, quando una singola azienda sanitaria o ospedaliera sarà in affanno, i fondi del Ministero andranno direttamente ad essa per accorciare le liste d'attesa pagando con quei soldi più straordinari al proprio personale e aumentando così la produzione di servizi. Ma sarà possibile, quando tutti ci ripetono che medici ed infermieri sono pochi e già è complicato assicurare i turni standard di lavoro? In alternativa, allora, si ricorrerà alla rete di strutture private accreditate. "L'abbattimento delle liste di attesa è una priorità del Governo al fine di affrontare un problema annoso della nostra sanità. Il privato convenzionato è certamente parte integrante del nostro Sistema sanitario" dice il ministro. Funzionerà? No. Forse alleggerirà la pressione per un breve periodo, ma non aspettiamoci di più. Primo, perché se con i dati correnti di oggi si sa molto poco del fenomeno ne consegue che non abbiamo un'idea di quante risorse servano e se saranno mai disponibili. Secondo, perché affidare questi servizi ai privati è stato fin adesso un obiettivo ostacolo a promuovere l'appropriatezza. Nessuno si offenda, ma è un dato di fatto. Se inseriamo una componente produttiva prestazionale, essa per natura vive incentivando la domanda e moltiplicando le risposte. Ed è esperienza in molti paesi che la spesa pubblica, privata o gestita di tasca propria, sia destinata a salire.

Si dice che per affrontare il problema dei lunghi tempi di attesa per visite specialistiche ed esami diagnostici occorre assumere personale a tempo indeterminato, e non a gettone, e potenziare i centri unici di prenotazione. E' questa una soluzione?

La questione del personale sanitario è grave, complessa e destinata a durare. Per insipienza, ignavia e superficialità di tutte le parti, anche dei professionisti, assistiamo ad un deterioramento delle condizioni di lavoro che mina una storica affezione all'impiego nelle strutture pubbliche. Il danno è così avanzato che c'è scetticismo sulla possibilità che si trovi una soluzione.

Invece la soluzione c'è, ma bisogna lavorare subito ad un'innovazione "partecipata", senza la quale immettere nuove risorse sarebbe come buttarle nel secchio dell'immondizia. Sempre dalle parti del Ministero, si pensa, per tagliare le lunghe attese, a lavorare anche all'unificazione delle agende delle prenotazioni degli ospedali pubblici e di quelli privati convenzionati: così i Cup potranno smistare le richieste dei cittadini là dove c'è posto. Ma ad oggi questa unificazione ancora non è a regime in molte parti d'Italia. Se ci fermiamo a quanto detto o scritto, le perplessità sono più d'una. E' chiaro in cosa consista rispondere alla domanda di prestazioni diagnostiche ed ambulatoriali e a quelle per ricoveri programmati?

E' noto che approcci organizzativi, e conseguenti risorse, sono del tutto diversi? Parliamo, purtroppo, di due mondi lontani.

La sanità è ingolfata da anni di errata programmazione e da misure tampone senza una strategia, anche questo passaggio conferma questo approccio?

Mi pare di sì. Non vorrei che la risposta all'emergenza sia improvvisata, anche a causa del clima preelettorale. Perché non stiamo lavorando con determinazione e rapidità sulla riforma (che è scritta) dell'assistenza nei territori, dal momento che ci sono anche risorse del Pnrr (digitalizzazione, personale, strutture) utilizzabili? Il governo sta promuovendo una legge che dovrebbe estendere le autonomie regionali, ma forse non ci crede tanto se poi pensa di gestire centralmente i fondi Pnrr e fare altrettanto per la gestione delle liste d'attesa. Non ci sarà mica un po' di confusione?

Stiamo andando verso una sanità divisa in due: chi ha soldi si può curare, chi non li ha rinuncia a curarsi?

Sta accadendo proprio questo. Il recente Rapporto della Corte dei Conti mostra che la crescita della spesa diretta delle famiglie, dal 2017 al 2022, è la più alta tra tutti i Paesi Europei. Siamo passati dagli 803,7 euro pro capite del 2017 ai 919,6 euro del 2022. La spesa diretta è uno degli indicatori che misurano la privatizzazione del sistema sanitario. C'è stata, però, anche la crescita della spesa privata gestita: i fondi sanitari e le mutue, ossia il cosiddetto secondo pilastro, e le assicurazioni sanitarie, il terzo. Quanto alla spesa "privata" ricordiamo che fondi e mutue godono di un contributo in termini di detassazione di quei cittadini pari a circa 4.000 miliardi.

Partendo da un pregiudizio, la sanità pubblica è fatalmente insostenibile, viene messo in opera un programma di politica economica che si basa sul presupposto che la spesa pubblica, per sostenere il sistema sanitario e la salute dei cittadini, non può essere incrementata senza far danno allo sviluppo dell'economia. Purtroppo, il sospetto che un'operazione di questo tipo genererà sul medio periodo un costo e non un risparmio non sembra diffuso abbastanza.

Con l'introduzione del Jobs act, durante il governo Renzi, si è verificato un meccanismo "self-reinforcing": non c'è bisogno di abrogare con nuove norme la sanità pubblica, saranno le leggi dell'economia a decidere attraverso i suoi strumenti fiscali in modo progressivo e automatico tutto quello che dovrà essere. In pratica, una tipologia nuova di sanità in luogo di quella universalistica. Ed è quello che sta accadendo.

Questo fenomeno ha origine ed è causa di un rinnovato egoismo: l'interesse di alcuni in competizione con il diritto di tutti. E' cresciuto il numero di cittadini e famiglie che rinunciano alle cure per motivi economici. Questa, che ci sembra una disuguaglianza insopportabile, lascia indifferenti troppe persone, almeno fino al sopraggiungere di amari risvegli.

quotidianosanita.it

Pediatri cercasi. Gimbe: ne mancano almeno 827, due su tre in Lombardia, Piemonte e Veneto. Entro il 2026 previsti oltre 1.700 pensionamenti, incognita ricambio generazionale

Il fenomeno oggi riguarda in particolare alcune grandi Regioni del Nord e deriva da errori di programmazione del fabbisogno, in particolare la mancata sincronia per bilanciare pensionamenti attesi e borse di studio per la scuola di specializzazione. E la distribuzione capillare sul territorio rimane sempre condizionata da variabili e scelte locali non sempre prevedibili, denuncia la Fondazione

21 MAG - Secondo quanto riportato sul sito del Ministero della Salute, il pediatra di libera scelta (PLS) – cd. pediatra di famiglia – è il medico preposto alla tutela della salute di bambini e ragazzi tra 0 e 14 anni. Ad ogni bambino, sin dalla nascita, deve essere assegnato un PLS per accedere a servizi e prestazioni inclusi nei Livelli Essenziali di Assistenza garantiti dal Servizio Sanitario Nazionale (SSN). “L’allarme sulla carenza di PLS oggi è sollevato da genitori di tutte le Regioni, da Nord a Sud.

Le loro testimonianze evidenziano problemi burocratici, mancanza di risposte da parte delle ASL, pediatri con un numero eccessivo di assistiti e impossibilità di iscrivere i propri figli al pediatra di famiglia, mettendo potenzialmente a rischio la salute, soprattutto dei più piccoli e dei più vulnerabili”.

A dichiararlo **Nino Cartabellotta**, Presidente della Fondazione GIMBE, che ha stimato la carenza di pediatri in almeno **827 specialisti**, due su tre in **Lombardia, Piemonte e Veneto**.

Per comprendere meglio le cause e le dimensioni del fenomeno, la Fondazione GIMBE ha analizzato dinamiche e criticità che regolano l’inserimento dei PLS nel SSN e stimato l’entità della carenza di PLS nelle Regioni italiane. “Due aspetti fondamentali – spiega Cartabellotta – devono essere precisati: innanzitutto, le stime sulle carenze dei PLS sono state effettuate a livello regionale, perché la loro reale necessità viene definita dalle Aziende Sanitarie Locali (ASL) in relazione agli ambiti territoriali carenti; in secondo luogo, le stime sul ricambio generazionale sono ostacolate dall’impossibilità di sapere quanti nuovi specialisti in pediatria scelgono la carriera di PLS”.

Fasce di età. Sino al compimento del 6° anno di età i bambini devono essere assistiti per legge da un PLS, mentre dai 6 ai 13 anni inclusi i genitori possono scegliere tra PLS e medico di medicina generale (MMG).

Al compimento dei 14 anni la revoca del PLS è automatica, tranne per pazienti con documentate patologie croniche o disabilità per i quali può essere richiesta una proroga fino al compimento del 16° anno.

“Queste regole – spiega Cartabellotta – se da un lato contrastano con la definizione di PLS come medico preposto alla tutela della salute di bambini e ragazzi sino al compimento dei 14 anni, dall’altro rappresentano un ostacolo rilevante per un’accurata programmazione del fabbisogno di PLS”.

Infatti, secondo i dati ISTAT al 1° gennaio 2023 la fascia 0-5 anni (iscrizione obbligatoria al PLS) include più di 2,5 milioni di bambini e quella 6-13 oltre 4,2 milioni, che potrebbero essere iscritti al PLS o al MMG in base alle preferenze dei genitori.

Massimale di assistiti. Secondo quanto previsto dall’Accordo Collettivo Nazionale (ACN), il numero massimo di assistiti di un PLS è fissato a 880, con deroga nazionale di ulteriori 120 scelte temporanee (residenti in ambiti limitrofi, non residenti, extracomunitari). Tuttavia, esistono inoltre deroghe regionali e locali che portano a superare i 1.000 iscritti: indisponibilità di altri pediatri del territorio, fratelli di bambini già in carico ad un PLS. “In realtà – commenta il Presidente – il numero di 1.000 assistiti non potrebbe essere superato in quanto la determinazione del massimale di scelte è stabilita dall’Accordo Collettivo Nazionale (ACN), come previsto dalla L. 502/1992, e non è derogabile dalle Regioni o dalle singole ASL”.

Ambiti territoriali carenti. I nuovi PLS vengono inseriti nel SSN previa identificazione da parte della Regione – o soggetto da questa individuato – degli ambiti territoriali carenti, dove bisogna colmare un fabbisogno assistenziale e garantire una diffusione capillare degli studi dei PLS. Attualmente, la necessità della zona carente viene calcolata solo sulla fascia di età 0-6 anni tenendo conto di un rapporto ottimale di 1 PLS ogni 600 bambini.

“È del tutto evidente – chiosa il Presidente – che questo metodo di calcolo sottostima il fabbisogno di PLS: paradossalmente, facendo riferimento alle regole vigenti, i PLS sarebbero addirittura in esubero perché il loro fabbisogno viene stimato solo per i piccoli sino al compimento dei 6 anni. Mentre di fatto i PLS assistono oltre l’81% di quelli della fascia 6-13 anni”. Va segnalato che l’atto di indirizzo per la contrattazione in corso dispone di rivedere il calcolo del rapporto ottimale tenendo conto degli assistibili di età 0-13 anni, decurtati dagli assistiti di età ≥6 anni in carico ai MMG e di portare il massimale a 1.000 assistiti, eliminando la distinzione tra scelte ordinarie e deroghe.

Pensionamenti. Secondo i dati forniti dalla Federazione Italiana dei Medici Pediatri (FIMP), tra il 2023 e il 2026 sono 1.738 i PLS che hanno compiuto/compiranno 70 anni, raggiungendo così l’età massima per la pensione, deroghe a parte: dai 236 PLS del Lazio a 1 PLS in Valle d’Aosta (figura 1).

Nuovi PLS. Il numero di borse di studio ministeriali per la scuola di specializzazione in pediatria, dopo un decennio di sostanziale stabilità, è nettamente aumentato negli ultimi 5 anni: da 456 nell’anno accademico 2017-2018 a 885 nel 2022-2023, raggiungendo un picco di 973 nell’anno accademico 2020-2021 (figura 2). “Tuttavia – spiega Cartabellotta – considerato che gli specializzandi in pediatria possono scegliere anche la carriera ospedaliera, è impossibile prevedere quanti nuovi pediatri opereranno per la professione di PLS”.

Trend 2019-2022. Secondo la fotografia scattata dal Ministero della Salute e riportata nell'Annuario Statistico del SSN 2022, in Italia i PLS nel 2022 in attività erano 6.962, ovvero 446 in meno rispetto al 2019 (-6%). Inoltre, i PLS con oltre 23 anni di specializzazione sono passati dal 39% nel 2009 al 79% nel 2022.

“Un dato – commenta Cartabellotta – che se da un lato documenta una crescente anzianità dei PLS in attività, dall'altro richiederebbe stime molto precise su quanti PLS potrà contare il SSN nei prossimi anni per garantire il ricambio generazionale evitando di creare un baratro dell'assistenza pediatrica territoriale”

Numero di assistiti per PLS. Secondo le rilevazioni della Struttura Interregionale Sanitari Convenzionati (SISAC), al 1° gennaio 2023 6.681 PLS avevano in carico quasi 6 milioni di iscritti, di cui il 42,5% (2,55 milioni) della fascia 0-5 anni e il 57,5% (3,45 milioni) della fascia 6-13 anni.

Ovvero l'81,8% della popolazione ISTAT al 1° gennaio 2023 di età 6-13 anni risulta assistita dai PLS, con percentuali molto diverse tra le Regioni: dal 95,9% della Liguria al 60,3% della Sardegna (figura 3).

In termini assoluti, la media nazionale è di 898 assistiti per PLS: superano la media di 880 assistiti (massimale di assistiti senza deroghe) 12 Regioni, di cui Piemonte (1.108), Valle d'Aosta (1.047), Provincia Autonoma di Bolzano (1.026) e Veneto (1.011) vanno oltre la media di 1.000 assistiti per PLS (figura 4).

“In realtà – spiega Cartabellotta – lo scenario è più critico di quanto lasciano trasparire i numeri, perché con un tale livello di saturazione non solo viene ostacolato il principio della libera scelta, ma in alcune Regioni diventa impossibile trovare disponibilità di PLS sia nelle aree interne o disagiate, sia vicino casa nelle grandi città”.

Stima della carenza di PLS al 1° gennaio 2023. “Tutte le criticità sopra rilevate – spiega Cartabellotta – permettono solo di stimare il fabbisogno di PLS a livello regionale, in quanto la necessità di ciascuna zona carente viene identificata dalle ASL in relazione a numerose variabili locali”.

Se l'obiettivo è garantire la qualità dell'assistenza, la distribuzione capillare in relazione alla densità abitativa, la prossimità degli ambulatori e l'esercizio della libera scelta, non si può far riferimento al massimale con deroga delle scelte per stimare il fabbisogno di PLS.

Di conseguenza la Fondazione GIMBE, ritenendo accettabile un rapporto di 1 PLS ogni 800 assistiti (valore medio tra il rapporto ottimale di 600 e il massimale con deroga di 1.000) e utilizzando le rilevazioni SISAC al 1° gennaio 2023, stima una carenza di 827 PLS, con notevoli differenze regionali.

Infatti il 62% delle carenze si concentra in sole 3 grandi Regioni del Nord: Lombardia (244), Piemonte (136), Veneto (134); mentre in 4 Regioni (Lazio, Molise, Puglia e Umbria) non si rileva alcuna carenza visto che la media di assistiti per PLS è inferiore a 800 (figura 5)

Stima della carenza di PLS 2026. Conoscendo il numero dei pensionamenti attesi e il numero di borse di studio disponibili per la scuola di specializzazione in pediatria si potrebbe stimare la carenza di PLS al 2026, anno in cui dovrebbe 'decollare' la riforma dell'assistenza territoriale prevista dal PNRR. “Tuttavia – commenta Cartabellotta – considerato che non è noto quanti specialisti pediatri intraprenderanno la carriera di PLS, è impossibile stimare se per i 1.738 PLS che tra il 2023 e il 2026 hanno compiuto/compiranno 70 anni ci sarà un adeguato ricambio generazionale e se questo sarà omogeneo nelle varie Regioni”.

“La carenza di PLS – conclude Cartabellotta – oggi riguarda in particolare alcune grandi Regioni del Nord e deriva da errori di programmazione del fabbisogno, in particolare la mancata sincronia per bilanciare pensionamenti attesi e borse di studio per la scuola di specializzazione. E, comunque, la distribuzione capillare sul territorio rimane sempre condizionata da variabili e scelte locali non sempre prevedibili. In tal senso, serve innanzitutto un'adeguata programmazione del fabbisogno che richiede tre elementi: ridefinire la fascia di età di esclusiva competenza dei PLS, disporre di stime accurate sul numero di pediatri che intraprendono la carriera di PLS e, nel medio e lungo periodo, considerare il fenomeno della denatalità.

Servono inoltre l'adozione di modelli organizzativi che promuovano il lavoro in team, l'effettiva realizzazione della riforma dell'assistenza territoriale prevista dal PNRR (Case di comunità, Ospedali di Comunità, assistenza domiciliare, telemedicina), accordi sindacali in linea con il ricambio generazionale e la distribuzione capillare dei PLS, come indicato negli stessi atti di indirizzo.

Perché guardando ai pensionamenti attesi, non è affatto certo che nei prossimi anni i nuovi PLS saranno sufficienti a garantire il ricambio generazionale, con l'inevitabile acuirsi della carenza in alcune Regioni”.

https://www.quotidianosanita.it/lavoro-e-professioni/articolo.php?articolo_id=122290

Ambulatori Popolari

Federica Pennelli

Liste d'attesa senza fine, visite private convenzionate a prezzi insostenibili e fuori città, carenza di medici di base e cure specialistiche inaccessibili: i motivi per cui le persone sono sempre più in difficoltà ad accedere alle cure sono profondamente intrecciati alle scelte politiche che hanno portato a un definanziamento delle sovvenzioni statali al Servizio sanitario nazionale (Ssn), alla mancanza di reddito e di una medicina di prossimità. Gli ambulatori popolari, spazi sociali e ambulatoriali dedicati alla presa in carico delle necessità di salute dei cittadini, nascono in Italia per curare gratuitamente le persone che hanno difficoltà ad accedere al Ssn e per denunciare pubblicamente il mancato accesso universale al diritto alla salute.

Il ruolo

L'erosione progressiva dei servizi pubblici, in un tempo in cui il diritto alla salute è sempre più minacciato da disparità socioeconomiche e politiche, ha portato nel tempo a un aumento di richieste d'accesso agli ambulatori popolari: le persone, infatti, hanno sempre più difficoltà ad accedere gratuitamente alle cure, anche nel ceto medio. La medicina di prossimità, laica e gratuita, è il modello messo in pratica dalle persone che lavorano negli ambulatori a titolo volontario: mette a disposizione le proprie competenze mediche e diagnostiche per non escludere nessuno dalle cure e per supplire alla mancata presa in carico da parte dei servizi di pubblica sanità. La medicina di prossimità diventa un modello virtuoso che, da nord a sud, basa il suo modello d'azione sull'approccio di prossimità: un'idea e una pratica di cura collettiva, inclusiva e solidale. Le cause profonde delle disuguaglianze, per gli ambulatori popolari, possono essere trattate anche tramite pratiche di reciprocità: cure somministrate in ambulatorio, pranzi di comunità, laboratori e assemblee di quartiere.

Chi arriva a chiedere aiuto a questi spazi, in primis, è spesso relegato ai margini della società: pensiamo alle persone senza fissa dimora o alle persone migranti senza permesso di soggiorno – o con la tessera Stp provvisoria – che non avrebbero altri modi, oltre ai servizi del pronto soccorso, per accedere a un percorso di presa in carico. Ma non sono solo queste soggettività ad aver bisogno di cure: nell'ultimo rapporto presentato dal Laboratorio salute popolare (Lsp) di Bologna, in una regione presa a esempio come modello virtuoso della sanità italiana, numerose sono state le persone nate e cresciute in Italia a chiedere aiuto: la precarietà lavorativa e abitativa, influisce enormemente sulla fragilità di salute. Molte delle persone che hanno accesso agli ambulatori sono disoccupate, in situazioni di disagio abitativo e senza reddito; altre hanno un lavoro precario, una piccola pensione, un reddito che non copre i bisogni di salute, o sono studenti.

Le testimonianze

«Devo prenotare da sei mesi una visita urologica, le uniche possibilità sono fuori Bologna, ma non ho auto e sono solo», dice F., 75 anni. «Ho 24 anni e sono uno studente universitario sono andato al csm per chiedere aiuto psicologico in un momento difficile, mi hanno detto che la psicoterapia dovevo farla altrove, da un privato; nonostante io gli dicessi che non potevo permettermela. Mi hanno prescritto dei farmaci per gli attacchi di panico e poi sono stato abbandonato».

Queste testimonianze, raccolte dai volontari degli ambulatori popolari, sono lo specchio di un sistema sanitario sottofinanziato, che non riesce più ad accogliere, in tempi adeguati, le richieste di chi non ha altra possibilità che rivolgersi alle strutture pubbliche. Non ci sono limiti di età o nazionalità nell'accesso alle cure degli ambulatori popolari, ma un problema comune: la mancanza di accesso alle cure del Ssn è figlia di una popolazione sempre più fragile, povera e precaria. Troppo povere per la medicina privata e ostacolate nell'accesso a quella pubblica, le persone si rivolgono agli ambulatori popolari perché non hanno alternative possibili, come R. di 32 anni, «sto aspettando di poter fare un'ecografia transvaginale da oltre sette mesi, il lavoro precario non mi permette di pagare una visita privata. Non sono riuscita ad accedere al consultorio per una visita diretta per limiti di età: un giorno stavo molto male e sono andata in pronto soccorso, mi hanno visitata dopo 12 ore dicendo che dovei fare l'ecografia».

Due esempi

A Bologna il Laboratorio salute popolare (Lsp) offre un ambulatorio dentistico, uno sportello di ascolto psicologico, un ambulatorio di consulenza ginecologica e uno sportello di medicina di base. Il loro ambulatorio odontoiatrico ha appena ricevuto una convenzione con Ausl Bologna per un rimborso di 20mila euro all'anno per le prestazioni eseguite. Un primo passo per la dimostrazione che esiste un modo diverso di fare salute, che funziona e che non vuole sostituirsi al Ssn, ma nemmeno nascondere le sue falle.

Il Lsp lavora per capire quali soggetti rimangono esclusi dal sistema pubblico (tramite il triage sociale, ovvero una mappatura dei bisogni e delle persone che si avvicinano agli ambulatori) e per denunciare la mancata garanzia dei Livelli essenziali di assistenza (Lea) ed estenderli in città. Se la fragilità economica porta le persone a essere

vulnerabili dal punto di vista clinico, con l'idea della salute solo come cura di una patologia, la salute «non potrà che peggiorare». A dichiararlo a Domani è il medico Franco Ingrassia, cardiologo della Rete ambulatori popolari di Palermo, che riflette sul concetto di salute «che, se è benessere psicofisico completo, nella società disegnata dai privati, riduce tutto alla malattia senza pensare alla prevenzione. Così si crea un mercato della salute dove la malattia diventa merce di scambio, nelle mani dei privati e dei privati convenzionati. C'è invece bisogno di medicina preventiva e di comunità, di cure di prossimità». E sono proprio queste pratiche di mutualismo che qui hanno portato all'apertura di tre ambulatori popolari.

L'idea di una medicina che affondi saldamente le radici nel territorio è alla base di queste realtà: una medicina di comunità che parte dai poli sanitari e arriva alle équipe itineranti di medici per le strade. Per il dottor Ingrassia, «l'obiettivo dei direttori generali non è più difendere il diritto alla salute, ma l'equilibrio economico aziendale al cui obiettivo si sacrifica tutto il resto. Nel bilancio di una regione, quello sanitario rappresenta il 60-70 per cento del bilancio complessivo. Per questo motivo in Sicilia la sanità è stata il settore in cui si è esercitato maggiormente il voto di scambio politico-mafioso e in alcuni settori la sanità privata convenzionata è stata largamente maggioritaria».

In questo quadro, l'autonomia differenziata non fa che «cristallizzare e accentuare le differenze nella erogazione dei servizi sanitari, che già è fortemente diseguale fra Centro, Nord e Sud, come si evince agevolmente con la differenza rilevante di mortalità nella popolazione anziana e con forte disagio sociale».

L'autonomia differenziata, dunque, «è un segnale formidabile di razzismo e insensibilità sociale. Il Ssn solidaristico e universale non c'è più, ma ci sono 20 servizi sanitari con un servizio pubblico residuale e marginale, delegato ad assolvere servizi di pronto soccorso e di emergenza e urgenza, i servizi più costosi in termini di consumo di risorse». Negli ambulatori offrono servizi di counseling socio-sanitario per orientare i pazienti a un uso corretto dei servizi sanitari regionali, ma «ci siamo accorti che i servizi non erano più fruibili, con liste di attesa insopportabili, per cui ci siamo via via orientati a offrire servizi sostitutivi che rispondevano a un bisogno impellente della popolazione». In un tempo in cui la salute pubblica scivola velocemente verso un sistema sempre più privatistico, questi luoghi ridisegnano la strada di una cura universale, senza la morsa del profitto.

<https://www.editorialedomani.it/fatti/gli-ambulatori-popolari-disegnano-il-modello-di-sanita-universalistica-che-manca-yjlewr30>



https://www.osservatoriocronicita.it/images/Notizie-e-comunicati/Manuale_Operativo_PON_cronicita-SINGOLE_2.pdf

Da SIMM e Periplo arriva SMART Care “Best Setting Model”: per dare concretezza ai principi del PNRR e del DM 77/2022

Nel [documento](#) da poco pubblicato i requisiti e gli archetipi organizzativi per spostare sul territorio terapie fino ad oggi destinate al solo ambito ospedaliero

29 MAG - Tra il dire e il fare c'è di mezzo l'esperienza, la competenza, una chiara visione, una buona dose di realismo e, soprattutto, la volontà e la predisposizione al cambiamento. Possibilmente in meglio. In questa cornice valoriale si colloca uno degli ultimi approfondimenti che SIMM, Società italiana di leadership e management in medicina, e l'Associazione Periplo hanno condotto nell'ambito del progetto SMART, Soluzioni e Metodi Avanzati di Riorganizzazione Territoriale in sanità, intitolato [Best Setting Model: Requisiti minimi e fattori abilitanti per la deospedalizzazione delle terapie “OSP”](#), realizzato con il sostegno non condizionante di Roche, la collaborazione di IQVIA e il coordinamento di OVER, in cui viene affrontato il tema della somministrazione di medicinali classificati H-OSP sul territorio in continuità con l'ospedale, con l'obiettivo ultimo di decongestionare gli ospedali ma, soprattutto, di abbracciare le nuove prospettive di assistenza territoriale e prossimità di cura che dovranno caratterizzare la sanità di domani.

L'obiettivo del lavoro, nel cui Gruppo di lavoro hanno fatto parte rappresentanti di molte Reti oncologiche, CIPOMO, FIASO, Federfarma, SIN, SIMG, è quello di identificare le modalità di miglioramento del percorso assistenziale del paziente con patologie croniche complesse, focalizzandosi sulla deospedalizzazione di alcune attività di media complessità assistenziale che, come tali, richiedono di definire specifici processi e modelli organizzativi. Nello specifico, la gestione della somministrazione delle terapie OSP in setting extra ospedalieri viene messa al centro dell'analisi per definirne i requisiti minimi, i fattori abilitanti e gli archetipi organizzativi che possano essere replicati e adattati a diversi contesti sanitari italiani. In termini di metodologia di lavoro lo studio è stato condotto attraverso un'analisi di Case Histories delle principali soluzioni adottate sul territorio nazionale, fino a giungere alla redazione di alcune raccomandazioni e linee guida, utili per implementare nella realtà di pratica clinica e assistenziale quanto delineato nel PNRR e nel DM 77/2022.

In un contesto sociosanitario caratterizzato dall'aumento dell'aspettativa di vita della popolazione e dalla crescente complessità dei bisogni di salute - sottolinea **Mattia Altini**, Presidente SIMM - il paradigma dell'assistenza ha subito una radicale trasformazione passando dal modello basato sull'assistenza nelle fasi acute della malattia ad un modello che necessariamente deve poter gestire, in modo sostenibile, la patologia nel lungo termine e in un contesto di cronicità e comorbidità. L'arrivo della pandemia da COVID-19 ha messo in luce le varie fragilità dei disegni organizzativi del nostro sistema sanitario, in particolare si sono palesate le criticità legate ad una gestione eccessivamente ospedalocentrica di buona parte dei percorsi delle patologie croniche; in questo scenario, è emersa la necessità di evolvere il modello assistenziale, nell'ambito delle patologie oncologiche, integrando sempre di più le cure con i servizi territoriali e sociali, ipotizzando la costruzione di una “oncologia di prossimità”, che si estende nel Territorio, arrivando fino al domicilio del paziente per offrire una presa in carico completa che migliori i punti di contatto con gli ospedali e le organizzazioni sanitarie, riducendo il carico di complessità del paziente integrando le professionalità dei diversi clinici coinvolti nel percorso di cura”.

“Questo numero rilevante di persone – osserva dal canto suo **Gianni Amunni**, Presidente dell'Associazione PERIPLO - presenta bisogni assistenziali molto diversi che vanno dall'altissima intensità (CAR-T) a problematiche di tipo sociosanitario. Nell'attuale organizzazione una domanda così rilevante e articolata trova un collo di bottiglia rappresentato da una oncologia solo ospedaliera. Occorre allora ripensare l'organizzazione dei percorsi mettendo a disposizione dell'oncologia nuovi setting assistenziali territoriali che si integrino in una regia unica con quelli tradizionali ospedalieri. I processi di potenziamento della medicina territoriale, divenuti ineludibili dopo la pandemia, rappresentano un'occasione unica per spostare parte del percorso oncologico fuori dalle mura ospedaliere in ambiti assistenziali non solo più vicini al paziente ma anche più appropriati rispetto ai bisogni espressi”

“Stiamo assistendo – osserva quindi **Alessandro Padovani**, Presidente della Società italiana di neurologia - ad un profondo cambiamento dei bisogni assistenziali che rifuggono dal tradizionale approccio centrato sulla malattia e che richiede, nella logica della complessità, un approccio integrato per problemi e bisogni. Non vale più il concetto di una malattia, una terapia, perché da tempo la persona malata ha più condizioni cliniche, le quali evolvono interessando aspetti somatici multipli così come dinamiche relazionali e psico-sociali idiosincratiche, che pongono il Sistema Sanitario in una dimensione nuova, non del tutto a suo agio con la logica della Medicina Basata sull'Evidenza e del PDTAR. Un Sistema sanitario che non può più aspettare che la malattia si esprima nella sua identità sindromica, ma deve porsi in forma proattiva identificando fattori di rischio, predisposizioni, comportamenti, metodi di screening, metodi di diagnostica avanzata, attivando percorsi integrati orizzontali e verticali, predisponendo, attraverso la digitalizzazione e il trasferimento dei dati, una gestione tempestiva e puntuale. Tale approccio appare ancora più vero per la neurologia e per le malattie neurologiche, che nel nostro Paese rappresentano la principale causa di disabilità nonché tra le principali cause di mortalità”.

Il PNRR e il DM 77/2022 – scrive il gruppo di lavoro nelle conclusioni del Paper - delineano un nuovo assetto organizzativo della sanità a livello territoriale, definendo e finanziando nuovi setting assistenziali come Ospedali e Case di Comunità. Questo rende possibile avviare un processo di deospedalizzazione parziale del percorso dei pazienti oncologici e neurologici. Nello specifico, la somministrazione di terapie OSP rappresenta una tra le attività che più contribuisce alla congestione degli ospedali, la cui gestione necessita di essere riconfigurata a seguito dell'evoluzione normativa. Partendo da questo, l'analisi condotta dal gruppo di lavoro SMART Care "Best Setting Model" ha permesso di identificare i requisiti strutturali, organizzativi e tecnici che permettano di rendere i presidi territoriali strutture assimilabili ad ambiente ospedaliero per la somministrazione delle terapie OSP.

Dalla teoria normativa alla pratica, le esperienze dei Case Histories dimostrano come sia possibile mettere a terra questi requisiti nelle Case di Comunità, nel pieno rispetto della sicurezza e della qualità delle cure, in linea con quelle ricevute a livello ospedaliero.

Il gruppo di lavoro ha definito quindi delle linee guida di implementazione, ritenute fattori abilitanti per dare ulteriore stimolo allo sviluppo di iniziative di deospedalizzazione delle terapie OSP in modo efficace, sicuro e graduale:

- Identificare meccanismi di governance condivisi, ovvero garantire una "cabina di regia" unitaria, affidata al team specialistico ospedaliero, che deve essere chiamata a declinare il percorso nei livelli di nodi della rete;
- Coinvolgere, ingaggiare e formare gli attori chiave, anche quelli che fino ad oggi hanno avuto ruolo di secondo piano nel percorso, come MMG, IFeC, infermieri e farmacisti delle Case di Comunità;
- Stratificare i pazienti per l'accesso ai percorsi, da parte del team specialistico ospedaliero, per determinare il percorso di cura più appropriato lungo i setting assistenziali;
- Implementare modalità e strumenti per la condivisione di informazioni, per garantire che i dati clinici siano condivisi e accessibili tra i diversi nodi della rete tramite sistemi informativi integrati;
- Seguire un approccio graduale e adattabile ai contesti regionali, ovvero seguire un percorso di deospedalizzazione che parta dalle attività a minor complessità assistenziale e identificare archetipi organizzativi che permettano di adattarsi ai diversi contesti.

Relativamente all'ultimo punto, il gruppo di lavoro ritiene che definire archetipi organizzativi sia elemento chiave per stimolare ulteriormente esperienze di deospedalizzazione, con un approccio adattabile che tenga conto delle caratteristiche geografiche del territorio, dell'organizzazione della patologia, delle attività deospedalizzate e dell'ente di appartenenza e modalità di formazione del personale.

https://www.quotidianosanita.it/studi-e-analisi/articolo.php?articolo_id=122480

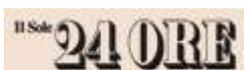
biblioteca della scuole di impresa sociale
www.scuolaimpresasociale.org

VERSO UN WELFARE DOMICILIARE INTEGRATO E SOSTENIBILE



pubblicazione realizzata nell'ambito del progetto
Foncoop avviso XVIII – ID I125180114

[https://www.scuolaimpresasociale.org/Biblioteca/Welfare domiciliare integrato sostenibile web.pdf](https://www.scuolaimpresasociale.org/Biblioteca/Welfare_domiciliare_integrato_sostenibile_web.pdf)



Infermiere e maternità: il sindacato Nursind lancia l'allarme sulla corsa a ostacoli. Oltre il 30% dichiara di non fare figli per "colpa" del lavoro

Problemi di natura economica, e quindi stipendi bassi, difficoltà di conciliare tempi di vita e lavoro, ma anche carenza di personale. Sono questi i principali problemi che condizionano pesantemente l'operato delle infermiere madri.

Il Centro studi Nursind tira le somme al termine della survey che ha lanciato tra le sue iscritte la settimana scorsa, in vista della Giornata internazionale dell'infermiere che quest'anno coincide con la ricorrenza della festa della mamma.

In soli sette giorni hanno risposto al sondaggio 1.962 professioniste, di cui 1.874 (95,6%) infermiere, 58 (3,3%) ostetriche e 17 (1%) operatrici sociosanitarie. Il 95,67% del campione lavora nel Ssn e il 78,70 è mamma (oltre la metà ha almeno due figli, un terzo ne ha uno solo).

Proprio guardando alle madri, nonostante spettasse loro di diritto nei primi tre anni di vita del bambino, ben il 53% delle intervistate ha rinunciato all'astensione dal lavoro notturno solo per motivi economici, mentre per le stesse ragioni il 28% ha detto no al congedo parentale.

«Si tratta di risposte che, è inutile girarci intorno, sono solo un'ulteriore prova di quanto denunciato da anni e cioè che gli stipendi degli infermieri in Italia, oltre a essere al di sotto della media Ue, sono tutto tranne che dignitosi – sottolinea il segretario nazionale Nursind Andrea Bottega –. E non serve un particolare acume per capire che anche le basse percentuali odierne di lavoro part time per le infermiere madri siano dovute in gran parte alle difficoltà di far quadrare i conti. Oltre che, naturalmente, a ragioni aziendali di tipo organizzativo, visto che il Ssn è piagato da una cronica carenza di organico».

Dal sondaggio, infatti, emerge come attualmente il 17,7% delle lavoratrici madri sia in part time (di cui solo il 2,91% è in part time al 50% e il 7,38% al 75%) mentre tutte le altre lavorano a tempo pieno. Sempre sul fronte organizzativo, inoltre, da un lavoro a turni qual è quello infermieristico conseguono anche altre difficoltà di conciliazione con i tempi di vita: basti pensare che seppure il 45,92% delle mamme, terminato il periodo di gravidanza, abbia affidato i propri figli all'asilo nido, il 38% ha comunque riscontrato problemi di incompatibilità tra gli orari dei nidi e quelli di servizio.

Dalla rilevazione si evince infine un altro dato «che deve far riflettere – conclude Donato Così, responsabile del Centro studi e membro della direzione nazionale Nursind - e cioè che il 30,62% delle donne senza prole imputa al lavoro la colpa della mancata maternità. Senza contare che tra le madri ben l'83,81% dichiara di non pensare a un altro figlio.

Segnali spia delle condizioni in cui opera oggi la categoria, che dovrebbero scuotere le nostre istituzioni e spingerle tanto per cominciare a riconoscere il nostro lavoro come usurante».



www.sanita24.ilsole24ore.com/pdf2010/Editrice/ILSOLE24ORE/QUOTIDIANO_SANITA/Online/Oggetti_Correlati/Documenti/2024/05/11/Nursind_Indagine_Infermiere_maternita.pdf?uuid=AFF6pTcB

Nursing Up: cresce in tutta Europa la richiesta di infermieri italiani

Mentre l'Italia, inspiegabilmente, forma e assicura cervelli e competenze per tutto il vecchio continente, i Paesi Europei "nostri vicini di casa" puntano senza mezzi termini al rafforzamento dei propri sistemi sanitari.

La carenza di professionisti non è solo una piaga italiana, ma le altre nazioni, nell'ultimo biennio, sono state capaci di affrontarla in maniera nettamente diversa rispetto a noi.

Lo rileva il sindacato degli infermieri Nursing Up sottolineando come il comune denominatore della sanità europea non sia solo quello di rinforzare numericamente gli organici degli ospedali pubblici, ma anche di garantire maggiore efficienza al di fuori delle proprie strutture ospedaliere, in quelle realtà ambulatoriali che fanno parte dei sistemi sanitari nazionali, e garantiscono servizi come le cure domiciliari che, ad esempio, in Paesi come la Svizzera sono all'avanguardia, con la continua ricerca di personale specializzato nella gestione delle malattie croniche.

"Proprio parola specializzazione - afferma Antonio De Palma, presidente del Nursing Up - è quella che in questo momento accomuna le politiche sanitarie di paesi quali Germania, Svizzera, Olanda, Norvegia. Gli ospedali pubblici, in particolar modo, cercano infermieri strumentisti, infermieri di sala operatoria, infermieri pediatrici, infermieri che hanno lavorato in neurologia e infermieri esperti in terapia intensiva e reparti di emergenza-urgenza. Per coprire questi incarichi di responsabilità, i Paesi appena citati hanno alzato decisamente il tiro delle proprie proposte economiche, aumentando vertiginosamente il gap con l'Italia, che a livello di retribuzioni per i professionisti dell'assistenza non si è mossa di un solo millimetro negli ultimi anni".

Nursing Up ha condotto una ricerca dettagliata, ricavando una panoramica delle offerte di lavoro aggiornate al mese di maggio, "Naturalmente - continua De Palma - le agenzie con cui siamo in contatto, quali Lingedo, Global Working e Man Power Svizzera ci hanno confermato che i professionisti italiani sono sempre i più graditi. Quando gli italiani presentano le proprie candidature c'è sempre la convinzione di essere di fronte a infermieri con una marcia in più".

Ed ecco che dalla Germania, in Baviera, scatta la ricerca di infermieri per terapia intensiva e stroke unit. Si propone un corso di lingua gratuita, alloggio convenzionato ad un prezzo molto basso offerto dall'ospedale, stipendio di 3500 euro netti esclusi straordinari. Mai la Germania in passato aveva presentato offerte del genere ai professionisti sanitari stranieri.

Dalla Germania passiamo all'Olanda, dove lo stipendio medio può arrivare a 2800 euro mensili netti. Si offrono contratti di 18 mesi rinnovabili, la ricerca qui è addirittura rivolta a neolaureati italiani.

Le proposte economiche di un altro pianeta sono però come sempre quelle di Svizzera e Norvegia.

"Un infermiere che lavora nel Ticino - afferma De Palma - può arrivare, secondo le nostre indagini recenti, a 4500 euro netti mensili: le offerte che abbiamo visionato riguardano nel mese di maggio città come Lugano e Mendrisio, a due passi dall'Italia. Immaginate la legittima tentazione per un infermiere lombardo quale possa essere".

La Norvegia è ben più lontana, ma i 60mila euro annui offerti, con alloggio e bollette pagate, sono un sogno da tenere in considerazione e non sono pochi i giovani professionisti della sanità italiana che hanno scelto la terra dei fiordi.

"L'Europa - conclude il presidente Nursing Up - a differenza dell'Italia pare avere compreso davvero quale sia la strada da percorrere per rilanciare i propri sistemi sanitari ed elevare il livello delle cure: le parole d'ordine sono talento e specializzazione. La qualità delle prestazioni sanitarie, ovunque, può solo essere garantita dagli uomini e dalle donne con solide competenze, capaci di gestire elevate responsabilità e vincere le nuove sfide della salute globale".

<https://www.sanita24.ilsole24ore.com/art/lavoro-e-professione/2024-05-21/nursing-up-cresce-tutta-europa-richiesta-infermieri-italiani-095700.php?uuid=AF7prPFB>

Inail: turni massacranti e stress, sono gli infermieri la categoria più a rischio nel Ssn

Paolo Castiglia

“Non dovrebbe esservi organizzazione più sicura del Sistema Sanitario, considerando che il suo obiettivo è proprio la sicurezza dei cittadini, mentre poi non si è altrettanto attenti alla sicurezza degli operatori sanitari”.

E' il paradosso che emerge anche dal Rapporto Inail 2023, dal quale risulta che la categoria più esposta a rischi sul lavoro è stata proprio quella degli infermieri.

Questa vulnerabilità è stata uno dei temi centrali affrontati nel convegno “Sicurezze nel lavoro in Sanità: infortuni, stress, burnout ed incolumità fisica.

Affrontare l'importanza della sicurezza del lavoro tra gli operatori sanitari” organizzato presso l'Università Unicamillus all'interno del ciclo di convegni di Terza Missione “Orizzonti della Medicina” che si è concluso venerdì scorso.

I saluti istituzionali sono stati portati da Donatella Padua, delegata alla Terza Missione dell'Ateneo nonché Responsabile Scientifica del ciclo di conferenze, mentre il concetto/paradosso riportato in apertura è stato espresso nell'occasione da Barbara Porcelli, Consigliera OPI, all'interno del Focus sulla sicurezza sul lavoro in ambito sanitario.

Giovanni Palombi, Responsabile UOC Sicurezza e Prevenzione ASL Roma 2, ha invece spiegato che questa situazione di insicurezza per medici e operatori sanitari è dovuta a rischi evitabili e non evitabili.

Tra i primi abbiamo “i turni massacranti e la mancanza di organizzazione” mentre tra i secondi, “il rischio di aggressione è quello biologico da contatto con fluidi infetti”.

Per Palombi, tuttavia, “il problema è di tipo culturale, perché manca la sensibilità in merito alla sicurezza”. Centrale, in questo ambito, appare la figura del medico del lavoro, spiegata da Antonio Pietroiusti, professore ordinario di Medicina del Lavoro presso UniCamillus: si tratta, infatti, “di una figura cruciale, poiché si occupa di svolgere attività di prevenire gli infortuni e di effettuare visite mediche per assicurarsi che i lavoratori godano di buona salute e quindi il medico competente deve coniugare conoscenze mediche e lavorative, e adattare allo specifico contesto lavorativo ma non solo: deve anche avere buone skill di comunicazione per spiegare ai lavoratori stessi il perché di determinate scelte di sicurezza, rendendoli consapevoli del valore della propria salute”.

Di fatto spesso però è proprio l'integrità psico-fisica ad essere minata nel caso degli operatori sanitari, come ha sottolineato Patrizio Rossi, Sovrintendente Sanitario Centrale Inail: “Medici e infermieri sono sottoposti a uno stress cronico dovuto a responsabilità, lavoro spesso svolto da soli e turni logoranti e la scala percentuale di malattie contratte più spesso sul luogo lavorativo vede che il 68% riguarda le patologie osteo-articolari, il 15% le malattie del sistema nervoso, l'8% problemi all'udito, un 4% i tumori e un altro 4% le malattie respiratorie, con un 1% di malattie della cute”.

Da non sottovalutare poi il burnout, “uno dei rischi maggiori per gli operatori sanitari, ma tra i meno denunciati, perché sarebbe come confessare una fragilità” ha invece spiegato Lucilla Livigni, Coordinatrice Area benessere organizzativo e rischi psicosociali della Sezione Medicina del Lavoro di Tor Vergata, in pieno accordo con Andrea Magrini, Direttore Sanitario del Policlinico Tor Vergata, che ha sottolineato che l'aspetto dei suicidi tra gli operatori sanitari”.

Il concetto di organizzazione del gruppo può essere una chiave, che può tornare utile anche dal punto di vista contrattuale: è quanto ha invece affermato Andrea Filippi, Segretario Nazionale CGIL - Area Sanità Funzione Pubblica, secondo il quale i liberi professionisti altrimenti rischiano di diventare “meri prestatori d'opera”.

<https://www.sanita24.ilsole24ore.com/art/lavoro-e-professione/2024-05-27/istat-turni-massacranti-e-stress-sono-infermieri-categoria-piu-rischio-ssn-180001.php?uuid=AFiWy9qB&cmpid=nlqf>

Infermieri. Indagine Nursing Up: l'Europa cerca i professionisti italiani. La Germania offre 3500 euro netti mensili, l'Olanda arriva a 2800. Norvegia e Svizzera superano i 4mila euro

De Palma: "Le parole d'ordine sono talento e specializzazione. La qualità delle prestazioni sanitarie, ovunque, può solo essere garantita dagli uomini e dalle donne con solide competenze, capaci di gestire elevate responsabilità e vincere le nuove sfide della salute globale"

21 MAG - "Il comune denominatore della sanità europea è non solo quello di rinforzare numericamente gli organici degli ospedali pubblici, ma anche di garantire maggiore efficienza al di fuori delle proprie strutture ospedaliere, in quelle realtà ambulatoriali che fanno parte dei sistemi sanitari nazionali, e garantiscono servizi come le cure domiciliari che, ad esempio, in Paesi come la Svizzera sono all'avanguardia, con la continua ricerca di personale specializzato nella gestione delle malattie croniche.

Proprio parola specializzazione è quella che in questo momento accomuna le politiche sanitarie di paesi quali Germania, Svizzera, Olanda, Norvegia.

Gli ospedali pubblici, in particolar modo, cercano infermieri strumentisti, infermieri di sala operatoria, infermieri pediatrici, infermieri che hanno lavorato in neurologia e infermieri esperti in terapia intensiva e reparti di emergenza-urgenza.

Per coprire questi incarichi di responsabilità, i Paesi appena citati hanno alzato decisamente il tiro delle proprie proposte economiche, aumentando vertiginosamente il gap con l'Italia, che a livello di retribuzioni per i professionisti dell'assistenza non si è mossa di un solo millimetro negli ultimi anni".

Così **Antonio De Palma**, Presidente Nazionale del Nursing Up.

"Abbiamo provato a fare una ricerca dettagliata, ricavando una panoramica delle offerte di lavoro aggiornate al mese di maggio: naturalmente le agenzie con cui siamo in contatto, quali Linguedo, Global Working e Man Power Svizzera ci hanno confermato che i professionisti italiani sono sempre i più graditi. Quando gli italiani presentano le proprie candidature c'è sempre la convinzione di essere di fronte a infermieri con una marcia in più.

Ed ecco che dalla Germania, in Baviera, scatta la ricerca di infermieri per terapia intensiva e stroke unit. Si propone un corso di lingua gratuita, alloggio convenzionato ad un prezzo molto basso offerto dall'ospedale, stipendio di 3500 euro netti esclusi straordinari.

Mai la Germania in passato aveva presentato offerte del genere ai professionisti sanitari stranieri.

Dalla Germania passiamo all'Olanda, dove lo stipendio medio può arrivare a 2800 euro mensili netti.

Si offrono contratti di 18 mesi rinnovabili, la ricerca qui è addirittura rivolta a neolaureati italiani.

Le proposte economiche di un altro pianeta sono però come sempre quelle di Svizzera e Norvegia.

Un infermiere che lavora nel Ticino può arrivare, secondo le nostre indagini recenti, a 4500 euro mensili: le offerte che abbiamo visionato riguardano nel mese di maggio città come Lugano e Mendrisio, a due passi dall'Italia. Immaginate la legittima tentazione per un infermiere lombardo quale possa essere. La Norvegia è ben più lontana, ma i 60mila euro annui offerti, con alloggio e bollette pagate, sono un sogno da tenere in considerazione e non sono pochi i giovani professionisti della sanità italiana che hanno scelto la terra dei fiordi. In conclusione l'Europa a differenza dell'Italia pare avere compreso davvero quale sia la strada da percorrere per rilanciare i propri sistemi sanitari ed elevare il livello delle cure: le parole d'ordine sono talento e specializzazione.

La qualità delle prestazioni sanitarie, ovunque, può solo essere garantita dagli uomini e dalle donne con solide competenze, capaci di gestire elevate responsabilità e vincere le nuove sfide della salute globale", conclude De Palma.

https://www.quotidianosanita.it/lavoro-e-professioni/articolo.php?articolo_id=122295

Sempre meno giovani vogliono diventare infermieri. In Italia meno dell'1% dei 15enni aspira a questa professione. I dati Ocse

In media nei Paesi Ocse, la percentuale di giovani che prevedono di lavorare come infermieri è scesa dal 2,3% nel 2018 al 2,1% nel 2022. Migliorare le condizioni di lavoro e di retribuzione degli infermieri è fondamentale per attirare un maggior numero di giovani verso la professione. Se i Paesi Ocse non sono in grado di attirare un numero sufficiente di giovani qualificati e motivati dovranno fare affidamento sul reclutamento internazionale per colmare le loro esigenze.

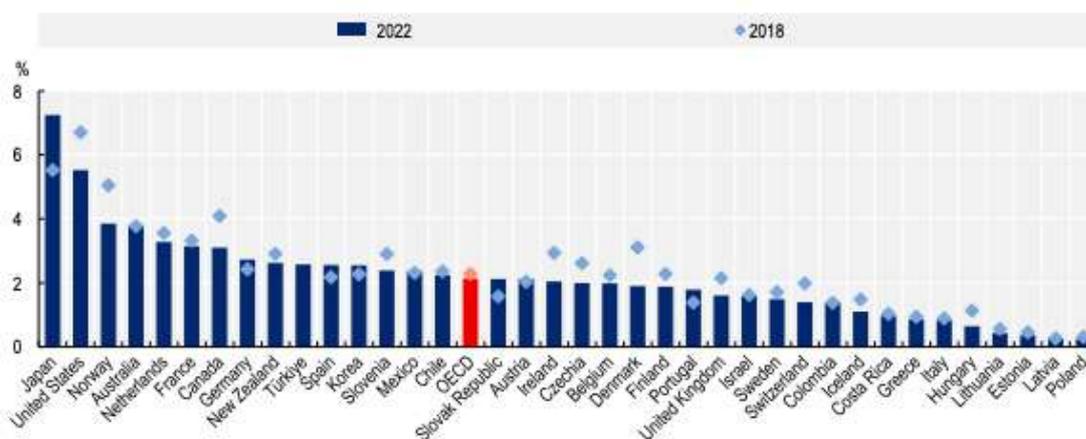
10 MAG -

L'interesse degli studenti quindicenni a intraprendere la carriera di infermiere si è ridotto in almeno la metà dei Paesi Ocse tra il 2018 e il 2022, secondo gli ultimi dati dell'indagine Pisa (Programme for International Student Assessment).

In media nei Paesi Ocse, la percentuale di giovani che prevedono di lavorare come infermieri è scesa dal 2,3% nel 2018 al 2,1% nel 2022. Questa riduzione è particolarmente marcata negli Stati Uniti e in Canada, in alcuni Paesi nordici (Norvegia e Danimarca), in Irlanda, nel Regno Unito e in Svizzera.

Addirittura in Polonia, nei Paesi baltici (Lettonia, Estonia e Lituania), in Ungheria, in Italia e in Grecia, meno dell'1% dei quindicenni prevedeva di voler lavorare come infermiere nel 2022.

Figure 1. Nursing interest among 15-year-olds fell in half of OECD countries between 2018 and 2022



Note: Luxembourg did not participate in PISA 2022. Data from Türkiye for PISA 2018 is not included due to low reliability.

Source: OECD, PISA 2018 and 2022 Database.

Percezione del lavoro da infermieri durante la pandemia. In molti paesi, l'immagine e la percezione pubblica degli infermieri durante la pandemia sono state contrastanti: da un lato, gli operatori sanitari di prima linea sono stati dipinti come "eroi" durante le prime fasi della pandemia, a riconoscimento del duro lavoro e dei rischi, ma dall'altro il pesante carico di lavoro, le difficili condizioni di lavoro e la bassa retribuzione hanno portato a un'elevata insoddisfazione lavorativa e all'intenzione di abbandonare la professione.

Stereotipi di genere. Una delle ragioni principali dell'interesse relativamente basso per la professione infermieristica è che questa attira soprattutto le ragazze. I risultati di Pisa 2022 mostrano che oltre il 90% degli studenti quindicenni che prevedono di lavorare come infermieri sono ragazze nella maggior parte dei Paesi Ocse. Una sfida continua in tutti i Paesi è quella di affrontare lo stereotipo persistente che vede l'infermieristica come una professione adatta principalmente alle donne, che richiede sforzi supplementari per attirare gli studenti maschi. Affrontare questo pregiudizio richiederebbe sforzi per cambiare la percezione dei ruoli tradizionali di genere e un migliore orientamento professionale.

Alcuni Paesi, come l'Italia, la Colombia, la Slovenia e la Spagna, hanno avuto un successo leggermente superiore nell'attrarre l'interesse dei ragazzi per l'infermieristica, anche se persino in questi Paesi meno del 20% di tutti gli studenti che si aspettavano di lavorare come infermieri erano di sesso maschile.

Condizioni di lavoro e retribuzione. Più in generale, migliorare le condizioni di lavoro e di retribuzione degli infermieri è fondamentale per attirare un maggior numero di giovani ragazzi e ragazze verso la professione e per trattenerli. Se i Paesi Ocse non sono in grado di attirare un numero sufficiente di giovani qualificati e motivati verso la professione infermieristica, dovranno fare affidamento sul reclutamento internazionale per colmare le loro esigenze. Per evitare di aggravare le carenze nei Paesi d'origine che faticano a soddisfare le proprie esigenze sanitarie, sarà necessario gestire in modo equo ed etico il reclutamento internazionale.

https://www.quotidianosanita.it/lavoro-e-professioni/articolo.php?articolo_id=122081

Psichiatria. Un professionista su due ha subito almeno un'aggressione, ma il 69% non denuncia. L'indagine Nursing Up

Il 49% dei professionisti ha subito violenza (dalla semplice spinta all'aggressione vera e propria) durante il lavoro nei reparti psichiatrici nel corso degli ultimi due anni (il 27% più di una volta), il 74% ha subito minacce verbali da parte di pazienti durante il lavoro nel corso degli ultimi tre mesi (il 52% più di una volta), il 57% sente a rischio la propria incolumità sul lavoro. Questi solo alcuni dei numeri dell'indagine condotta dal Spdc.

03 MAG -

"Aggressioni fisiche e minacce verbali sono all'ordine del giorno. I professionisti che lavorano nel delicato campo della salute mentale sanno bene che, nei reparti psichiatrici, da sempre, quello che li attende ogni giorno è uno dei compiti più delicati che esista nel nostro sistema sanitario. Ma la situazione si è decisamente aggravata a causa delle carenze presenti negli organici e nelle strutture ospedaliere. E se guardiamo ai casi degli ultimi mesi, ci rendiamo conto che paura e terrore, da parte in particolare dei nostri infermieri, sono più che giustificati".

*Così **Antonio De Palma**, Presidente Nazionale del Nursing Up, commentando i numeri "allarmanti" che emergono da un'indagine preliminare condotta dal Coordinamento Nazionale dei Servizi Psichiatrici di Diagnosi e Cura (Spdc), su 2600 professionisti della salute mentale, di cui 1400 psichiatri e il resto per la maggior parte infermieri. Questi ultimi, tra l'altro, rappresentano il personale sanitario che trascorre la maggior parte del proprio tempo, vista la propria responsabilità assistenziale, accanto ai malati psichiatrici. "Si passa dalle minacce verbali agli sputi, fenomeni che rientrano quasi nella norma: è triste a dirsi ma è così - commenta De Palma -. E quando sei una donna, quando sei una giovane infermiera, diventa davvero complicato doverti occupare da sola di un alto numero di 'pazienti difficili', oltre tutto potenzialmente aggressivi, imprevedibili, in molti casi uomini, e ti senti abbandonata a te stessa dalla totale assenza di presidi delle forze dell'ordine (sappiamo, infatti, che, laddove ci sono, gli agenti, uno o due al massimo, si concentrano nelle aree di pronto soccorso, e la loro presenza non è certo garantita sette giorni su sette e 24 ore su 24)". "Sono numeri incontrovertibili quelli del report dell'Spdc", prosegue. Di seguito i dati riportati.*

Il 49% dei professionisti ha subito violenza (dalla semplice spinta all'aggressione vera e propria) durante il lavoro nei reparti psichiatrici nel corso degli ultimi due anni (il 27% più di una volta), il 74% ha subito minacce verbali da parte di pazienti durante il lavoro nel corso degli ultimi tre mesi (il 52% più di una volta), il 57% sente a rischio la propria incolumità sul lavoro. Solo il 7% dei professionisti rileva un'adeguata tutela per la loro sicurezza (protocolli di sicurezza e collaborazione con le forze dell'ordine).

A questi numeri si aggiunge un altro dato davvero allarmante, che arriva dal vasto panorama delle aggressioni agli operatori sanitari ed è fornito dall'Inail, di cui abbiamo incrociato l'ultimo report con quello specifico dei reparti psichiatrici appena citato.

Il 69% dei professionisti (dati aggiornati al 2023) continua a non denunciare le aggressioni. Una buona parte di questa percentuale, quindi, fa riferimento proprio ai reparti più a rischio, laddove, di fronte a persone affette da patologie che sono ben note a infermieri e medici, si registra una pericolosa tendenza, storicamente la conosciamo bene, a tollerare le aggressioni, soprattutto quando da parte del professionista si genera un sentimento di empatia e un legame umano con il "soggetto disturbato".

"Sono i più recenti fatti di cronaca - dice ancora De Palma - a preoccuparci maggiormente, raccontandoci che gli infermieri e gli altri professionisti stanno pagando ogni giorno sulla propria pelle i deficit di un sistema sanitario che è diventato come un letto di chiodi! Con l'unica differenza che la politica forse non ha compreso che siamo esseri umani e non fachiri! I problemi all'ordine del giorno sono tanti e appaiono come una montagna difficile da scalare".

- 1. Carenza di personale nei reparti con i pazienti più a rischio affetti da patologie mentali, con un aumento dei carichi di lavoro che i pochi professionisti rimasti non reggono più.*
- 2. Inadeguatezza delle strutture con numeri limitati di posti letto per i casi più gravi*
- 3. In alcune strutture ambulatoriali si registra una grave carenza di farmaci e professionisti con specializzazioni in gravi patologie psichiatriche.*
- 4. Assenza di presidi delle forze dell'ordine, concentrati nei pronto soccorsi e soprattutto negli orari notturni.*

"Di recente, da febbraio a oggi, siamo arrivati a casi davvero eclatanti in termini di aggressioni", continua ancora De Palma. 11 febbraio - L'Aquila una dottoressa ha rimediato un femore fratturato da un paziente esagitato che l'ha presa a spintoni.

20 febbraio - Grosseto tentativo di strangolamento a una infermiera

3 aprile Pordenone - Un infermiere aggredito viene punto con una siringa da un paziente con problemi psichici ben noti. "Non possiamo dimenticare - denuncia ancora il leader del Nursing Up - che spesso tra i pazienti

ricoverati nei reparti di salute mentale ci sono soggetti con crimini alle spalle, ma anche persone affette da dipendenze di droghe e alcol, persone soggette a continui cambiamenti di umore.

La soluzione da noi proposta? Inevitabilmente serve più personale, e non è possibile abbandonare, in particolare le nostre professioniste, nelle mani di pazienti dalle condizioni così delicate che a loro volta necessitano di ben altra assistenza. L'emergenza che si registra nei reparti di Psichiatria non è quella dei Pronto soccorsi!

Quello che accoglie i pazienti con problemi psichiatrici o legati alle dipendenze è il settore più a rischio della nostra sanità, perché gli operatori sono indifesi di fronte a comportamenti davvero imprevedibili. Non si parla di persone arrabbiate perché aspettano troppo per una visita, ma di soggetti problematici che richiederebbero un surplus di assistenza che in Italia oggi manca del tutto", conclude De Palma.

https://www.quotidianosanita.it/studi-e-analisi/articolo.php?articolo_id=121913

quotidianosanita.it

Comparto Sanità. Nursing Up: “Servono altri 452 mln per rinnovare il contratto”

“Servono più soldi perché a fronte di un’inflazione che nel solo anno 2023 è stata pari al 5,9%, l’aumento messo a disposizione dei lavoratori del comparto per tale periodo, senza le risorse aggiuntive destinate solo a chi lavora nei pronti soccorso, sarà pari all’1,67%”.

07 MAG -

“Nella giornata di oggi, l’ARAN ha deciso di dare “i suoi numeri” sulle risorse a disposizione di questo rinnovo. Peccato che, come non abbiamo mancato di dire in trattativa, con le medie, non si riempiono affatto le buste paga.

Secondo l’ARAN l’incremento medio degli stipendi del comparto sanità, a regime, con il nuovo contratto, raggiungerà la percentuale del 6,32%, per un valore di circa 1640 milioni, comprensiva ovviamente, delle indennità di vacanza, sia ordinaria, che straordinaria, già corrisposte come anticipazione nelle buste paga, e che porterà ad un aumento medio, pari a 158 euro al mese.

Peccato che, ma solo come esempio e come abbiamo detto noi in trattativa, tra queste risorse viene ricompresa anche una percentuale dello 0,54%, che fa capo a risorse “aggiuntive” destinate solo a specifiche categorie di dipendenti (cioè quelli dei pronto soccorso), e che per questo non possono certo essere considerate a disposizione di tutti gli altri.

Alla fine dei giochi, sempre secondo i conti dell’ARAN, al netto di tutte le anticipazioni già corrisposte, resterebbero sul tavolo circa 836 milioni, che per noi però sono molti di meno, se gli si sottraggono le risorse specifiche che, come abbiamo detto sopra, andranno solo a certe categorie di lavoratori e non a tutti. In ogni caso, indipendentemente delle statistiche, volta per volta rappresentative di ciò che, a seconda dei casi, chi le elabora sceglie di mettere in evidenza, è inconfutabile la necessità di risorse fresche”. Afferma Nursing Up in una nota. “Servono più soldi perché a fronte di un’inflazione che nel solo anno 2023 è stata pari al 5,9%, l’aumento messo a disposizione dei lavoratori del comparto per tale periodo, senza le risorse aggiuntive destinate solo a chi lavora nei pronti soccorso, sarà pari all’1,67%.

Di questo passo, con i prezzi che galoppiano a ritmi serrati, e gli stipendi che non compensano l’inflazione, come riempiamo i nostri frigoriferi?

Cosa daremo da mangiare ai nostri figli? Proprio per questo, all’opposto del valzer di cifre e di dati statistici, il sindacato Nursing Up chiede pubblicamente al Governo ed alle Regioni, uno stanziamento specifico, destinato unicamente alle professioni infermieristiche, ostetriche e sanitarie ex legge 43/2006, pari a 452 milioni.

Questo, ovviamente, senza nulla togliere alle risorse necessarie anche per gli altri dipendenti del comparto”.

Per questa ragione, ha detto oggi il Nursing Up al tavolo negoziale, “abbiamo chiesto un indispensabile provvedimento di emergenza, evidenziando che occorrono almeno 452 milioni di euro solo per le professioni sanitarie, e solo per consentire il raddoppio dell’indennità di specificità infermieristica, di quella destinata agli altri professionisti sanitari e per l’estensione alle ostetriche di una pari indennità.

Governo e Regioni facciano adesso passi responsabili, il primo rispondendo positivamente alla nostra richiesta: 452 milioni di Euro è quello che serve per dare impulso alle indennità specifiche che la legge ha dedicato alle professioni infermieristiche e sanitarie, e per risolvere la questione ostetriche”.

https://www.quotidianosanita.it/lavoro-e-professioni/articolo.php?articolo_id=121989

Valutazione tramite machine learning delle iniquità e delle disparità associate agli eventi di sicurezza degli indicatori sensibili per gli infermieri

Erika R. Georgantes , Fatma Gunturkun, J. McGreevy , Mary E. Lough

DOI: <https://doi.org/10.1111/jnu.12983>

Pubblicato: 21 maggio 2024

Scopo

Utilizzare il machine learning per esaminare l'equità sanitaria e gli esiti clinici nei pazienti che hanno sperimentato un evento NSI (nurse sensitive indicator), definito come una caduta, una lesione da pressione acquisita in ospedale (HAPI) o un'infezione acquisita in ospedale (HAI).

Disegno

Si tratta di uno studio osservazionale retrospettivo condotto in un singolo ospedale accademico nell'arco di sei anni solari (2016-2021). L'apprendimento automatico è stato utilizzato per esaminare i pazienti con un'INS rispetto a quelli senza.

Metodi

Criteri di inclusione: tutti i ricoveri di adulti (2016-2021). Sono stati utilizzati tre approcci per analizzare il gruppo NSI rispetto al gruppo No-NSI. Nell'analisi univariata, sono state impiegate statistiche descrittive e differenze assolute standardizzate (ASD) per confrontare le variabili demografiche e cliniche dei pazienti che hanno subito un NSI e di quelli che non hanno subito alcun NSI. Per l'analisi multivariata, è stato utilizzato un modello di Light Grading Boosting Machine (LightGBM) per esaminare in modo esaustivo le relazioni associate allo sviluppo di un'INS. Infine, è stato condotto uno studio di simulazione per quantificare la forza delle associazioni ottenute dal modello di apprendimento automatico.

Risultati

Su 163.507 ricoveri, 4643 (2,8%) sono stati associati ad almeno un'INS. L'età media e la deviazione standard (SD) erano di 59,5 (18,2) anni, i maschi erano 82.397 (50,4%). I bianchi non ispanici erano 84.760 (51,8%), i neri non ispanici 8703 (5,3%), gli asiatici non ispanici 23.368 (14,3%), gli altri non ispanici 14.284 (8,7%) e gli ispanici 30.271 (18,5%). La razza e l'etnia da sole non erano associate al verificarsi di un NSI. Il gruppo NSI ha avuto una durata di degenza (LOS) statisticamente significativa, una maggiore durata dell'unità di terapia intensiva (ICU) e una maggiore probabilità di ricovero d'emergenza rispetto al gruppo senza NSI. I risultati dello studio

di simulazione hanno dimostrato che la probabilità di NSI era maggiore nei pazienti ricoverati nelle categorie diagnostiche principali (MDC) associate alle diagnosi di malattie circolatorie, digestive, renali/urinarie, nervose e infettive e parassitarie.

Conclusioni

In questo studio, la razza/etnia non era associata al rischio di un evento NSI. Il rischio di un evento NSI era associato al ricovero d'urgenza, a una LOS più lunga, a una ICU-LOS più lunga e ad alcune MDC (diagnosi circolatorie, digestive, renali/urinarie, nervose, infettive e parassitarie).

Rilevanza clinica

Le metodologie di apprendimento automatico forniscono un nuovo meccanismo per indagare gli eventi NSI attraverso la lente dell'equità/disparità sanitaria. Capire quali pazienti sono a maggior rischio di esiti avversi può aiutare gli ospedali a migliorare l'assistenza infermieristica e a prevenire lesioni e danni da NSI.

<https://sigmapubs.onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/jnu.12983>

Journal of Nursing Management

Efficacia organizzativa percepita durante una crisi di salute pubblica e benessere morale tra i dirigenti infermieristici: Uno studio trasversale

Cynda Rushton, Katie Nelson, Alanna Bergman, Danielle Boyce, Christian Jenkins, Sandra M. Swoboda, Ginger Hanson

Pubblicato online: 9 maggio 2024

Durante una crisi di salute pubblica, come la pandemia di COVID-19, i leader infermieristici coordinano un'assistenza tempestiva e di alta qualità, mantengono i margini di profitto e assicurano la conformità normativa, sostenendo al contempo la salute e il benessere della forza lavoro infermieristica. In un ambiente in rapido cambiamento, in cui le risorse possono essere scarse, i dirigenti infermieristici sono vulnerabili al pregiudizio morale; tuttavia, l'efficacia organizzativa può aiutare a tamponare le sfide morali nella leadership sanitaria, favorendo così una maggiore resilienza morale e riducendo l'intenzione di turnover.

Obiettivo. Comprendere i meccanismi attraverso i quali l'efficacia organizzativa percepita contribuisce al benessere morale dei dirigenti infermieristici (cioè, danno morale e resilienza morale) e quindi influisce sui risultati lavorativi (cioè, impegno, burnout e intenzione di turnover).

Metodi. È stata condotta un'indagine trasversale sui dirigenti infermieri (N = 817) di tutti gli Stati Uniti, utilizzando una metodologia a palla di neve, test t indipendenti e modellazione di equazioni strutturali per esaminare le relazioni teoriche tra danno morale, resilienza morale ed efficacia organizzativa.

Risultati. Valutazioni più elevate su ogni aspetto dell'efficacia organizzativa percepita erano significativamente correlate a una maggiore resilienza morale ($p < 0,001$ per tutti i t-test) e a un minore pregiudizio morale ($p < 0,001$ per tutti i t-test) tra i caposala. I modelli di equazione strutturale hanno indicato che sia la resilienza morale che il danno morale erano mediatori significativi della relazione tra efficacia organizzativa e risultati lavorativi. La resilienza morale e il danno morale hanno mediato in modo significativo l'effetto dell'efficacia organizzativa sul burnout. La resilienza morale è stata anche un mediatore significativo della relazione tra efficacia organizzativa e danno morale.

Conclusioni. Lo smantellamento dei modelli e dei processi organizzativi nelle organizzazioni sanitarie che contribuiscono al danno morale e alla riduzione della resilienza morale può essere una leva importante per aumentare l'impegno, diminuire il burnout e ridurre il turnover dei dirigenti infermieri.

<https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1155/2024/6808266>

Sociale, long care e terza età

LEPS: servizi per la residenza fittizia per i senza dimora

Franco Pesaresi

Publicato su Welforum.it il 9/4/2024:

<https://www.welforum.it/leps-servizi-per-la-residenza-fittizia-per-i-senza-dimora/>

Questo articolo è il quinto di una serie di schede sui Livelli essenziali delle prestazioni sociali (LEPS). I precedenti articoli erano relativi ai LEPS del “Percorso assistenziale integrato”⁶, delle “Dimissioni protette”⁷, del “Pronto intervento sociale”⁸ e della “Prevenzione allontanamento familiare - P.I.P.P.I.”⁹ ora invece mi occupo dei “Servizi per la residenza fittizia” per i senza dimora esplicitando soprattutto i contenuti del Piano nazionale degli interventi e servizi sociali 2021-2023 e di altre normative.

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.

⁶ <https://www.welforum.it/leps-il-percorso-assistenziale-integrato-parte-i/>

<https://www.welforum.it/leps-il-percorso-assistenziale-integrato-parte-ii/>

⁷ <https://www.welforum.it/le-dimissioni-protette/>

⁸ <https://www.welforum.it/il-pronto-intervento-sociale/>

⁹ <https://www.welforum.it/leps-prevenzione-allontanamento-familiare-p-i-p-p-i/>

Introduzione

In Italia, l'Istat (con il Fio.PSD) ha stimato che le persone senza dimora siano 50.724, concentrate in particolare nelle grandi città.

Per Senza Dimora si intendono quelle persone che vivono in povertà estrema ovvero in una condizione di disagio profondo legato prima di tutto alla mancanza di una casa come luogo intimo e di rifugio e legato all'intreccio di povertà di beni materiali per la sussistenza e fragilità personali.

Solo i due terzi dei senza dimora dichiara di essere iscritto all'anagrafe ed avere la residenza in un Comune italiano.

L'ordinamento giuridico prevede una norma specifica per la residenza anagrafica delle persone senza dimora, norma contenuta all'art. 2, comma 3 della L. 1228 del 24 dicembre 1954, nota come "legge anagrafica". Essa stabilisce che "la persona che non ha fissa dimora si considera residente nel Comune ove ha il domicilio, e in mancanza di questo nel Comune di nascita".

L'elezione del domicilio, nell'accezione ampia prevista dalla Cassazione, di fatto, è elemento sufficiente perché una persona senza dimora possa ottenere dal Comune nel quale ciò avviene, la residenza anagrafica. Tuttavia, sono ancora molte le persone che non accedono a questo diritto esigibile.

Per le persone senza dimora, la residenza anagrafica rappresenta un requisito decisivo per le sue possibilità di inclusione, perché ad essa si collega la possibilità di usufruire dei servizi sanitari, socio-assistenziali e abitativi, erogati dagli enti locali.

Una persona senza dimora può eleggere a suo domicilio non necessariamente un luogo fisico, l'importante è che scelga il Comune presso cui stabilisce i suoi interessi. In questo caso, la persona viene iscritta in una via fittizia, territorialmente non esistente ma equivalente in valore giuridico; una via dove non vive nessuno e che in realtà non esiste, ma che viene istituita per dare la possibilità anche alle persone senza dimora di ottenere la residenza e i diritti ad essa connessi.

L'istituzione di una via fittizia può essere un primo strumento con il quale riconoscere le persone e dare il diritto di ricevere la posta o gli atti ufficiali, agevolare l'identificazione della persona e della sua storia sociale.

Deliberare una via fittizia è importante perché consente alla persona senza dimora di fare richiesta dei seguenti documenti:

- carta di identità;
- tessera sanitaria;
- permesso di soggiorno;
- fine pena;
- rinnovo permesso di soggiorno (Fiopsd, 2022).

La legge di bilancio 2022 (L. 234/2021), in attesa dell'approvazione del quadro generale dei Livelli essenziali delle prestazioni sociali (LEPS), ne ha anticipati sei definendoli come prioritari. Uno di questi LEPS prioritari è costituito dai "Servizi per la residenza fittizia" per i senza dimora.

Questo significa che questa prestazione/diritto diventa obbligatoria per tutti i comuni dato che i Livelli essenziali delle prestazioni sociali (LEPS) garantiscono l'eguaglianza di accesso alle prestazioni sociali da parte di tutti i cittadini. Si tratta di interventi e servizi sociali che nel momento in cui vengono individuati in LEPS (con legge) devono essere garantiti in modo adeguato in tutti i comuni, anche in forma associata.

Ecco di seguito la descrizione e le caratteristiche del Livello essenziale relativo all'accesso alla residenza anagrafica per i senza dimora che dovrà essere garantito in tutti i comuni italiani.

Denominazione del LEPS

Servizi per sostenere l'accesso alla residenza anagrafica dei cittadini senza dimora e la reperibilità.

Descrizione sintetica del LEPS

Garantire in ogni Comune, alle persone che lo eleggono a proprio domicilio, anche se prive di un alloggio, laddove richiesto e necessario, il servizio e l'accompagnamento all'iscrizione anagrafica e il servizio di fermo posta necessario a ricevere comunicazioni, con particolare riferimento a quelle di tipo istituzionale. Le persone senza fissa dimora hanno diritto all'iscrizione anagrafica come previsto e definito dalla L. 1228/1954 art. 2, del D.P.R. 223/1989.

Obiettivi

Il servizio ha come finalità quello di rendere pienamente fruibile alle persone senza dimora presenti sul territorio del Comune il diritto all'iscrizione anagrafica, da cui normativamente discende la possibilità di fruire di servizi essenziali connessi ad ulteriori diritti fondamentali costituzionalmente garantiti quali, ad esempio, l'accesso ai servizi socio-assistenziali e sanitari. Attraverso l'accesso al servizio di fermo posta si intende assicurare la reperibilità della persona, con particolare riferimento all'accesso alle comunicazioni istituzionali, legate all'esercizio della cittadinanza.

Destinatari

Persone senza dimora, aventi i requisiti previsti dalla L. 1228/1954 art. 2 e dal DPR 223/1989, stabilmente presenti sul territorio del Comune, per i quali sia accertabile la sussistenza di un domicilio ovvero sia documentabile l'esistenza di

una relazione continuativa con il territorio in termini di interessi, relazioni e affetti, che esprimano la volontà e l'intenzione di permanere nel Comune¹⁰.

Modalità di accesso per i destinatari

Accesso libero (agli uffici comunali) o su prenotazione.

Funzioni svolte

Attività principali: Accompagnamento, laddove richiesto o necessario, delle persone senza dimora nell'istruttoria per la richiesta di residenza che verrà poi rilasciata dagli Uffici dell'Anagrafe:

- raccolta delle posizioni anagrafiche delle persone senza dimora, coadiuvando gli interessati nella compilazione della richiesta di residenza e nel reperimento e presentazione dei documenti necessari. In particolare, supporto nella raccolta della documentazione che attesti l'esistenza di una relazione continuativa con il territorio (ad esempio attraverso una relazione di presentazione da parte di un Ente del Terzo Settore o da parte dei Servizi Sociali Professionali Territoriali dell'Amministrazione o di altri servizi socio assistenziali territoriali o sanitari di base e/o specialistici, che hanno in carico il percorso individuale del beneficiario della prestazione, che documenti l'esistenza di una relazione continuativa con il territorio in termini di interessi, relazioni e affetti);
- collaborazione con i servizi competenti per la verifica delle posizioni anagrafiche (permanenza della persona nella sua "dimora abituale"), anche ai fini delle cancellazioni.

Servizio fermo posta/casella di posta elettronica: attivazione di un servizio di raccolta/ricezione, conservazione e gestione della posta del soggetto interessato; supporto per l'attivazione e l'accesso a una casella di posta personale e al riconoscimento della identità digitale attraverso il sistema pubblico di identità digitale (SPID) per l'accesso ai servizi online della pubblica amministrazione italiana e dei privati aderenti.

Attività accessorie : Eventuale svolgimento di attività di orientamento ai servizi socio-assistenziali e sanitari e di accompagnamento/supporto giuridico/legale, in raccordo con altri servizi presenti sul territorio: centro servizi per senza dimora/segretariato sociale/pronto intervento sociale/unità di strada.

Modalità operative

Individuazione nell'ufficio anagrafico di ogni Comune di specifici referenti per il riconoscimento della residenza alle persone senza dimora. Attivazione in ogni Comune di una procedura per la richiesta della residenza anagrafica da parte delle persone senza dimora. Disponibilità del servizio di supporto ed accompagnamento all'iscrizione anagrafica e del servizio fermo posta in ogni ambito territoriale, eventualmente attraverso sportelli dedicati e il collegamento con i servizi territoriali, per garantire ove possibile la prossimità del servizio (MLPS, 2021).

Definizione di indirizzi dedicati o fittizi per l'attribuzione della residenza; nel caso di grandi centri urbani, in numero sufficiente a coprire le diverse aree della città. In relazione alle caratteristiche territoriali garantire l'attivazione della funzione di supporto ed accompagnamento all'iscrizione anagrafica in luoghi pubblici dedicati ben identificabili, che operino ad accesso libero e su appuntamento (ad es. sportelli), oppure attraverso altre modalità individuate a livello territoriale. Attivazione di canali di comunicazione con il pubblico e gli altri enti coinvolti ad esempio attraverso l'URP on line, la gestione di un indirizzo di posta elettronica dedicato, sia per rispondere a richieste dei cittadini, sia per tenere relazioni con gli uffici dell'Anagrafe competenti ed altri servizi istituzionali dell'Amministrazione Comunale.

Integrazione con altri servizi:

- Rafforzamento del lavoro in rete con altri soggetti pubblici e del privato sociale. In particolare: lavoro integrato con gli uffici dell'anagrafe comunale cui spetta la definizione della residenza anagrafica;
- collaborazione con Enti del Terzo Settore o con servizi pubblici territoriali che hanno in carico il percorso individuale del beneficiario (Servizio Sociale Professionale; servizi socio assistenziali, sanitari di base e/o specialistici), per l'indirizzamento al servizio e per la documentazione dell'esistenza di una relazione continuativa con il territorio; collaborazione con enti del terzo settore, unità di strada, pronto intervento sociale per intercettare i cittadini senza dimora che non sono già stati agganciati dagli organismi del terzo settore o dai servizi istituzionali;
- collaborazione con il segretariato sociale, il servizio sociale professionale e i centri servizi per senza dimora per le attività di orientamento ai servizi;
- collaborazione tra i comuni che, in fasi diverse, hanno preso in carico la singola persona senza dimora.

Professionalità coinvolte

Operatori sociali (ad esempio, educatore professionale, tecnico dell'inserimento dell'integrazione sociale, assistenti sociali) e funzionari giuridico/amministrativi.

Costi per i destinatari

Il servizio è gratuito. Non ci sono costi per i beneficiari.

¹⁰ In merito al diritto di residenza la pronuncia più significativa ed esaustiva afferma che "la residenza di una persona è determinata dalla sua abituale e volontaria dimora in un determinato luogo, cioè dall'elemento oggettivo della permanenza in tale luogo e dall'elemento soggettivo dell'intenzione di abitarvi stabilmente, rilevata dalle consuetudini di vita e dallo svolgimento delle normali relazioni sociali". (Sentenza Cassazione Civile, 14 marzo 1986 n. 1738).

Finanziamenti

Il servizio per l'Accesso alla residenza anagrafica e fermo posta è finanziato con 2,5 milioni annui dalla Quota servizi del fondo povertà (RDC), a valere sulla componente relativa agli interventi e servizi in favore di persone in povertà estrema e senza dimora, e con 90 milioni complessivi dal fondo React EU (insieme con i servizi di Pronto intervento sociale), riconoscibili sull'arco temporale 2020-2023. In questo secondo finanziamento si fa esplicito riferimento al "PrInS – Progetti Intervento Sociale" che prevede esplicitamente servizi accessori per sostenere l'Accesso alla residenza anagrafica e servizi di Fermo Posta per persone senza dimora, stabilmente presenti sul territorio del Comune, per i quali sia accertabile la sussistenza di un domicilio ovvero sia documentabile l'esistenza di una relazione continuativa con il territorio in termini di interessi, relazioni e affetti, che esprimano la volontà e l'intenzione di permanere nel Comune. Altre risorse arrivano dal PNRR a valere sul progetto dell'area M5C2 - Investimento 1.3.2 per le "Stazioni di posta", finanziate con 272,5 milioni di euro, dove è prevista la realizzazione di centri di servizi ed inclusione volti ad offrire attività di presidio sociale e sanitario e di accompagnamento per persone in condizione di deprivazione materiale, di marginalità anche estrema e senza dimora, per facilitare l'accesso alla intera rete dei servizi, l'orientamento e la presa in carico, al tempo stesso offrendo alcuni servizi essenziali a bassa soglia (servizi di ristorazione, di orientamento al lavoro, di distribuzione di beni alimentari, di screening e prima assistenza sanitaria, di consulenza amministrativa e legale, ecc.). Tali progetti devono seguire le indicazioni delle Linee di indirizzo per il contrasto alla grave emarginazione adulta in Italia e del Piano nazionale degli interventi e dei servizi sociali 2021-2023 che prevedono esplicitamente la previsione dell'"Accesso alla residenza anagrafica e fermo posta". Con le risorse del PNRR sono stati finanziati 250 progetti degli Ambiti territoriali sociali in tutta Italia (da realizzare nel triennio 2022-2024) che riceveranno 910.000 euro ognuno. Il finanziamento complessivo è di 272,5 milioni di euro. I beneficiari del progetto sono stimati dal ministero in un range da un minimo di 2.500 ad un massimo di 3.750 persone (Ministero Lavoro, 2022). Ulteriori risorse verranno rese disponibili a valere sulla programmazione 2021-2027 del PON Inclusione e del POC Inclusione.

Publicato su Welforum.it il 29/4/2024:

LEPS: L'Assistenza Domiciliare Sociale (SAD)

Franco Pesaresi

<https://www.welforum.it/leps-lassistenza-domiciliare-sociale-sad/>

Questo articolo è il sesto di una serie di schede sui Livelli essenziali delle prestazioni sociali (LEPS). I precedenti articoli erano relativi ai LEPS del "Percorso assistenziale integrato"¹¹, delle "Dimissioni protette"¹², del "Pronto intervento sociale"¹³, della "Prevenzione allontanamento familiare - P.I.P.P.I."¹⁴ e dei "Servizi per la residenza fittizia per i senza dimora"¹⁵ ora invece mi occupo dell' "Assistenza domiciliare sociale" esplicitando soprattutto i contenuti del Piano nazionale per la non autosufficienza per il triennio 2022-2024 e di altre normative.

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 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 al tema

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. 234/2021, art. 1 c. 159).

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 ha rivitalizzato la discussione sul tema 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).

¹¹ <https://www.welforum.it/leps-il-percorso-assistenziale-integrato-parte-i/>
<https://www.welforum.it/leps-il-percorso-assistenziale-integrato-parte-ii/>

¹² <https://www.welforum.it/le-dimissioni-protette/>

¹³ <https://www.welforum.it/il-pronto-intervento-sociale/>

¹⁴ <https://www.welforum.it/leps-prevenzione-allontanamento-familiare-p-i-p-p-i/>

¹⁵ <https://www.welforum.it/leps-servizi-per-la-residenza-fittizia-per-i-senza-dimora/>

Il Piano nazionale per la non autosufficienza 2022-2024 (DPCM 3 ottobre 2022) testualmente afferma che “Si devono quindi considerare LEPS:

- a) **a.1 l’assistenza domiciliare sociale;**
 - a.2 **assistenza sociale integrata con i servizi sanitari;**
 - a.3 **soluzioni abitative**, mediante ricorso a nuove forme di coabitazione;
 - a.4 **adattamenti dell’abitazione** alle esigenze della persona”;
- b) **servizi sociali di sollievo**, quali:
 - b.1 il pronto intervento per le emergenze temporanee, diurne e notturne, gestito da personale qualificato;
 - b.2 un servizio di sostituzione temporanea degli assistenti familiari in occasione di ferie, malattia e maternità;
 - b.3 l’attivazione e l’organizzazione mirata dell’aiuto alle famiglie valorizzando la collaborazione volontaria delle risorse informali di prossimità e quella degli enti del Terzo settore nonché sulla base delle esperienze di prevenzione, di solidarietà intergenerazionale e di volontariato locali;
- c) **servizi sociali di supporto**, quali:
 - c.1 la messa a disposizione di strumenti qualificati per favorire l’incontro tra la domanda e l’offerta di lavoro degli assistenti familiari, in collaborazione con i Centri per l’impiego del territorio.
 - c.2 l’assistenza gestionale, legale e amministrativa alle famiglie per l’espletamento di adempimenti.”

La formulazione del Piano nazionale per la non autosufficienza 2022-2024 definisce i nuovi LEPS in modo non abbastanza chiaro ma ciò che emerge è l’individuazione, chiarita anche da parti successive del Piano, di tre nuovi Livelli assistenziali (vedi sopra: a, b, c) che consistono:

- a) nell’assistenza domiciliare sociale (anche integrata) per gli anziani non autosufficienti;
- b) nei servizi sociali di sollievo per gli anziani non autosufficienti;
- c) nei servizi sociali di supporto per gli anziani non autosufficienti.

In questa scheda vengono, di seguito, descritte le caratteristiche del LEPS Assistenza domiciliare sociale (anche integrata) per gli anziani non autosufficienti.

LePS: assistenza domiciliare sociale (anche integrata) per gli anziani non autosufficienti

Denominazione del LEPS, Assistenza domiciliare sociale.

Descrizione del LEPS

Ricostruire i contenuti del livello essenziale dell’assistenza domiciliare sociale non è facile perché la prestazione viene presentata come singola mentre invece i servizi in essa contenuti sono diversi e di diversa natura. Non ci sono spiegazioni adeguate nella Legge di bilancio 2022 e nel Piano per la non autosufficienza 2022-2024 per cui l’unica soluzione è **interpretare** in modo letterale quanto contenuto nelle norme citate.

Secondo la normativa approvata il Livello essenziale dell’assistenza domiciliare sociale compresa l’assistenza domiciliare sociale integrata con i servizi sanitari è un servizio rivolto a persone anziane non autosufficienti o a persone anziane con ridotta autonomia o a rischio di emarginazione, che richiedono supporto nello svolgimento delle attività fondamentali della vita quotidiana, caratterizzato dalla prevalenza degli interventi di cura della persona e di sostegno psico-socio-educativo anche ad integrazione di interventi di natura sociosanitaria.

Il LEPS deve garantire:

1. **l’assistenza domiciliare sociale:** Interventi di supporto alla persona nella gestione della vita quotidiana e/o con esigenza di tutela, al fine di garantire il recupero/mantenimento dell’autosufficienza residua, per consentire la permanenza al domicilio il più a lungo possibile e ritardando un eventuale ricorso alla istituzionalizzazione, attraverso un sostegno diretto nell’ambiente domestico e nel rapporto con l’esterno. Costituiscono pertanto ambiti di intervento la cura e igiene della persona, prestazioni igienico-sanitarie di semplice attuazione, la cura e l’igiene ambientale, il disbrigo pratiche, l’accompagnamento a visite, la spesa e la preparazione dei pasti, l’aiuto nella vita di relazione, ecc. Possono essere previsti altri interventi (citati per esempio nel LEPS delle Dimissioni protette) come i Pasti a domicilio. Nel caso specifico si tratta del servizio di consegna pasti espletato direttamente presso l’abitazione dell’anziano. Il fornitore provvede direttamente al confezionamento e alla consegna a domicilio di pasti.
2. **l’assistenza sociale integrata con i servizi sanitari**, ad integrazione di interventi di natura sociosanitaria. La formulazione del Piano nazionale non autosufficienza 2022-2024 non è abbastanza esplicita ma il punto dovrebbe far riferimento alla possibilità/necessità di integrare l’assistenza domiciliare sociale con quella sanitaria al fine di garantire la continuità assistenziale e promuovere percorsi di aiuto a sostegno della salute e del benessere della persona tramite interventi coordinati tra sanitario e sociale. Tale tipo di approccio multidisciplinare migliora la qualità della vita, l’integrazione fra strutture sanitarie e territorio e tra i professionisti socio-sanitari e sociali coinvolti nel processo di assistenza e cura, oltre a ridurre il rischio di riammissione istituzionalizzata nei pazienti anziani, disabili e fragili.
3. **soluzioni abitative**, anche in coerenza con la programmazione degli interventi del PNRR, mediante ricorso a nuove forme di coabitazione solidale delle persone anziane e tra generazioni;
4. **adattamenti dell’abitazione** alle esigenze della persona con soluzioni domotiche e tecnologiche che favoriscono la continuità delle relazioni personali e sociali a domicilio, compresi i servizi di telesoccorso e teleassistenza”. Il telesoccorso è costituito da un’installazione di un terminale sul telefono di casa, che mette in collegamento la

persona 24 ore su 24 con una centrale operativa in grado di attivare un intervento immediato in situazioni di necessità. È necessario che il gestore metta a disposizione personale presente 24 ore su 24 presso la sede della centrale operativa, in grado sia di ricevere le telefonate ed attivare gli opportuni interventi sia di effettuare telefonate “monitoraggio” ai soggetti in carico.

5. **Rafforzamento degli interventi delle reti di prossimità intergenerazionale e tra persone anziane.**

In base alla Legge di bilancio 2022 e al Piano per la non autosufficienza 2022-2024 si delinea un nuovo profilo dell'assistenza domiciliare sociale che, oltre alle prestazioni più tradizionali, si arricchisce di nuovi servizi (soluzioni abitative, adattamenti dell'abitazione, interventi di prossimità) che dovranno tutti essere garantiti con la nuovissima assistenza domiciliare sociale. Il servizio rimane uno ma le attività che dovrà garantire sono plurime e diverse. Questo dovrà comportare per tutti gli enti locali una profonda riorganizzazione dei loro servizi domiciliari.

Occorre segnalare che a questo Livello essenziale si affianca anche quello delle “Dimissioni protette”, anch'esso approvato con la Legge di Bilancio 2022. Il Livello essenziale relativo alla Dimissioni protette è costituito da prestazioni sociali domiciliari al pari dell'”Assistenza domiciliare sociale” con la sola particolarità che sono applicate alle persone dimesse dall'ospedale. Si tratta di una sovrapposizione che non trova molte giustificazioni e che dovrà essere riportata ad unità prevedendo all'interno del Livello essenziale dell'assistenza domiciliare sociale anche le competenze attualmente affidate al LEPS delle “Dimissioni protette”.

Obiettivi

L'Assistenza domiciliare sociale garantisce a persone anziane non autosufficienti o a persone anziane con ridotta autonomia o a rischio di emarginazione un supporto nello svolgimento delle attività fondamentali della vita quotidiana, caratterizzato dalla prevalenza degli interventi di cura della persona e di sostegno psico-socio-educativo anche ad integrazione di interventi di natura sociosanitaria ivi compresi il ricorso a nuove forme di coabitazione solidale, adattamenti dell'abitazione e il rafforzamento degli interventi delle reti di prossimità intergenerazionale e tra persone anziane.

Destinatari

I destinatari del Servizio assistenza domiciliare sociale sono le:

- Persone anziane non autosufficienti;
- Persone anziane con ridotta autonomia o a rischio di emarginazione;
- Persone con disabilità grave e gravissima.

Il Piano nazionale per la non autosufficienza individua quali destinatari a regime del servizio gli anziani non autosufficienti o con ridotta autonomia o a rischio di emarginazione ma aggiunge, in questa prima fase transitoria, anche i disabili gravi o gravissimi.

Spiega infatti il PNNA (nel cap. 3) che i LEPS, così come declinati nella Legge 234/2021, si riferiscono principalmente alla platea degli anziani non autosufficienti, ma garantiscono l'accesso ai servizi sociali e socio sanitari, attraverso i PUA, a tutte le persone non autosufficienti, mentre è la legge n 227/2021 (“Legge delega in materia di disabilità”) che prevede che siano definite le procedure volte alla determinazione dei livelli essenziali delle prestazioni specifici. Pertanto, nella fase di transizione di cui al Piano 2022-2024, i servizi alle persone con disabilità saranno considerati quali obiettivi di servizio.

Modalità di accesso per i destinatari

L'erogazione degli interventi domiciliari avviene solo ed esclusivamente in seguito ad una valutazione dei servizi pubblici e in relazione alla previsione di un Piano assistenziale individualizzato (PAI), generato dal processo assistenziale integrato così come definito dal LEPS di processo (LEPS relativo Percorso assistenziale integrato¹⁶), valorizzando ed integrando con tali interventi anche il più ampio progetto individuale di vita, se esistente o in corso di redazione.

Modalità operative

Sulla base del Piano assistenziale individualizzato (PAI), che definisce tempi e modalità delle prestazioni erogate e rivedibile mensilmente o almeno trimestralmente, possono essere fornite, in forma singola o integrata, all'utente le prestazioni necessarie fra quelle indicate nel paragrafo relativo alla descrizione del LEPS.

Per l'area della non autosufficienza le risorse del Fondo Non Autosufficienza (FNA) saranno progressivamente destinate al finanziamento di servizi erogati in forma diretta. Infatti, nel corso della prima annualità è prevista la possibilità di realizzare le attività di valore preparatorio, il LEPS di processo, come definito dal comma 163 dell'art.1 della legge 234/21, valutazione dei bisogni, funzionalità delle UVM, definizione del PAI, monitoraggio degli esiti di salute (Cfr. Tab.1).

Tab. 1 – Contenuti, destinatari e standard dell'assistenza domiciliare sociale (L. 234/2021, art. c. 162 lett. a; PNNA)

¹⁶ <https://www.welforum.it/leps-il-percorso-assistenziale-integrato-parte-i/>
<https://www.welforum.it/leps-il-percorso-assistenziale-integrato-parte-ii/>

Contenuti	Destinatari	Modalità	Standard LEPS / Obiettivi di Servizio del Percorso assistenziale integrato
<ul style="list-style-type: none"> - Supporto nello svolgimento delle attività fondamentali della vita quotidiana. - Prevalenza degli interventi di cura della persona e di sostegno psicosocio-educativo. - Anche integrazione di interventi di natura sociosanitaria. 	<ul style="list-style-type: none"> - Persone anziane non autosufficienti con alto bisogno assistenziale. - Persone anziane con ridotta autonomia o a rischio di emarginazione e quindi con basso bisogno assistenziale. - Persone con disabilità gravissima e grave (obiettivo di servizio). 	<ul style="list-style-type: none"> - Accesso unitario. - Prima valutazione. - Valutazione Multidimensionale. - Piano Assistenziale Individualizzato. - Monitoraggio. 	<p>2022</p> <p>Costituzione del sistema unitario dei punti di accesso nell'ambito territoriale sociale e nell'ambito territoriale sanitario.</p> <p>Protocollo operativo di funzionamento dell'Équipe Integrata comune all'ambito territoriale sociale e all'ambito territoriale sanitario.</p>
<ul style="list-style-type: none"> - Soluzioni abitative, anche in coerenza con la programmazione degli interventi del PNRR. - Nuove forme di coabitazione solidale delle persone anziane. - Rafforzamento degli interventi delle reti di prossimità intergenerazionale e tra persone anziane. 			<p>2023</p> <p>Strumenti unitari per la valutazione preliminare condivisi dall'ambito territoriale sociale e dall'ambito territoriale sanitario.</p> <p>Accordo di programma di funzionamento dell'equipe integrata comune all'ambito territoriale sociale e al distretto sanitario.</p>
<ul style="list-style-type: none"> - Adattamenti dell'abitazione alle esigenze della persona con soluzioni domotiche e tecnologiche che favoriscono la continuità delle relazioni personali e sociali a domicilio. - Servizi di telesoccorso e teleassistenza. 			<p>2024</p> <p>Strumenti unitari per la valutazione multidimensionale condivisi dall'ambito territoriale sociale e dal distretto sanitario.</p> <p>Protocolli operativi di funzionamento dell'Unità di valutazione multidimensionale comune all'ambito territoriale sociale e al distretto sanitario.</p>

Fonte: PNNA, 2022.

Per l'area della disabilità come per la non autosufficienza permane la possibilità di erogare servizi in forma diretta o indiretta, purché questi ultimi siano erogati attraverso titoli di acquisto da utilizzare in prospettiva, mediante gli strumenti dell'accreditamento istituzionale e comunque nel caso di erogazione monetaria, quale scelta di servizio frutto di valutazione multidimensionale e inserita nel PAI.

Gli Ambiti Territoriali Sociali (ATS), nel rispetto della programmazione regionale e dei relativi modelli organizzativi regionali, assicurano l'erogazione dell'assistenza domiciliare sociale e degli altri servizi socio assistenziali di cui alle aree individuate al comma 162 e al comma 164 della legge n. 234/2021 (legge di bilancio anno 2022).

I LEPS sono realizzati dagli ATS, che costituiscono la sede necessaria nella quale programmare, coordinare, realizzare e gestire gli interventi, i servizi e le attività utili al raggiungimento dei LEPS medesimi.

Vale la pena di sottolineare che non sono stati individuati i singoli comuni per l'attuazione dei LEPS relative alla non autosufficienza ma gli Ambiti Territoriali Sociali.

Professionalità coinvolte

Sulle figure professionali coinvolte nell'erogazione delle prestazioni relative all'assistenza domiciliare sociale non ci sono indicazioni.

Spetta alle Regioni, laddove lo ritengano opportuno, dare indicazioni sulla materia.

Costi per i destinatari

In genere viene richiesta una quota di compartecipazione alla spesa da parte degli utenti con esclusione dalla compartecipazione degli utenti che hanno un ISEE inferiore ad una quota predeterminata.

L'assistenza domiciliare sociale legata invece alle dimissioni protette da un ospedale o da una struttura residenziale è invece gratuita per l'utente, ma per un tempo definito.

Finanziamento

I LEPS relativi alla non autosufficienza sono finanziati attraverso il Fondo nazionale per le non autosufficienze, incrementato con ulteriori risorse. Il Fondo per le non autosufficienze è integrato per un ammontare pari a 100 milioni di euro per l'anno 2022, a 200 milioni di euro per l'anno 2023, a 250 milioni di euro per l'anno 2024 e a 300 milioni di euro a decorrere dall'anno 2025, persistendo comunque gli interventi a valere sul fondo per le non autosufficienze alle persone con disabilità gravissima. Tali maggiorazioni hanno portato il Fondo per le non autosufficienze a 865,3 milioni per il 2023, a 915,3 milioni per il 2024 e a 965,3 milioni per il 2024.

Si evidenzia che la graduale introduzione dei LEPS per le persone anziane non autosufficienti è inquadrata nell'ambito degli stanziamenti vigenti, incluse le integrazioni previste dalle leggi di bilancio.



Anziani: per non escluderli serve coniugare intervento pubblico e attività sussidiarie

Claudio Testuzza

Gli anziani sono il cuore di qualunque società. Sia nei paesi in via di sviluppo che nelle economie più avanzate, la loro saggezza accumulata durante le generazioni passate è fonte preziosa d'ispirazione. Il loro contributo alla comunità, come mentori capaci e consiglieri affidabili, non deve essere trascurato. Infatti dimostra quanto investano a livello emotivo nella vita delle persone intorno a loro. Tuttavia, gli anziani spesso si trovano a dover fare i conti con una serie di difficoltà legate alla vecchiaia e al compito di assicurare che dispongano degli strumenti necessari per affrontare tali situazioni.

L'invecchiamento demografico ha creato la necessità di esplorare i modi per invecchiare bene e immaginare politiche sociali per favorire la sicurezza, la partecipazione e la salute dei più anziani. Ma le condizioni dell'anzianità sono l'esito di corsi di vita eterogenei. Nell'esplorare i servizi offerti alla popolazione anziana autosufficiente di una città e le condizioni delle persone di età avanzata che la abitano, si deve valutare le criticità che possono prospettarsi a chi non declina, o non può o vuole declinare, la propria vecchiaia in modo conforme al modello proposto. Emergono così rischi di esclusione sociale, di amplificazione delle diseguaglianze e di discriminazione.

In accordo con il criterio stabilito dall'Assemblea mondiale sull'invecchiamento, tenuta a Vienna dalle Nazioni Unite nel 1982, si definisce come popolazione anziana, in prima approssimazione, quella composta dalle persone con 60 o più anni. Tradizionalmente, si fa coincidere l'inizio della vecchiaia con il compimento dei 65 anni. Tuttavia questa età ha un carattere puramente convenzionale e non è possibile stabilire precisamente un momento in cui si inizia a essere vecchi.

La popolazione ultrasessantacinquenne ammonta in Italia 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.

Nel 2022 la stima della speranza di vita alla nascita è di 80,5 anni per gli uomini e 84,8 anni per le donne. L'Italia è un paese di vecchi: 187 anziani per 100 giovani

Per gli anziani, la famiglia è un sostegno fondamentale in tutte le fasi della vita, dalla cura mentale alla salute fisica, dalle abitudini alimentari all'attività motoria o mentale. Inoltre, sono spesso proprio i membri della famiglia a fornire i principali contatti sociali. Tuttavia, è sempre meno presente l'apporto familiare. Le trasformazioni demografiche, il prolungarsi della vita attiva nel mercato del lavoro insieme all'accresciuta partecipazione delle donne, l'indebolimento del matrimonio nelle generazioni dei figli adulti e la maggiore esposizione alla vulnerabilità generata dalla precarietà lavorativa, ha profondamente mutato anche le condizioni di vita degli individui e la possibilità che gli adulti possano prendere in carico i bisogni dei più anziani.

La presa di coscienza della forza che gli anziani hanno a disposizione ha portato alla creazione di numerosi servizi dedicati, come i centri di assistenza, le strutture protette per anziani, i servizi di assistenza domiciliare h24 e molti altri progetti finalizzati ad agevolare lo svolgimento di una vita possibilmente più sicura e serena. È necessario, però a questo riguardo, un significativo intervento pubblico che valorizzi le iniziative sussidiarie già presenti a livello locale e nazionale. Attualmente, infatti, secondo gli ultimi dati Istat, il 75% delle strutture residenziali è affidato a privati e, tra questi, ben il 51% è composto da enti no-profit. È impensabile, quindi, affrontare la tematica senza tener conto delle forze in campo.

Per gli anziani che non sono più in grado di vivere in autonomia, la casa di riposo per anziani non autosufficienti rappresenta una possibile soluzione per garantire un ambiente sicuro, confortevole e ricco di stimoli. Le case di riposo per anziani non autosufficienti si devono basare su un modello di assistenza individualizzato, che tenga conto delle specifiche esigenze e fragilità di ogni ospite e offra un'ampia gamma di servizi sanitari e riabilitativi, per assicurare il continuo monitoraggio delle condizioni di salute e la continuità delle cure in base alle necessità specifiche di ogni persona.

Ma in verità gli anziani, specialmente i non autosufficienti, sono la categoria più dimenticata perché non hanno alcun modo per manifestare pubblicamente la loro condizione. Sono rinchiusi nelle case e dimenticati dalla sfera pubblica.

Sul territorio le associazioni e gli enti laici o religiosi sono variamente impegnati a fronteggiare situazioni di difficoltà attraverso sostegni economici in caso di spese straordinarie o per problemi di salute che non sono coperti dal sistema sanitario.

In particolare per problemi odontoiatrici od oculistici o ancora per il sostegno alle spese di ticket per visite specialistiche, e infine con servizi di domiciliarità leggera di supporto allo svolgimento della vita quotidiana. Tra questi, un intervento richiesto dai destinatari e offerto da quasi tutti gli attori del Terzo settore è l'accompagnamento, che prevalentemente ha la forma di un servizio al singolo per una visita medica o svolgere pratiche e fare richiesta di documenti in vari uffici.

<https://www.sanita24.ilsole24ore.com/art/aziende-e-regioni/2024-05-03/anziani-non-escluderli-serve-coniugare-intervento-pubblico-e-attivita-sussidiarie-111054.php?uuid=AFXvtpaB&cmpid=nlqf>



Istat: il 22,8% popolazione rischia la povertà nel 2023, il 4,7% in grave deprivazione

di Radiocor Plus

Nel 2023, il 22,8% della popolazione è a rischio di povertà o esclusione sociale: valore in calo rispetto al 2022 (24,4%) a fronte di una riduzione della quota di popolazione a rischio di povertà, che si attesta al 18,9% (da 20,1% dell'anno precedente), e di un lieve aumento della popolazione in condizione di grave deprivazione materiale e sociale (4,7% rispetto al 4,5%).

Lo rileva Istat. Nel 2022, il reddito medio delle famiglie (35.995 euro) aumenta in termini nominali (+6,5%), mentre segna una netta flessione in termini reali (-2,1%), considerata la forte accelerazione dell'inflazione nell'anno; il reddito totale delle famiglie più abbienti è 5,3 volte quello delle famiglie più povere (era 5,6 nel 2021). La riduzione del reddito mediano a prezzi costanti nel 2022, secondo Istat, e il reddito familiare mediano a prezzi costanti è di 25.276 euro (2.106 euro al mese).

Istat rileva una contrazione del 4,2% del reddito reale nel Nord-ovest (-1,1% nel Nord-est e -1,2% nel Mezzogiorno). Sono 7,8 milioni i percettori di assegni per carichi familiari, con un importo medio nel 2022 di 1.930 euro. A livello regionale si osserva una riduzione del rischio di povertà o esclusione sociale nel 2023 in Piemonte, Liguria, Emilia Romagna e Campania; diminuisce in Lombardia con una riduzione marcata degli individui in famiglie a bassa intensità di lavoro ma con un aumento della grave deprivazione. In Calabria si rileva un peggioramento e aumenta la grave deprivazione.

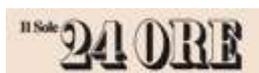
L'incidenza del rischio di povertà si riduce per tutte le tipologie familiari e in particolare per gli individui che vivono in famiglie con quattro componenti (21,8% rispetto al 24,8% del 2022) e per le coppie con due figli (20,6% rispetto a 23,4% del 2022) e con un figlio (19% rispetto a 21,3%) che hanno beneficiato dell'Assegno unico universale.

Nelle famiglie numerose aumentano gli individui in condizione di bassa intensità di lavoro, in particolare se vi sono cinque e più componenti (6,6% rispetto a 5,1% del 2022) e in caso di coppie con tre o più figli (6% rispetto al 3,5%).

Il rischio di povertà rimane alto per coloro che possono contare principalmente sul reddito da pensioni e/o trasferimenti pubblici (31,6%), diminuisce per coloro che vivono in famiglie in cui la fonte principale di reddito è il lavoro dipendente (15,8% rispetto al 17,2% del 2022).

Peggiora per gli coloro che hanno come fonte principale il reddito da lavoro autonomo (22,3% rispetto al 19,9% nel 2022). Il rischio di povertà si riduce per gli individui in famiglie con solo italiani e aumenta per i componenti delle famiglie con almeno un cittadino straniero (40,1% rispetto al 39,6% del 2022).

<https://www.sanita24.ilsole24ore.com/art/dal-governo/2024-05-07/istat-228percento-popolazione-rischia-poverta-2023-47percento-grave-deprivazione-173621.php?uuiid=AFUFAjbB&cmpid=nlqf>



Il Long Covid raddoppia i ricoveri e produce ulteriori decessi: 4.200 le morti stimate a sei mesi dall'infezione

Istituto superiore di sanità

L'impatto del Long Covid sullo stato di salute si sta mostrando rilevante dal punto di vista del Servizio sanitario nazionale, con il rischio di nuovo ricovero o di visite mediche che raddoppia in chi ha avuto l'infezione e oltre 4,200 morti stimate proprio a causa degli effetti a distanza di mesi dell'infezione acuta. A fare il punto, il convegno organizzato per il 22 maggio presso l'Istituto superiore di sanità a conclusione del progetto del ministero della Salute coordinato dall'Iss "Analisi e strategie di risposta agli effetti a lungo termine dell'infezione Covid-19".

«È importante – afferma Graziano Onder, coordinatore del progetto - incrementare le conoscenze e uniformare l'approccio al trattamento del Long Covid, assicurare una forte coesione tra tutti gli stakeholder, raccogliere le esperienze territoriali e promuovere l'utilizzo di linguaggi e strumenti comuni nella risposta e nel contrasto alla pandemia, in considerazione del numero importante di persone colpite da Covid-19 che presentano, a distanza di settimane e mesi dal termine dell'infezione acuta, un complesso eterogeneo di manifestazioni cliniche subacute e croniche che precludono un pieno ritorno al precedente stato di salute».

Gli studi

Secondo studi recenti fino al 45% di chi sopravvive a un'infezione da Sars-CoV-2 ha esperienza di almeno un sintomo non risolto dopo 4 mesi, con una prevalenza più alta in chi è stato ricoverato. Le dimensioni del fenomeno Long Covid sono state valutate in pazienti residenti nelle regioni Friuli Venezia Giulia, Toscana e Puglia su oltre 7 milioni di assistiti.

I risultati hanno mostrato che, in chi ha contratto il Covid-19, il numero di nuovi ricoveri ospedalieri e di visite mediche nei 6 mesi seguenti l'infezione è raddoppiato come conseguenza del Long-Covid e il numero di prestazioni diagnostiche triplicato.

Secondo i dati elaborati congiuntamente da Iss e Istat, presentati sempre al convegno, inoltre 2020 e 2021 sono stati registrati 4.752 decessi associati a questa condizione.

Il progetto

Il progetto, iniziato nel dicembre 2021, è coordinato da Graziano Onder e coinvolge Ars Toscana, AReSS Puglia, Azienda Sanitaria Universitaria Friuli Centrale, Rete delle Neuroscienze e Neuroriabilitazione (rete degli Irccs), Rete Aging (rete degli Irccs), Associazione Rete Cardiologica (rete degli Irccs), Università Cattolica del Sacro Cuore.

Scopo del convegno è presentare i risultati del progetto, articolati in varie attività fra cui la definizione dello spettro clinico e delle dimensioni del problema Long Covid, la produzione di raccomandazioni cliniche per l'assistenza ai pazienti Long Covid, la disseminazione di informazioni e la formazione sul tema, e la definizione di una rete nazionale di centri di assistenza clinica.

Il progetto svolge attività di diffusione di informazioni attraverso il sito Iss. Sul sito sono anche disponibili i risultati di un censimento dei centri clinici di assistenza a Long Covid sul territorio nazionale, che ha raccolto informazioni su numero, caratteristiche e distribuzione dei centri, tipologia di assistenza fornita e organizzazione dei servizi, mostrando che la maggioranza dei centri dispongono di competenze multidisciplinari, buona integrazione con le cure primarie e l'uso di tecnologie e strumenti multidimensionali.

L'elenco dei centri attivi è disponibile sul sito Iss ed è stato aggiornato a gennaio 2024.

Le attività di diffusione e formazione hanno inoltre incluso 3 webinar e il corso Fad “

Il Long Covid: un nuovo scenario clinico” su piattaforma Eduiss, a cui hanno partecipato oltre 14000 partecipanti.

<https://www.sanita24.ilsole24ore.com/art/dal-governo/2024-05-21/il-long-covid-raddoppia-ricoveri-e-produce-ulteriori-decessi-4200-morti-stimate-sei-mesi-dall-infezione-153756.php?uuiid=AFEqUTfB>

Veneto/ Anziani non autosufficienti, parte la riforma dei servizi basata sul case-mix

Prende il via in Veneto una grande operazione di rinnovo e potenziamento dei servizi per l'assistenza alle persone anziane non autosufficienti nei Centri Servizi, sostenuta da risorse aggiuntive stanziata dalla Regione pari a 60 milioni in tre anni (2024-2026).

Con una delibera approvata il 2 maggio su proposta dell'assessore alla Sanità e Sociale, si è infatti concluso l'iter, iniziato a marzo, che ha visto esprimersi sul testo del provvedimento tutti gli Organismi competenti, Organismo tecnicamente accreditante, Commissione permanente per la programmazione sociosanitaria, Quinta Commissione del Consiglio regionale.

“Il provvedimento - comunica la Regione - dà applicazione sperimentale a obiettivi da tempo inseriti nella programmazione regionale e, nello specifico, relativi all'introduzione della metodica di budget per la gestione dei servizi accreditati e della definizione della complessità assistenziale sulla base di un case mix costruito come aggregazione dei bisogni assistenziali degli ospiti su 3 raggruppamenti omogenei.

«Introducendo il case mix – dice l'assessore – puntiamo a migliorare la risposta alle demenze puntando a una platea di oltre diecimila persone accolte nei Centri Servizi Residenziali per persone di norma anziane non autosufficienti. Sono numeri mai raggiunti prima, basti pensare che fino a due anni fa la platea coinvolta era di circa quattromila persone con un riconoscimento economico di 56 euro al giorno. Grazie alla sperimentazione per questa assistenza saranno disponibili 57,20 euro al giorno». Per verificare nel merito ogni dettaglio tecnico di questa sperimentazione si procederà con un “nucleo pilota” composto da 27 Enti gestori (non più di tre per Ullss), con i quali dal primo luglio al 30 settembre 2024 verrà simulata l'applicazione del nuovo modello di budget.

Con una lettera inviata alle Ulss, la Regione ha già trasmesso le indicazioni operative per attivare le procedure di evidenza pubblica necessarie a definire il “nucleo pilota” promuovendo una raccolta di candidature presso ogni Azienda, che possa portare a una definizione puntuale e trasparente del gruppo che per primo testerà sul campo i modelli operativi, «con l'obiettivo – specifica l'assessore – che dal 2025 essi siano utilizzati da tutti».

Alle Direzioni Generali è richiesto di “cogliere appieno lo spirito dell'investimento sulla qualità dell'assistenza e la sperimentazione, valorizzando al meglio il processo di negoziazione tra le parti, Aziende Ullss ed Enti Gestori, per sviluppare al massimo il potenziale delle ingenti risorse aggiuntive e validare poi i migliori risultati assistenziali, che saranno puntualmente monitorati durante la sperimentazione e posti alla base di qualsiasi decisione sulla messa a regime dell'intero sistema”.

<https://www.sanita24.ilsole24ore.com/art/aziende-e-regioni/2024-05-10/veneto-anziani-non-autosufficienti-parte-riforma-servizi-vbasata-case-mix-135550.php?uuid=AFSbiVcB&cmpid=nlqf>

Riforma non autosufficienza: tradimenti e rinvii

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

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

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

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

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

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

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

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

Assistenza domiciliare, assistenza semiresidenziale e residenziale: riforma rinviata

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

Anche gli obiettivi della Legge delega per l'**assistenza residenziale e semiresidenziale** erano due: la revisione degli standard di personale per adeguarli (aumentarli) alle necessità degli anziani e la revisione dei requisiti strutturali per realizzare ambienti di vita amichevoli, familiari, sicuri (più riservatezza negli spazi privati

e più spazi per la vita di relazione). Anche in questo caso non c'è stata l'attuazione della Legge delega; tutto rinviato ad un successivo decreto.

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

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

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

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

Lo schema di Decreto Legislativo prevede solo la parte "comoda": la ricognizione. Del riordino e quindi degli sgravi fiscali non se ne parla. Ed anche l'altro aspetto quello relativo agli standard formativi delle badanti (dalla quale si svilupperanno poi i corsi ed i registri regionali) viene rinviato a delle successive linee guida. Insomma, anche qui non c'è l'attuazione.

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

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

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

<https://www.luoghicura.it/sistema/programmazione-e-governance/2024/02/riforma-non-autosufficienza-tradimenti-e-rinvii/>

Franco Basaglia 100 (3)

Pier Aldo Rovatti, Rosy Bindi e Gianni Tognoni

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.

Pier Aldo Rovatti, filosofo.

Grazie Basaglia

Abbiamo creato un muro di silenzio, o meglio di parole retoriche che ci servono per celebrare l'opera di Franco Basaglia. È ormai lontano dalla psichiatria attuale, insieme è talmente vicino al nostro disagio sociale e ai bisogni che ne nascono da risultare, con il suo pensiero e le sue pratiche, un'eredità in grado di portare ancora luce nella penombra che sta avvolgendoci. Perché questo accada dovremmo però intenderci su ciò che contiene il ringraziamento che gli dobbiamo oggi e che probabilmente dovremo mantenere molto a lungo.

In poche battute sembra improprio dar conto del contenuto di un "grazie" che non si esaurirà tanto presto: dire che Basaglia ha trasformato l'idea di salute mentale in un impegno che riguarda ciascuno di noi, abitanti di un presente asfittico e declinante in esperienze vecchie e vuote, è solo l'inizio di un processo critico da rimettere in piedi, un'autocritica che ha a che fare con il modo generalizzato di fraintendere la nostra soggettività.

Dieci anni fa ho intitolato un saggio collettivo, che nasceva da un corso di lezioni tenuto all'università di Trieste, "Restituire la soggettività". Forse questo titolo è la cosa migliore di tutto il libro perché, più passa il tempo, più mi convinco che Basaglia parlava a ciascuno di noi avvertendoci che siamo stati derubati proprio del senso e della pratica dell'essere dei soggetti, in una prospettiva che non conosce solo il disagio mentale ma ha a che fare con un qui e ora complessivo che ogni giorno diventa più minaccioso.

Chi pensa di essere "sano" e perciò crede di stare fuori dalla mischia, si illude a proprio rischio: il disagio mentale (insomma la "follia") – ci avverte Basaglia – appartiene a tutti e nessuno può credere di spostarlo fuori di sé, anzi è solo lavorandoci su che possiamo tentare di uscire dalla fanghiglia in cui viviamo e "restituire" a noi stessi una soggettività che si è talmente sbiadita da diventare quasi irriconoscibile. Basaglia lancia un messaggio preoccupante, avvertendoci che la salute mentale non è un problema che possiamo lasciare da parte, ma è il nostro problema, nessuno escluso.

Rosy Bindi, politica ed ex parlamentare

Realista e visionario, Franco Basaglia è stato protagonista di una rivoluzione che ha messo in discussione la violenza e il classismo del manicomio e ha profondamente segnato la cultura medica e la società italiane della seconda metà del Novecento. Ha liberato la follia dallo stigma che accompagnava i matti, con il suo corollario di controllo sociale e indicato un nuovo modo di concepire la malattia, la cura e la salute. Tutto il lavoro di Basaglia è teso a restituire dignità alla persona malata e a rispondere alla sofferenza con un approccio terapeutico che punta all'inclusione sociale.

Abbatte le mura dei manicomi non significa negare la follia, al contrario richiede una stringente assunzione di responsabilità collettiva. È questo lo spirito della legge 180 che raccoglie sul piano legislativo le pratiche di deistituzionalizzazione di Basaglia. E grazie alla 833 la salute mentale entrerà nella rete dei servizi territoriali del SSN.

A cento anni dalla nascita, l'orizzonte di libertà e responsabilità delineato da Basaglia continua a sfidarci. Il superamento degli ex Op non è stato accompagnato da un adeguato investimento, politico e culturale nella medicina di comunità.

La privatizzazione della sanità pubblica in atto da tempo ha impoverito e via via dequalificato i servizi territoriali e la presa in carico dei bisogni di salute. E si torna a parlare di devianze, si moltiplicano le forme di segregazione e istituzionalizzazione: le carceri, le residenze sanitarie per anziani non autosufficienti, i centri di rimpatrio per i migranti.

Questo centenario inizia mentre si conclude il centenario della nascita di don Lorenzo Milani.

Entrambi hanno affermato i diritti di degli ultimi e degli scartati. Entrambi hanno praticato la disobbedienza culturale, civile e non violenta a un potere ingiusto che provocava emarginazione. Entrambi hanno ispirato leggi e pratiche più giuste e solidali nella sanità, nella scuola, nell'inclusione degli stranieri. Entrambi lasciano un'eredità preziosa che non dobbiamo disperdere.

Gianni Tognoni, epidemiologo, segretario generale del Tribunale Permanente dei Popoli, Roma

Viviamo un tempo molto simile, anche se capovolto, al tempo della intuizione fondamentale di Basaglia, allo stesso tempo politica, culturale, e rigorosamente metodologica.

La psichiatria è, come allora, confine tra una sanità-medicina ed una società-cultura sociale in trasformazione profonda: le 'conoscenze' strettamente tecniche a disposizione sono le stesse. Per confrontarsi sulla attualità di Basaglia occorre confrontarsi con il capovolgimento del contesto.

Allora, con tutte le contraddizioni, la trasformazione era 'progetto di cambiamento di paradigma': oggi viviamo il tempo di arrivo ed espressione di un lungo degrado delle 'regole' di un progetto democratico senza orizzonti.

In questo contesto la psichiatria ritrova, simbolicamente e concretamente, il ruolo di indicatore di una società di inclusione o di espulsione rispetto a tutto ciò che minaccia le "regole": dalle malattie non riconducibili a tecnologie e prestazioni economicamente sostenibili, a tutte le disabilità produttive per qualsiasi causa, ai tanti 'migranti', nazionali e no, da tutte le 'diversità' ed esclusioni.

L'attualità di Basaglia è molto semplice: solo una negazione dell'istituzione può restituire la visibilità alla priorità delle persone, non firmando mai la legalità di violare la dignità e l'autonomia: la psichiatria non può essere scusa di crimini di pace, mascherati ed impuniti.

Praticare la metodologia Basaglia in tempi di 'amministrazioni' specializzate in 'contenzione' di persone non è per nulla facile. Anzi è forse impossibile. Diventa perciò ancor più urgente ricominciare almeno a ricordarla come attuale, opportunamente declinata, in modo flessibile, diversificato.

E il modo più sicuro ed immediato (ed è il mio ultimo ricordo di/con Basaglia) è quello di una epidemiologia delle persone e delle loro vite: nessuna esclusa: dei 'primi casi', dei 'non responders', degli 'unmet needs'....La cura è parola fuorviante, se non coincide, nei singoli servizi, con la documentazione, trasparente, condivisa, soprattutto di quanto NON si riesce a fare, e che necessita di habeas corpus.

<https://www.saluteinternazionale.info/2024/05/franco-basaglia-100-3/>



Il diritto alla casa

8 Maggio 2024

The Lancet

La casa come fondamentale determinante sociale di salute. Rendere l'edilizia abitativa un intervento prioritario di sanità pubblica è un imperativo morale. La salute delle nostre comunità dipende da questo (1).

Il fatto che le nostre case siano indissolubilmente legate alla nostra salute non è una novità. "Si sarebbe potuto immaginare che la scienza e il buon senso avrebbero alla fine apprezzato l'importanza di tali considerazioni" si legge in [una lettera su alloggio e salute](#), pubblicata su The Lancet nel 1922.

L'accesso a un alloggio adeguato è riconosciuto come un diritto umano fondamentale previsto dalla legge. Perché allora continuiamo a permettere che così tante persone vivano in condizioni abitative insalubri?

La Divisione Statistica delle Nazioni Unite ha stimato che nel 2022 più di 1 miliardo di persone vivevano in baraccopoli urbane o in condizioni simili a slum, e si prevede che questa cifra triplicherà entro il 2050. [L'Adequate Housing Index della Banca Mondiale](#) mette in luce forti disparità, con un terzo delle case in paesi delle economie emergenti che non riescono a soddisfare gli standard di adeguatezza.

L'urgenza di raggiungere l'Obiettivo di Sviluppo Sostenibile 11.1 – garantire a tutti l'accesso ad alloggi adeguati, sicuri e convenienti entro il 2030 – è chiara, ma siamo ben lontani dall'obiettivo.

Sappiamo che un'abitazione insalubre è correlata a scarsi risultati in termini di salute.

Una [revisione sistematica](#) ha rilevato che i miglioramenti abitativi, quali: garantire un'adeguata ventilazione, il controllo dell'umidità, riscaldamento-raffreddamento e isolamento per mitigare l'umidità, la muffa, l'inquinamento dell'aria interna e l'esposizione a temperature estreme riducono il rischio di malattie respiratorie, malattie cardiovascolari, cancro e problemi di salute mentale.

Le condizioni abitative insalubri non sono una caratteristica esclusiva delle economie emergenti. In [Belgio](#), tra il 1991 e il 2020, gli alloggi inadeguati sono stati associati a quasi un decesso su cinque.

I problemi abitativi colpiscono in modo sproporzionato le popolazioni vulnerabili, perpetuando le disuguaglianze sanitarie tra genere, razza, etnia, esproprio e disabilità. Nel 2021, il 53% degli [Inuit](#) che vivevano nel Nunavut, un remoto territorio settentrionale del Canada, viveva in abitazioni affollate, con casi di famiglie di otto persone che condividevano un'unità con due camere da letto.

Sebbene le [Linee guida dell'OMS su alloggi e salute](#) promuovano alloggi adeguati per migliorare la salute, molti governi sono lenti ad agire.

Nonostante l'evidenza, il miglioramento degli alloggi è raramente una priorità nei ragionamenti sulla salute pubblica globale. I vincoli finanziari spiegano senza dubbio l'inazione in alcuni contesti: costruire e mantenere alloggi sicuri richiede impegno e investimenti a lungo termine. Inoltre, permangono lacune sostanziali nella disponibilità dei dati, che ostacolano una completa comprensione della portata del problema e impediscono lo sviluppo di adeguate politiche. Una parte dell'inazione deriva da una semplice mancanza di volontà politica. I governi che hanno dato priorità all'edilizia abitativa hanno riscontrato benefici rapidi e profondi.

L'approccio [finlandese Housing First](#), ad esempio, fornisce piccoli appartamenti a persone con problemi finanziari, di salute mentale e di dipendenza, e ne garantisce la manutenzione.

Questo approccio ha ridotto il numero dei senzatetto a lungo termine del 71% tra il 2008 e il 2020 e di conseguenza ha comportato un minor numero di visite di emergenza, ricoveri ospedalieri e degenze ospedaliere più brevi tra i destinatari. Chiaramente, gli investimenti a lungo termine nell'edilizia abitativa rappresentano un efficace intervento di sanità pubblica.

Le filosofie basate sui diritti sono alla base di tali interventi. Per promuovere il rispetto del diritto all'alloggio per tutti, nell'agosto 2023, il [Relatore speciale delle Nazioni Unite sul diritto a un alloggio adeguato](#) ha chiesto un'azione urgente per affrontare il problema dei senzatetto e degli alloggi inadeguati in tutto il mondo, sottolineando la necessità di politiche globali, maggiori finanziamenti e un approccio basato sulla tutela dei diritti umani. Sarà essenziale lo sviluppo di un forte coordinamento tra i vari settori – sanità pubblica, assistenza sanitaria, politiche della casa e organizzatori della comunità. I decisori politici devono rendere l'accesso ad alloggi adeguati un determinante chiave della salute e considerare l'alloggio come un intervento fondamentale di sanità pubblica.

Gli operatori sanitari hanno un ruolo fondamentale da svolgere. Sebbene esistano approcci di screening per aiutare a identificare l'instabilità abitativa, mancano strumenti di valutazione delle cattive condizioni abitative.

Lo sviluppo di queste strategie consentirebbe agli operatori sanitari di individuare alloggi insalubri insieme alla valutazione di altri determinanti sanitari, come il fumo e l'uso di sostanze, e di collegare i pazienti a sistemi e risorse.

L'accesso a un alloggio adeguato e affidabile facilita la continuità delle cure e consente alle persone di salvaguardare e dare priorità alla propria salute e al proprio benessere e a quello delle proprie famiglie.

In quanto diritto umano, l'alloggio richiede una maggiore priorità. Il sostegno, anche da parte del settore medico e della sanità pubblica, deve guidare un cambiamento sistemico.

Con la popolazione urbana destinata a più che raddoppiare entro il 2050, unita all'aumento dei costi abitativi, al peggioramento dei cambiamenti climatici, ai conflitti in corso e ai disastri naturali, la necessità di alloggi adeguati continuerà a crescere, ampliando le disuguaglianze sanitarie.

Rendere l'edilizia abitativa un intervento prioritario di sanità pubblica non rappresenta solo un'opportunità fondamentale, ma un imperativo morale.

La salute delle nostre comunità dipende da questo.

<https://www.saluteinternazionale.info/2024/05/il-diritto-alla-casa/>



lavoce.info

MERCOLEDÌ 15 MAGGIO 2024

Politiche di coesione: cruciali, ma interessano poco

Ugo Fratesi

Le elezioni europee si avvicinano, ma in Italia nessuno discute del futuro delle politiche europee per la coesione territoriale, benché abbiano un peso notevole per le regioni. Servirà avere una posizione chiara su obiettivi che appaiono contrastanti.

Alle politiche di coesione va un terzo del budget Ue

A poche settimane dalle elezioni europee c'è un tema molto rilevante per il nostro paese che viene trascurato nel dibattito politico, quello delle politiche per la coesione territoriale, le cui decisioni a riguardo saranno prese dal nuovo Parlamento Ue e dalla nuova Commissione.

Sono politiche particolarmente rilevanti non solo perché finora hanno rappresentato circa un terzo del budget Ue, ma in quanto l'Italia ne è, in termini di volume, il secondo beneficiario dopo la Polonia, con un ammontare di risorse nella programmazione 2021-2027 di 74 miliardi di euro (di cui 42 di contributo comunitario, si veda la tabella 1).

Nel caso del nostro paese, le risorse sono in maggior parte rivolte alle regioni del Mezzogiorno, ma sono in grado di incidere significativamente nelle altre regioni, anche attraverso meccanismi istituzionali.

Tabella 1 - Stanziamenti iniziali della politica di coesione 2021-2027 in Italia

	Contributo dell'Unione	Contributo nazionale	Totale
Piani nazionali, di cui:	14'763'528'317	10'811'835'327	25'575'363'644
Regioni meno sviluppate	12'462'981'195	7'302'914'643	19'765'895'838
Regioni in transizione	327'073'145	501'609'718	828'682'863
Regioni più sviluppate	1'973'473'977	3'007'310'966	4'980'784'943
Piani regionali, di cui:	27'416'005'502	21'075'960'234	48'491'965'736
Regioni meno sviluppate	18'654'482'725	8'154'128'930	26'808'611'655
Regioni in transizione	1'201'306'036	1'581'506'187	2'782'812'223
Regioni più sviluppate	7'560'216'741	11'340'325'117	18'900'541'858
Totale complessivo	42'179'533'819	31'887'795'561	74'067'329'380

Fonte: calcoli dell'autore a partire dall'accordo di partenariato

Due rapporti tracciano le linee guida

Alcuni paesi (per esempio, la Grecia, principalmente beneficiario, e la Germania, che è uno dei principali contributori) hanno da tempo avviato iniziative di studio e interazione tra politici e ricercatori al fine di porre le basi per una loro posizione nella negoziazione. In Italia il dibattito avviene principalmente con [singoli eventi](#).

A livello europeo, sono stati recentemente pubblicati due rapporti. Il primo, [dell'High-Level Group on the Future of Cohesion Policy](#) è esplicitamente normativo, finalizzato a dare indicazioni su come realizzare le politiche di sviluppo regionale in futuro, e scritto da un comitato scelto dalla Commissione europea ma formalmente indipendente.

Il secondo è l'ultima edizione (la nona) del corposo rapporto sulla coesione che, in nove capitoli tematici, analizza lo stato della coesione territoriale in Europa in tutti i suoi aspetti.

Nei due rapporti emergono una serie di suggerimenti, tra cui focalizzare le politiche per la coesione sul loro ruolo principale di fonte per investimenti per lo sviluppo di tutti i territori; l'idea di superare la vecchia allocazione di risorse in base al Pil pro capite, investendo molto anche aree che, pur non povere, si trovano in declino o in "middle-income trap"; mantenimento e potenziamento [dell'approccio place-based](#) (ovvero basato sui luoghi); miglioramenti nell'implementazione, come la semplificazione delle procedure, un uso più ampio e attento della valutazione; il coordinamento con le altre politiche Ue; la questione demografica e l'ulteriore allargamento.

Gli obiettivi contrastanti

Nei rapporti e nel dibattito viene sottovalutato il fatto che, prima di chiedere ai tecnici di disegnare nel modo migliore le politiche di coesione, bisogna chiedersi se vanno fatte, per quale motivo e, soprattutto, se ci sono conflitti tra i vari obiettivi (tutti elementi a cui chi scrive ha dedicato vari capitoli di un suo [recente volume](#)).

L'Ue si è data, nel corso del tempo, una serie di obiettivi il cui impatto indiretto era in contrasto con l'ambizione di migliorare la coesione territoriale e che quindi hanno richiesto nuovi strumenti. Così era stato per la creazione del mercato unico, accompagnata dalla riforma ed espansione della politica di coesione, per la valuta comune, accompagnata dalla creazione del [Cohesion Fund](#), dedicato agli stati più deboli. Più di recente, il Green Deal ha visto la creazione del [Just Transition Fund](#) destinato ai luoghi che subiscono in modo particolare la transizione verde, pur con una dotazione di fondi decisamente limitata (19 miliardi di euro).

La questione è che molti degli attuali obiettivi e delle sfide che l'Ue si dà non sono a costo zero in termini di coesione territoriale. Investire sulle nuove tecnologie digitali difficilmente premierà le regioni più deboli che sono meno attrezzate per il loro uso e che comunque, nella maggior parte dei casi, sono utilizzatrici incapaci di svilupparle, per cui non sono in grado di acquisirne i maggiori vantaggi.

Nella transizione green, le regioni più deboli sono più vulnerabili al cambiamento climatico e meno capaci di finanziare le misure di mitigazione e, normalmente, sono anche quelle più colpite dai provvedimenti di riduzione delle emissioni. Per esempio, le misure sono più difficili da attuare quando la specializzazione produttiva è tradizionale ed energivora o l'assetto territoriale è meno concentrato rispetto alle città, dove è più facile rinunciare al mezzo privato.

Le analisi sugli impatti delle politiche di coesione hanno poi dimostrato che ci sono molti fattori territoriali che condizionano la loro efficacia, il che implica che la politica sia più o meno efficace a seconda della specifica situazione dei luoghi.

Tra questi fattori, è fondamentale quello della capacità amministrativa delle regioni che le attuano e che, secondo gli indicatori, è carente proprio nelle aree deboli, dove ce ne sarebbe più bisogno.

L'aumento delle disparità tra regioni all'interno dei paesi e all'interno delle regioni sembra inoltre mostrare che, anche con politiche place-based, non è automatico riuscire a colmare i differenziali perché, anche se è vero che tutte le regioni hanno potenziali inespressi, quelle deboli sono meno in grado di sfruttarli e i potenziali non sono uguali per tutti.

Non è poi detto che l'obiettivo di ridurre i differenziali territoriali nell'Unione sia totalmente compatibile con l'obiettivo di aumentare la crescita economica. Si sono quindi alzate voci in favore di un più massiccio uso di approcci come quello della **Recovery and Resilience Facility** (Rrf, il cappello europeo del Pnrr) che pone in prima linea le tecnologie, le industrie (e gli stati), senza molto riguardo per le regioni e che, quindi, può risultare in una maggiore concentrazione delle attività economiche (nonostante clausole di salvaguardia come quella per il Mezzogiorno nel Pnrr).

La politica italiana in vista delle elezioni

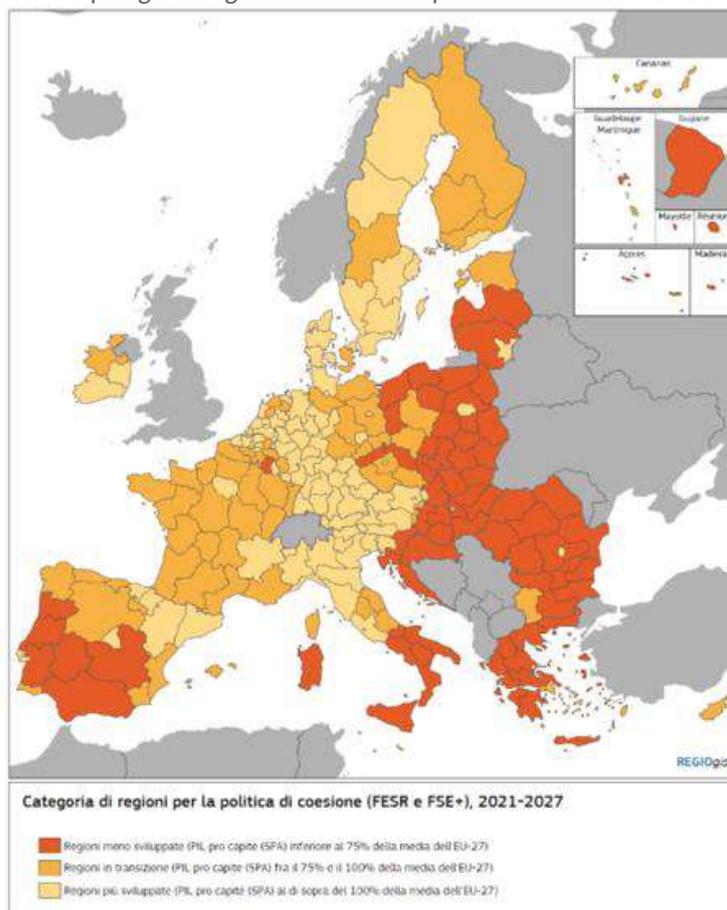
La questione aperta per la politica italiana, in queste settimane pre-elezioni, è quindi quale sarà la posizione del nostro paese nel prossimo negoziato che, come sempre, coinvolgerà il Consiglio (ovvero i governi nazionali), il Parlamento europeo e la Commissione europea (la cui nomina richiede il voto del Parlamento europeo).

È ingenuo pensare che i tecnici siano in grado di conciliare tutti gli obiettivi. Quali obiettivi saranno quindi considerati prioritari dall'Italia? I nostri rappresentanti spingeranno perché la coesione abbia più fondi o meno? Spingeranno perché lo sviluppo passi da procedure multi-livello che coinvolgono le regioni o centralizzate a livello nazionale? Quali obiettivi saranno considerati prioritari tra i tanti possibili?

Anche un paese grande come l'Italia diventerebbe irrilevante nelle scelte senza avere sviluppato una chiara e argomentata posizione che stabilisca le priorità, nell'interesse sia nazionale che europeo.

Lo sviluppo di una posizione, peraltro, richiede tempo e dibattito, e sarebbe auspicabile che questo avvenisse in modo trasparente nei confronti dei cittadini e con sufficiente anticipo per potere incidere.

Figura 1 – Tipologie di regioni italiane nella politica di coesione 2021-2027



Fonte: Ottavo rapporto sulla coesione, (Ue 2022)

Tre epoche dell'intelligenza artificiale in sanità

Michael D. Howell, Greg S. Corrado, Karen B. DeSalvo,

JAMA. 2024;331(3):242-244. doi:10.1001/jama.2023.25057

Astratto

Importanza L'interesse per l'intelligenza artificiale (AI) ha raggiunto il massimo storico e i leader sanitari di tutto l'ecosistema si trovano ad affrontare domande su dove, quando e come implementare l'intelligenza artificiale e su come comprenderne i rischi, i problemi e le possibilità.

Osservazioni Sebbene il concetto di intelligenza artificiale esista fin dagli anni '50, l'intelligenza artificiale non è tutta uguale. Le capacità e i rischi dei vari tipi di IA differiscono notevolmente e dall'esame emergono 3 epoche di IA. L'intelligenza artificiale 1.0 include l'intelligenza artificiale simbolica, che tenta di codificare la conoscenza umana in regole computazionali, nonché modelli probabilistici. L'era dell'intelligenza artificiale 2.0 è iniziata con il deep learning, in cui i modelli imparano da esempi etichettati con verità fondate. Quest'era ha portato molti progressi sia nella vita quotidiana delle persone che nell'assistenza sanitaria. I modelli di deep learning sono specifici per attività, nel senso che fanno una cosa alla volta e si concentrano principalmente sulla classificazione e sulla previsione. L'AI 3.0 è l'era dei modelli di base e dell'intelligenza artificiale generativa. I modelli nell'AI 3.0 hanno capacità fundamentalmente nuove (e potenzialmente trasformative), così come nuovi tipi di rischi, come le allucinazioni. Questi modelli possono eseguire molti tipi diversi di attività senza dover essere riqualificati su un nuovo set di dati. Ad esempio, una semplice istruzione di testo modificherà il comportamento del modello. Suggerimenti come "Scrivi questa nota per un consulente specialista" e "Scrivi questa nota per la madre del paziente" produrranno contenuti nettamente diversi.

Conclusioni e rilevanza I modelli di base e l'intelligenza artificiale generativa rappresentano un'importante rivoluzione nelle capacità dell'intelligenza artificiale, offrendo un enorme potenziale per migliorare l'assistenza. Oggi i leader del settore sanitario prendono decisioni sull'intelligenza artificiale. Sebbene qualsiasi euristica ometta dettagli e perda sfumature, il quadro dell'IA 1.0, 2.0 e 3.0 può essere utile ai decisori perché ogni epoca ha capacità e rischi fundamentalmente diversi.

Introduzione

L'interesse per l'intelligenza artificiale (AI) ha raggiunto il massimo storico, sia che si tratti di pubblicazioni accademiche, copertura stampa o interesse dei consumatori. I leader del settore sanitario in tutto l'ecosistema si trovano ad affrontare domande su dove, quando e come implementare l'intelligenza artificiale e su come comprenderne i rischi, i problemi e le possibilità.

L'intelligenza artificiale non è tutta la stessa cosa

Le capacità e i rischi dei vari tipi di IA differiscono notevolmente. Proprio come raggruppare insieme infezioni batteriche e virali quando si elabora un piano di trattamento potrebbe portare a una risposta clinica sbagliata, raggruppare insieme diversi tipi di intelligenza artificiale può portare i decisori sanitari sulla strada sbagliata. Un quadro semplice e pragmatico di 3 epoche di IA può aiutare i decisori a comprendere i punti di forza, di debolezza e le sfide dei diversi tipi di IA in questo momento di cambiamento tecnologico ([Figura](#)).

AI 1.0: AI simbolica e modelli probabilistici

Nel corso dei suoi primi 50 e più anni, la maggior parte dell'intelligenza artificiale si è concentrata sulla codifica della conoscenza umana in regole nelle macchine. Si può pensare a questo come a tante, tante regole se-allora o alberi decisionali. Questa IA simbolica ha ottenuto risultati notevoli, come Deep Blue di IBM, che ha sconfitto il campione del mondo di scacchi nel 1997.¹ [Nell'assistenza](#) sanitaria, strumenti come INTERNIST-I miravano a rappresentare la conoscenza approfondita delle malattie per aiutare nei casi difficili.² Oggi, molti percorsi clinici implementati elettronicamente codificano la conoscenza degli esperti in alberi decisionali, un tipo di intelligenza artificiale simbolica.

L'intelligenza artificiale simbolica presentava anche limitazioni fondamentali, in particolare un rischio costante di errori logici umani nella sua costruzione e pregiudizi codificati nelle sue regole, perché la sua base di conoscenza dipendeva

esclusivamente da coloro che la creavano. Ma forse la questione più importante era che, empiricamente, l'intelligenza artificiale simbolica presentava limiti di capacità fondamentali e appariva fragile se confrontata con situazioni del mondo reale. In risposta, la ricerca ha iniziato a concentrarsi maggiormente sulla modellazione probabilistica, come la regressione tradizionale e poi le reti bayesiane, che hanno consentito sia alla conoscenza degli esperti che ai dati empirici di contribuire ai sistemi di ragionamento.³ Questi modelli gestivano le situazioni del mondo reale in modo più elegante e trovavano qualche utilizzo nell'assistenza sanitaria,⁴ ma nella pratica erano difficili da scalare e avevano una capacità limitata di gestire immagini, testo libero e altri dati clinici complessi.

AI 2.0: l'era del deep learning

Il lavoro su metodi ancora più basati sui dati, in generale chiamati machine learning, era radicato nell'idea che la chiave dell'intelligenza fosse imparare dagli errori. Scoperte come la propagazione retroattiva degli errori negli anni '80 e '90 hanno gettato le basi, ma all'inizio degli anni 2010 è avvenuta una vera rivoluzione. Con la crescita dei set di dati e l'accelerazione dei computer, il deep learning con reti neurali multistrato ha preso il sopravvento ed è iniziata l'era dell'intelligenza artificiale 2.0. Innanzitutto, l'architettura della rete neurale convoluzionale ha dato ai computer la capacità di "vedere" e hanno acquisito la capacità di classificare le immagini in una fotografia (come "gatto" vs "cane").⁵ In secondo luogo, una scoperta nota come word2vec ha creato la capacità di eseguire calcoli matematici su vasta scala.⁶

Questa rivoluzione ha cambiato molte cose nella nostra vita quotidiana. Oggi è banale cercare migliaia di fotografie su un telefono senza etichettare manualmente ciascuna con ciò che contiene. Un individuo può persino identificare nelle fotografie cose di cui non sa nulla, come particolari tipi di piante. Il riconoscimento vocale è un luogo comune. Si può tradurre in più di 100 lingue, digitando o puntando la fotocamera su parole scritte in una lingua che non si conosce.

Il deep learning ha anche reso pratiche nuove cose nell'assistenza sanitaria. Uno degli articoli più influenti di JAMA del decennio ha mostrato un'identificazione oculistica equivalente della retinopatia diabetica nelle fotografie della retina.⁷ I ricercatori hanno anche dimostrato progressi nello screening del cancro al seno⁸ e al polmone⁹ — nella [patologia](#),¹⁰ nell'identificazione delle condizioni della pelle,¹¹ e nelle previsioni dai dati delle cartelle cliniche elettroniche,¹² tra molte altre aree.

Gli algoritmi di deep learning apprendono da esempi etichettati con verità fondamentale ("Questa immagine è un gatto"). Quindi imparano i modelli, invece di essere programmati con quali sono i modelli. In quest'epoca, divenne più facile imparare a programmare i computer piuttosto che codificarli con regole fornite da esperti, almeno per molte attività. Questi modelli hanno capacità notevoli, ma anche rischi importanti. I modelli possono fallire quando i dati in tempo reale differiscono dai dati su cui sono addestrati. Ad esempio, se un modello viene addestrato esclusivamente su "gatto contro cane" ma gli viene data l'immagine di un aeroplano, non darà un buon risultato. Versioni più sottili di questo problema di fuori distribuzione rappresentano un problema critico di sicurezza nell'assistenza sanitaria. Possono anche sorgere pregiudizi complessi, legati all'inclusività dei dati sottostanti, a scelte diagnostiche e terapeutiche ingiuste e diseguali basate sulla razza, a scelte di progettazione algoritmica e ad altre questioni.¹³ Le autorità di regolamentazione hanno sviluppato quadri per valutare questi tipi di IA specifiche per attività; ad esempio, la Food and Drug Administration statunitense ha approvato o autorizzato centinaia di dispositivi medici abilitati all'intelligenza artificiale.¹⁴

AI 3.0: modelli di base e intelligenza artificiale generativa

L'intelligenza artificiale 2.0 aveva un problema chiave, legato all'oblio catastrofico¹⁵, un po' drammaticamente chiamato: quando gestiva lunghe sequenze di testo, aveva difficoltà a ricordare le cose all'inizio della sequenza. L'architettura del trasformatore creata nel 2017¹⁶ ha contribuito a risolvere questo problema, consentendo al modello di prestare attenzione attraverso lunghi passaggi. Negli anni successivi, i trasformatori furono combinati con più calcoli e più dati, creando modelli di base e modelli linguistici di grandi dimensioni. Il tasso di progresso ha subito un'accelerazione drammatica nel 2022 e nel 2023, segnando la terza epoca.

Due elementi chiave differenziano l'AI 2.0 dall'AI 3.0. Innanzitutto, l'intelligenza artificiale 2.0 è specifica per attività. Fa una cosa alla volta. Se un individuo vuole che faccia qualcos'altro, avrà bisogno di un nuovo set di dati e di addestrare un nuovo modello. In secondo luogo, l'intelligenza artificiale 2.0 prevede per la maggior parte le cose o le classifica. La sua capacità di generare nuove parole, immagini o altri contenuti è limitata.

L'intelligenza artificiale 3.0 è fondamentalmente diversa. Può svolgere molti compiti diversi senza essere riqualficato. Ad esempio, una semplice istruzione di testo modificherà il comportamento del modello. Un suggerimento come "Scrivi questa nota per un consulente specialista" e "Scrivi questa nota per la madre del paziente" produrrà contenuti nettamente diversi. I modelli hanno anche capacità notevolmente migliorate: interpretare domande veramente complesse; accettare e produrre testi, immagini e suoni; creare risposte quasi indistinguibili da quelle scritte dalle persone; e portare avanti conversazioni estese. Esistono diversi tipi di questi modelli, ma per il resto di questa sezione ci concentreremo su una categoria importante: i modelli linguistici di grandi dimensioni.

Stanno già influenzando la nostra vita quotidiana, negli assistenti di scrittura, nei generatori di immagini, negli assistenti di codifica software e nei chatbot. Ora esistono anche modelli linguistici di grandi dimensioni specifici per la salute. Ad

esempio, Med-PaLM e Med-PaLM 2 sono modelli di base ottimizzati dal punto di vista medico, sviluppati da Google, che hanno raggiunto prestazioni di livello esperto su domande in stile esame di licenza medica.¹⁷ Sono stati anche in grado di scrivere risposte lunghe alle domande sulla salute delle persone. Quando i medici hanno confrontato le risposte di Med-PaLM 2 con quelle scritte da medici senza conoscerne l'origine, hanno fortemente preferito le risposte del modello su 8 delle 9 dimensioni valutate.¹⁸

Come vengono addestrati i modelli linguistici di grandi dimensioni? Immagina di prendere un'enorme pila di documenti. Una persona mostra al modello ogni parola, in sequenza, ma non gli fa vedere la parola successiva. Invece, al modello viene chiesto di predire la parola, ancora e ancora. Ogni volta che il modello sbaglia, cambia la sua rappresentazione interna di come le parole si incastrano. Alla fine, costruisce una rappresentazione di come queste parole (e quindi concetti) si incastrano. Quando successivamente al modello viene posta una domanda, risponde prevedendo le probabili parole successive in una risposta.

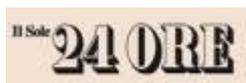
Pensa alle versioni base di questi modelli come motori di previsione della parola successiva. Questo aiuta a dare un senso ad alcuni dei loro comportamenti sorprendenti. Ad esempio, questi modelli possono essere bravi nella scrittura di programmi per computer, ma pessimi in aritmetica. Perché? È perché non stanno facendo calcoli, stanno prevedendo la parola successiva in una sequenza. Allo stesso modo, potrebbero restituire citazioni di riviste apparentemente plausibili ma errate. Perché? Per lo stesso motivo: non cercano le cose su PubMed, ma prevedono le prossime parole plausibili. Queste "allucinazioni" rappresentano una nuova categoria di rischio nell'AI 3.0. Si tratta di un'area in cui i progressi tecnici in aree come la messa a terra e la generazione aumentata con recupero stanno migliorando attivamente le prestazioni e anche la capacità di questi modelli di utilizzare strumenti come calcolatori o di avere accesso in tempo reale al web migliora i risultati.^{19, 20} I bias e i rischi azionari presenti nell'AI 2.0 rimangono problemi anche con l'AI 3.0. Inoltre, i modelli linguistici possono creare nuovi tipi di rischi a causa, tra le altre ragioni, di pregiudizi codificati nella semantica del linguaggio.²¹

Prevediamo che l'intelligenza artificiale 3.0 entrerà in pratica come strumento di potenziamento, aiutando inizialmente con aspetti dell'assistenza sanitaria come l'onere della documentazione. Poiché questi strumenti inizieranno successivamente a supportare la pratica clinica, con i medici coinvolti, sarà necessario un quadro normativo attento per garantire che i pazienti ricevano i benefici di questa tecnologia in modo sicuro.²²

Conclusioni

I modelli di base e l'intelligenza artificiale generativa rappresentano un'importante rivoluzione nelle capacità dell'intelligenza artificiale, offrendo un enorme potenziale per migliorare l'assistenza. Oggi i leader del settore sanitario prendono decisioni sull'intelligenza artificiale. Sebbene qualsiasi euristica ometta dettagli e perda sfumature, il quadro dell'IA 1.0, 2.0 e 3.0 può essere utile ai decisori, perché ogni epoca ha capacità e rischi fondamentalmente diversi.

https://jamanetwork.com/journals/jama/fullarticle/2813874?questAccessKey=4a576347-26e6-46c8-964c-f870d356a0b9&utm_source=silverchair&utm_campaign=jama_network&utm_content=covid_weekly_highlights&utm_medium=email



Sanità digitale: la spesa cresce a 2,2 miliardi (+22%), per il 52% dei pazienti porterà più benefici che rischi

Continua la crescita della spesa per sanità digitale in Italia che nel 2023 è stata pari a 2,2 miliardi di euro (+ 22% rispetto al 2022). La cybersecurity si conferma, come l'anno scorso, al primo posto tra le priorità per le aziende sanitarie coinvolte nella ricerca svolta in collaborazione con FIASO. Fondamentali anche la Cartella Clinica Elettronica (CCE) e i sistemi di integrazione con sistemi regionali e/o nazionali. Stabili i tassi di utilizzo della Telemedicina. Sono alcuni risultati della ricerca dell'Osservatorio Sanità Digitale della School of Management del Politecnico di Milano, presentata oggi durante il convegno "Sanità Digitale: Trasformare il presente per un futuro sostenibile".

Nell'ultimo anno il 35% dei medici specialisti e il 48% dei MMG hanno fatto accesso al Fascicolo Sanitario Elettronico, strumento considerato utile dal professionista: riduce il tempo necessario per reperire le informazioni (per il 70% degli specialisti e il 65% dei MMG) e semplifica la lettura dei documenti scambiati (70% degli specialisti e il 60% dei MMG). Inoltre, fornisce informazioni critiche per la gestione del paziente in situazioni di emergenza (68% degli specialisti e 60% dei MMG) e permette di prendere decisioni più personalizzate e basate sull'intera storia clinica del paziente (68% e 53%).

Aumenta l'interesse per l'intelligenza artificiale. Per una gran parte del personale sanitario l'AI potrà essere un valido supporto per le proprie attività. Secondo il 72% degli specialisti e il 70% dei MMG potrà rafforzare le capacità di accuratezza e personalizzazione delle cure. Per il 55% degli specialisti e il 66% dei MMG potrà rendere più sostenibili le attività di monitoraggio di un elevato numero di pazienti cronici. Sei pazienti su dieci (62%), coinvolti nella ricerca svolta in collaborazione con Alleanza Malattie Rare, APMARR, FAND, FederASMA e Onconauti, dichiarano che, se usata con prudenza, l'AI possa portare più benefici che rischi e che possa aiutare il medico nel prendere decisioni più precise e rapide (58%). Tra le preoccupazioni dei medici, invece, emerge il rischio che l'automatizzazione di alcune attività possa condurre a errori (55% degli specialisti e 59% dei MMG) e che l'introduzione dell'AI nella pratica clinica possa diminuire il valore del giudizio clinico basato sull'esperienza professionale (53% e 56%).

Il 29% degli specialisti, il 34% degli infermieri (coinvolti nella ricerca in collaborazione con FNOPI) e ben due terzi dei MMG ha poi utilizzato soluzioni di AI generativa (GenAI) per ricercare informazioni scientifiche. Il 22% degli italiani ha utilizzato ChatGPT almeno una volta nell'ultimo anno. Il 23% di questi l'ha usato per cercare informazioni su prevenzione e stili di vita, il 19% su problemi di salute e il 15% su farmaci e terapie. Nel 40% dei casi l'utente che si è rivolto a ChatGPT in cerca di informazioni sulla salute afferma che le informazioni trovate hanno consentito di ridurre le comunicazioni con il medico.

“Il nostro Paese è ormai entrato nel cuore dell'attuazione degli interventi previsti per la Sanità digitale nel PNRR - afferma **Mariano Corso**, responsabile scientifico dell'Osservatorio Sanità Digitale -. Il suo impatto sulla spesa per la Sanità digitale deve però ancora manifestarsi appieno: se per alcune azioni, come quelle relative alla digitalizzazione delle strutture ospedaliere si è già avuta una forte accelerazione dei progetti, gran parte delle risorse deve ancora essere “messa a terra”. Il 63% delle strutture sanitarie, nonostante l'aumento nella spesa complessiva, vede ancora la disponibilità di risorse economiche come la barriera più significativa all'innovazione digitale. Tra gli altri ostacoli maggiormente percepiti troviamo anche quest'anno la limitata cultura per il digitale (43%) e la mancanza di competenze per l'utilizzo degli strumenti (40%), oltre all'integrazione dei nuovi strumenti con i sistemi informatici già presenti nelle strutture (41%).”

Gli ambiti prioritari di sviluppo – “In linea con lo scorso anno, la cybersecurity si conferma l'ambito di innovazione con la priorità più alta per i decisori delle strutture sanitarie - afferma **Paolo Locatelli**, responsabile scientifico dell'Osservatorio Sanità Digitale - anche in conseguenza dell'incremento di attacchi informatici subiti dalle aziende e dalle istituzioni sanitarie negli ultimi mesi. Si confermano fondamentali, inoltre, la Cartella Clinica Elettronica e i sistemi di integrazione con sistemi regionali e/o nazionali, coerentemente con gli obiettivi di digitalizzazione degli ospedali - abilitati anche degli accordi quadro gestiti da CONSIP - e di integrazione - definiti dal PNRR. Per la Cartella Clinica Elettronica, che ancora oggi nel 35% degli ospedali non è una soluzione diffusa in tutti i reparti, emerge una tendenza significativa all'adozione di soluzioni fornite a livello regionale o sovra-aziendale: più della metà delle aziende sanitarie che intendono introdurla nel corso del 2024 seguirà questa strada”.

Telemedicina - L'erogazione di prestazioni di Telemedicina è ancora occasionale: tra coloro che hanno già utilizzato la Televisita, il 62% dei medici specialisti e il 46% dei MMG lo ha fatto poche volte al mese. A questo si aggiunge che la maggior parte dei medici specialisti utilizza ancora strumenti non dedicati all'uso sanitario per erogare tali servizi e che non sono quindi adeguati allo scambio di dati sanitari (46%), dimostrando quindi una limitata maturità dei servizi erogati dal punto di vista tecnologico.

“La maturità dei servizi di Telemedicina non dipende solo da fattori strettamente tecnologici - spiega **Deborah De Cesare**, direttrice dell'Osservatorio Sanità Digitale -, ma anche da elementi organizzativi, che devono essere sviluppati in modo coerente e organico e che ad oggi presentano lacune rilevanti. Infatti, tra coloro che hanno già utilizzato strumenti di Telemedicina, solo il 10% afferma che nella struttura sanitaria di riferimento sono stati definiti i ruoli che concorrono all'erogazione dei servizi e solo il 24% è stato formato sull'utilizzo di queste soluzioni”.

Nell'ultimo anno solo l'8% dei pazienti ha utilizzato servizi di Televisita con lo specialista e l'11% di Telemonitoraggio dei parametri clinici, ma con un livello di interesse futuro ad utilizzare questi servizi vicina all'80%. “A fronte di un'adozione ancora limitata della Telemedicina da parte dei pazienti occorre identificare e fare leva sui driver che possano promuoverne una maggiore diffusione - afferma **Cristina Masella**, responsabile scientifico dell'Osservatorio Sanità Digitale -. I pazienti che non hanno utilizzato servizi di Telemedicina sarebbero più propensi a farlo se questi consentissero di migliorare la relazione con il medico (87%), di risparmiare tempo (86%) e se permettessero di evitare di muoversi da casa, in condizioni

di difficoltà (88%). Identificare e far leva sui principali driver consentirà di progettare e promuovere servizi in modo appropriato, trasformando la propensione mostrata dai pazienti in effettiva adozione.”

Fascicolo sanitario elettronico - Sebbene la disponibilità di informazioni sul FSE sia ancora limitata, aumentano i cittadini, intervistati in collaborazione con Doxa Pharma, che vi hanno fatto accesso (41% vs il 35% rilevato lo scorso anno), anche a fronte di una sempre crescente consapevolezza dei vari attori che entrano in contatto con il paziente e che possono suggerirne l'utilizzo, oltre che a campagne informative mirate. A livello aziendale, invece, una percentuale ancora rilevante di strutture sanitarie non alimenta il FSE con i dati raccolti e spesso, quando queste informazioni sono rese disponibili, sono caricate in formato non strutturato. L'eterogeneità o addirittura la mancanza di soluzioni di supporto digitale dei processi clinici nelle strutture sanitarie, tra cui in primis la Cartella Clinica Elettronica, rimane quindi un ostacolo rilevante per una piena alimentazione del Fascicolo Sanitario Elettronico.

Intelligenza Artificiale - Nei primi mesi del 2023 circa un medico su 10 aveva usato Chatbot basati su AI per ricercare informazioni scientifiche; a un anno di distanza, circa il 29% degli specialisti, il 34% degli infermieri e ben due terzi dei MMG affermano di aver utilizzato GenAI per tale scopo. “Una quota non trascurabile di cittadini che hanno utilizzato ChatGPT ha cercato informazioni su prevenzione e stili di vita (23%) problemi di salute (19%) o su farmaci e terapie (15%): è quindi fondamentale la sicurezza degli utenti nell'utilizzo di questi strumenti – afferma **Chiara Sgarbossa**, direttrice dell'Osservatorio Sanità Digitale -. Se lo scorso anno il fenomeno di ChatGPT assumeva quasi il carattere di bolla mediatica, oggi è ormai evidente come la sensibilità sul tema sia aumentata tra professionisti sanitari e cittadini. È inoltre molto elevato l'interesse dichiarato dai professionisti a utilizzare in futuro altre applicazioni di questa tecnologia, ad esempio come supporto alle decisioni cliniche e assistenziali o per la produzione di referti e di documentazione clinico-amministrativa”.

Competenze dei cittadini - Sono quattro le aree di competenze che il cittadino-paziente dovrebbe sviluppare per utilizzare in modo efficace gli strumenti di sanità digitale: Digital Literacy, competenze tecniche relative alle funzionalità degli strumenti digitali utilizzati (es. utilizzare lo smartphone, le App di messaggistica, ecc.). Digital Soft Skills, capacità necessarie per comunicare e condividere informazioni efficacemente attraverso canali digitali. Health Literacy, abilità necessarie per ricercare, elaborare e comprendere informazioni basilari per prendere decisioni informate sulla propria salute. eHealth Skills, competenze per utilizzare in modo autonomo e consapevole le tecnologie digitali nella gestione della salute personale. Il 64% dei medici specialisti e il 67% dei MMG e degli infermieri ritengono che per i propri assistiti sia prioritario lo sviluppo della Health Literacy, seguita dall'area delle Digital Soft Skills (circa il 60% dei professionisti). Anche gli stessi cittadini identificano queste come le aree più critiche, per le quali dichiarano ad oggi le lacune più significative.

“Nonostante i gap formativi da colmare, gli italiani sottolineano la volontà di utilizzare sempre di più il digitale come canale preferito per accedere ai servizi sanitari (72%) - afferma **Emanuele Lettieri**, responsabile scientifico dell'Osservatorio Sanità Digitale -. Insieme al canale online, primeggia anche la farmacia (72%), seguita da altri luoghi vicini al domicilio (es. uffici postali, banche, ecc.) (48%). Avere a disposizione in modo sempre più ricco e completo l'accesso ai servizi sanitari direttamente “a casa propria” o vicino ad essa, risulta una condizione ritenuta sempre più essenziale dai cittadini italiani. È auspicabile che proprio questa spinta, unita a una crescente consapevolezza della improrogabile necessità di andare verso una sanità economicamente e socialmente sostenibile, possa portare il nostro Paese verso un'adozione più decisa e coerente di un modello di Sanità connessa”.

<https://www.sanita24.ilsole24ore.com/art/medicina-e-ricerca/2024-05-23/sanita-digitale-spesa-cresce-22-miliardi-22percento-il-52percento-pazienti-portera-piu-benefici-che-rischi-111144.php?uuid=AFpdm0fB&cmpid=nlaf>

Salute digitale/ Il ruolo dell'Intelligenza Artificiale in sanità e la strategia in via di costruzione coordinata dal ministero della Salute

«Il Servizio sanitario nazionale, così come è organizzato oggi, appare formato da diverse isole, spesso non in coordinamento fra loro, dove il paziente può risultare spaesato. Il Pnrr e il Dm 77 in particolare offrono opportunità nuove, soprattutto grazie all'introduzione della sanità digitale e dell'IA, ma il rischio è che si introducano solo nuovi strumenti nell'attuale modo di funzionare del sistema, senza una visione complessiva necessaria». È questa la considerazione iniziale espressa da Giorgio Casati, direttore generale Asl Roma 2 che con Rome Technopole ha patrocinato il convegno "Digital Health by Design – Dati e IA" organizzato nella sede del ministero della Salute a Roma.

Da questa criticità è partita la discussione durante il summit, organizzato da Culture con il Parlamento Europeo e la Commissione Europea, e dove tra i relatori che hanno preso parte vi erano il Dg Agenas Domenico Mantoan, Guido Scorza, componente del Collegio dell'Autorità Garante protezione dati personali, il Presidente della Pontificia Accademia per la Vita Monsignor Vincenzo Paglia, Paolo Petralia Dg Asl 4 ligure e vicepresidente vicario di Fiaso, Alessandra Poggiani, Dg Cineca, Alessandra Petrucci, Rettrice dell'Università di Firenze, Felicia Pelagalli, Direttrice di Culture e lo stesso Giorgio Casati.

«Una giornata di confronto costruttivo sulla digitalizzazione dei dati sanitari e lo sviluppo di algoritmi di intelligenza artificiale - commenta Felicia Pelagalli, Direttrice di Culture - come sappiamo, la popolazione italiana sta invecchiando sempre più con un conseguente incremento delle multicronicità e dello stato di fragilità. Si allunga il tempo della vita, e questa è una buona notizia, ma, purtroppo, rischia di durare di più anche il tempo della malattia. Nella fascia di età sopra i 75 anni solo il 28,6% risulta in buona salute (dati Istat). Dobbiamo allungare la speranza di vita sana».

«La digitalizzazione e l'intelligenza artificiale - afferma il ministro della Salute Orazio Schillaci nel messaggio letto in apertura dell'evento - rivestono un ruolo fondamentale anche nel sistema di raccolta e analisi dei dati, strategici per una programmazione sanitaria efficace, la promozione della ricerca e la prevenzione delle malattie. In questo contesto, è essenziale collaborare tra istituzioni per definire nuovi modelli di servizio e stabilire linee guida chiare nell'utilizzo dei dati sanitari e nella progettazione di algoritmi di intelligenza artificiale».

La prospettiva europea.

Lo European Health Data Space (Ehds) è il primo spazio europeo dei dati sanitari. «L'accesso ai dati sanitari è di fondamentale importanza per garantire l'innovazione nei sistemi sanitari europei - sottolinea Marco Marsella, Direttore del settore Digitale, EU4Health della direzione generale Salute della Commissione Europea -

È fondamentale perché attraverso l'accesso si possono costruire nuove tecnologie ma anche avviare dei workflow per il trattamento, per esempio dei pazienti con malattie croniche, oppure, per il miglioramento della diagnosi, è possibile introdurre elementi di intelligenza artificiale nello screening e soprattutto adattare i trattamenti alle necessità dei pazienti, verso la medicina personalizzata».

«Se guardiamo alle attuali barriere che si frappongono oggi alla realizzazione dell'Ehds possiamo individuare altrettante sfide per il settore della ricerca, formazione e innovazione - sostiene la Rettrice Petrucci - Tra queste, la privacy nella raccolta e condivisione dei dati sanitari; la sicurezza informatica; barriere normative; diversità dei Sistemi Sanitari; l'interoperabilità dei Sistemi Informatici.

L'Ehds ha il potenziale per rivoluzionare la ricerca sanitaria in Europa, fornendo ai ricercatori strumenti e risorse preziose per esplorare nuove frontiere nella comprensione e nel trattamento delle malattie, migliorando così la salute e il benessere della popolazione».

Cronicità? E aderenza alle cure.

La presa in carico precoce del paziente cronico deve diventare la priorità – anche e soprattutto in un futuro digitalizzato - se si vogliono trovare le soluzioni in grado di frenare il processo degenerativo della patologia e la necessità di ricorrere poi a prestazioni complesse e costose.

Altro tema centrale è l'aderenza alle cure e ai controlli poiché, come emerge da tutti gli studi condotti a livello nazionale, la percentuale di pazienti cronici che seguono i percorsi terapeutici è comunque basso ed oscilla fra il 30 e il 50% del totale, a seconda della patologia.

Non aderire ai controlli vuol dire perdere l'occasione di arrestare il processo degenerativo e alimentare impropriamente gli accessi in pronto soccorso o in ospedale.

Tavoli di lavoro per confronti necessari.

«Dopo questo appuntamento - suggeriscono Giorgio Casati e Felicia Pelagalli - sarebbe necessario e opportuno aprire ulteriori occasioni di confronto, o tavoli di lavoro: sulla governance dei dati sanitari e lo sviluppo dell'IA e sui nuovi modelli digitali di servizio sanitario. La telemedicina non può essere intesa

soltanto come una modalità diversa di lavoro, ma uno strumento per entrare in relazione con il paziente in maniera differente, più vicina»

La presa in carico digitale del paziente presuppone un'attività di regolamentazione nuova, che contempli, per esempio, la partecipazione dei medici di medicina generale insieme agli specialisti, non tralasciando l'aspetto sindacale necessario a ridefinire i ruoli e i rapporti tra operatori.

A proposito della piattaforma nazionale di telemedicina Domenico Mantoan, Direttore Generale Agenas, rammenta che «quello che stiamo facendo è un investimento superiore, un sistema che a livello centrale permette di usare i dati sanitari, non solo per la cura, ma anche per la programmazione. L'investimento sta continuando, il nostro è stato un lavoro in collaborazione con l'Anac che ci ha dato un supporto straordinario».

Inoltre, come ribadito da Alice Borghini, dirigente dell'Organizzazione dei modelli sanitari territoriali dell'Agenas, il 2024 sarà l'anno della messa a punto della piattaforma nazionale di telemedicina. «Nel corso dell'anno - dice - ci sarà una integrazione delle piattaforme regionali e si costituirà l'infrastruttura nazionale di telemedicina. Sarà il primo step per far sì che il sistema sia funzionale. Il 2024 sarà l'anno in cui tutti gli investimenti saranno messi insieme e inizieranno a parlarsi».

Trattamento dei dati

. La pandemia è stato «uno stress test senza uguali che l'Europa ha superato a pieni voti», secondo Guido Scorza. «È stato possibile - aggiunge - introdurre il Green pass in 15 giorni grazie al Gdpr, il Regolamento generale europeo per la protezione dei dati personali nonché per la loro libera circolazione. Nessuno dei nuovi provvedimenti ha derogato dal Regolamento. Non per un senso di rispetto verso la privacy ma perché non c'è bisogno che ci sia». Per il giurista, in particolare, «la competenza interdisciplinare è fondamentale nei progetti che mettono insieme salute e innovazione. Il mondo è cambiato e credo che potrebbe saltare nei prossimi cinque anni la stessa linea di confine fra il dato comune e il dato particolare. Le regole le dobbiamo rivedere, ragioniamoci insieme».

Altro tema importante è la qualità dei dati che non dovrebbero limitarsi all'età o al luogo di residenza ma essere estesi per esempio al titolo di studio, tipo di lavoro e condizione economica. I dati del censimento potrebbero essere utilmente collegati a quelli sanitari per avere l'opportunità di identificare dei profili di persone con determinate caratteristiche di vita su cui è opportuno concentrare l'attenzione e l'azione della prevenzione dell'azienda sanitaria. Tutto questo, ovviamente, può essere trattato anche attraverso sistemi di Intelligenza Artificiale che aiutino a leggere e interpretare un volume importante e spesso eccessivo di informazioni e di dati.

L'aiuto dell'etica.

Sul tema dell'utilizzo dei dati personali e sanitari è intervenuto Monsignor Paglia. «Dobbiamo - invita - restare noi coloro che guidano la macchina. La tecnologia, come l'intelligenza artificiale, è da abbracciare con entusiasmo tenendo presente però le coordinate» perché, specie nel campo medico, «non possiamo affidare alla macchina la gestione della salute di una persona».

Sul livello di digitalizzazione in Italia si è espresso in maniera positiva Paolo Colli Franzone, presidente dell'Istituto per il Management Innovazione in sanità Imis. «Spendiamo poco - spiega - in tecnologie informatiche sanitarie rispetto ad altri Paesi ma tutto sommato ne abbiamo tante nelle strutture sanitarie. Anche l'intelligenza artificiale è diffusa come per esempio nella radiologia per immagini».

Fra le criticità, Colli Franzone nota come i medici vorrebbero essere maggiormente coinvolti nel processo di innovazione.

Territorio

. A livello locale, le aziende sanitarie si stanno già muovendo con esperienze sul campo per agevolare la lettura dei dati e individuare così gli eventuali alert. «Nella Asl Roma 2 - evidenzia Casati - abbiamo creato una prima banca dati degli assistiti. Stiamo per sottoscrivere un accordo con il Campidoglio per valutare la possibilità, nel rispetto della normativa sulla privacy, di poter mettere insieme i dati della Asl e del Comune sulla popolazione, per fare analisi più approfondite. Abbiamo già realizzato un modello di telemedicina presso l'Ospedale di Rebibbia e un modello di Ospedale virtuale, riconosciuto e premiato anche da Agenas». Ma soprattutto, va rafforzato sin dall'inizio del progetto il dialogo tra ente centrale, Regioni e aziende sanitarie locali per far sì che non accada quanto Paolo Petralia ha spiegato: «Io sono medico. E come qualunque altro professionista di una scienza empirica è normale che si impari da chi ci ha preceduto e si trasferisca quello che si sta facendo a quelli che seguiranno, è una cosa scontata. Nel nostro agire quotidiano in sanità, però, questo rischia di non esser sempre vero. Perché noi facciamo le cose e poi non riusciamo a dare continuità di valore: perché nella governance multilivello in cui il nostro Paese avvolge le dimensioni centrali, nazionali, regionali, locali della sanità, spesso ci si perde. E avviene che le aziende sanitarie vengano anche premiate dallo stesso soggetto regolatore come esperienze innovative, avanzate, sperimentazioni utili al sistema e poi, però, non vengano chiamate, per caso, al tavolo dove quelle cose vengono decise».

Avvio del lavoro di squadra

Durante il confronto è emersa dunque la necessità di avviare un lavoro sinergico in cui tutti gli attori vengano coordinati dall'unica regia del ministero della Salute. Senza il coordinamento, il rischio che si corre è di aumentare il livello di complessità del sistema ma non di mettere a terra i risultati.

Non si tratta quindi solo di aumentare le prestazioni in telemedicina, ma capire a quali bisogni si è risposto, gli esiti dell'intervento e quanti pazienti sono stati effettivamente presi in carico in modo semplice ed efficace.

<https://www.sanita24.ilsole24ore.com/art/aziende-e-regioni/2024-01-16/salute-digitale-ruolo-dell-intelligenza-artificiale-sanita-e-strategia-via-costruzione-coordinata-ministero-salute-165723.php?uuid=AFSKifMC>



Ricerca: Ieo e Monzino, analisi dati 300 volte più rapida con AI. Clinical Data Platform in collaborazione con Google Cloud

di Radiocor Plus

L'Istituto europeo di oncologia (Ieo) e il Centro cardiologico Monzino hanno annunciato un "importante passo avanti nella ricerca medica" con l'introduzione della Clinical Data Platform (Cdp). La piattaforma, basata sulle soluzioni di intelligenza artificiale di Google Cloud, "consente di classificare e analizzare i dati clinici anonimizzati a una velocità 300 volte superiore rispetto ai metodi tradizionali utilizzati in precedenza", spiegano in una nota.

Con oltre 1,7 milioni di pazienti, 3,7 milioni di visite ambulatoriali e una vasta mole di dati clinici tra cui 800.000 referti di anatomia patologica e 37 milioni di analisi di laboratorio, lo Ieo e il Monzino si sono posti l'obiettivo di creare attraverso la Cdp un database sanitario all'avanguardia sviluppato in collaborazione con Google Cloud.

Utilizzando soluzioni di intelligenza artificiale, tra cui Vertex AI, lo Ieo e il Monzino hanno potuto analizzare grandi quantità di dati non strutturati e classificare le informazioni in maniera strutturata all'interno della Cdp per facilitare l'analisi e la ricerca.

Questo ha permesso al team guidato da Elisabetta Munzone, medico Ieo specializzato nel trattamento del cancro al seno, di sviluppare un modello proprietario basato sui dati estratti da 500 referti di anatomia patologica, raggiungendo traguardi significativi in tempi record.

In soli 2 mesi sono stati standardizzati 76.000 dati di referti medici e per il training e la messa in produzione del modello sono stati sufficienti 45 giorni.

La Clinical Data Platform ha quindi permesso di accelerare notevolmente il processo di conversione dei dati clinici, con una velocità di elaborazione 300 volte superiore rispetto ai metodi tradizionali, facilitando l'accesso a informazioni cruciali per i ricercatori.

«La collaborazione con Google Cloud ci ha permesso di accelerare e automatizzare processi che prima richiedevano mesi - ha dichiarato Annarosa Farina, Cio di Ieo-Monzino -. E gli ottimi risultati ottenuti hanno incoraggiato numerosi altri dipartimenti dello Ieo e del Monzino a chiedere di unirsi alle implementazioni. Il nostro obiettivo, ora, è quello di estendere questi strumenti a tutti i dati prodotti nei nostri ospedali per migliorare la ricerca e la cura del paziente, nel pieno rispetto della privacy dei loro dati».

«Il futuro degli ospedali è sempre più orientato verso la semplificazione dell'interoperabilità dei dati - ha commentato Paolo Spreafico, Director of Customer Engineering di Google Cloud -. Siamo orgogliosi di supportare Ieo in questo percorso con le nostre tecnologie come MedLM, il nostro Large Language specifico per l'ambito sanitario, per favorire l'accelerazione della ricerca medica attraverso l'intelligenza artificiale e sostenere il personale sanitario nel fornire le migliori cure ai pazienti».

<https://www.sanita24.ilsole24ore.com/art/notizie-flash/2024-05-23/ricerca-ieo-e-monzino-analisi-dati-300-volte-piu-rapida-ai-clinical-data-platform-collaborazione-google-cloud-153345.php?uuid=AFtFq5fB&cmpid=nlqf>

Intelligenza Artificiale: tra opportunità e interrogativi etici priorità al dialogo medico-paziente

Paolo Castiglia

Gli strumenti digitali e l'intelligenza artificiale possono essere un'opportunità per il benessere dei pazienti, hanno portato progressi straordinari nella diagnosi, nella terapia e nella gestione dei dati sanitari.

Non mancano però gli interrogativi etici perché il modo in cui si utilizza - e regola - l'IA nel contesto medico avrà un impatto duraturo sulla qualità delle cure e sulla fiducia nei sistemi sanitari. E' partito da qui l'approfondimento che su questa delicata tematica ha recentemente realizzato il convegno "Medicina ed Etica nell'era dell'Intelligenza Artificiale: La Formazione dei Professionisti Sanitari tra Tecnologia e Cultura Digitale", organizzato da UniCamillus a Roma, coinvolgendo numerosi esperti, professionisti del settore sanitario e accademici per fare il punto sullo stato dell'arte tra timori e l'esigenza di cogliere le opportunità offerte dagli strumenti digitali.

Accademici e professionisti sanitari presenti si sono trovati concordi sul fatto che l'uso dei dati e la loro circolazione sia una grande ricchezza, ma non mancano insidie e pericoli, è quindi necessario diffondere una cultura dei dati a supporto delle già note e consolidate conoscenze e pratiche mediche.

La discussione si è articolata intorno a due tavole rotonde, una su "Innovazione digitale e AI in Sanità", moderata da Donatella Padua, professoressa associata di Sociologia del Digitale UniCamillus, nonché delegata terza missione, e l'altra su "Innovazione digitale e nuova Medicina", coordinata da Alberto Malva, responsabile Area Medicina Digitale SIICP, Referente MedQuestio.

Antonio Magi, presidente dell'Ordine dei Medici di Roma nel dibattito ha detto di guardare alla IA "con interesse e insieme con preoccupazione: viene usata per migliorare il lavoro del medico o per risparmiare tempo? Non dimentichiamo che il nostro obiettivo è sempre il benessere del paziente".

"Il modello di analisi dei dati da parte dell'IA non ha una logica umana, cioè deterministica, ma utilizza un processo stocastico - ha spiegato a sua volta Fabio Ferrari, fondatore e membro del CdA di Ammagamma - questo vuol dire che non vengono esaminate solo le correlazioni di dati più importanti, ma tutte, anche quelle apparentemente casuali: un essere umano non è in grado di farlo", si amplia così il campo dell'indagine medica.

La relazione medico-paziente, basata sul dialogo, la cosiddetta medicina-narrativa, deve però restare il fulcro dell'assistenza sanitaria, fondamentale per l'esito di una buona diagnosi.

Sulla delicatissima questione della privacy dei dati sanitari Daniele Di Ianni, Customer Innovation Manager di Roche Italia, ha dichiarato che "si stanno sviluppando i cosiddetti 'pazienti sintetici'. Si tratta di prototipi di pazienti creati dall'IA sulla base di dati statistici reali: in questo modo non si viola alcuna privacy e, nel contempo, si favorisce l'avanzamento della ricerca".

E' emersa poi dal dibattito l'urgenza di una regolamentazione dei software e delle app dedicate alla salute. Ma con un "controllo normativo, non restrittivo" ha affermato Giuseppe Ippolito, professore di malattie infettive presso UniCamillus.

"Attualmente questi strumenti - ha spiegato poi Giuseppe Recchia, Co-fondatore daVi Digital Medicine e vice presidente di Fondazione TESSA - sono 500-600 mila, e regolamentarli è indispensabile anche perché sono utilizzati sempre da attori diversi, che ne modificano l'utilizzo e il fine, come medici, pazienti e direttori sanitari".

Il dibattito generale su questi temi ha ovviamente una dimensione internazionale, e infatti "Il 13 marzo scorso il Parlamento Europeo ha approvato l'Artificial Intelligence Act, che regola l'uso dei dati sanitari in Europa - ha illustrato Roberta Taurino, direttrice amministrativa territoriale ASL Roma2 e DPO di UniCamillus -.

L'AI Act si basa su due approcci estremamente prudenti: il primo è quello antropocentrico, ossia l'IA deve supportare l'essere umano e non sostituirlo; il secondo è basato sull'evitamento di qualsiasi tipo di rischio per i cittadini europei".

"Oggi il Sistema Sanitario è multidimensionale: sociale, clinico, tecnologico e relazionale è quindi necessario - ha concluso poi Donatella Padua, professoressa associata di Sociologia del Digitale UniCamillus, nonché Delegata Terza Missione - che le istituzioni formative, come l'Università, si predispongano a nuovi approcci educativi".

<https://www.sanita24.ilsole24ore.com/art/medicina-e-ricerca/2024-05-10/intelligenza-artificiale-opportunita-e-interrogativi-etici-priorita-dialogo-medico-paziente-172104.php?uuid=AFWsEZcB&cmpid=nlqf>

L'IA classica e generativa in sanità: una questione di costi-benefici

Antonio Salvatore, Direttore del Dipartimento Salute di ANCI Campania

06 MAG - Gentile Direttore,

cresce rapidamente il mercato mondiale dell'intelligenza artificiale. Il suo valore nel 2023 è stato di circa 208 mld di dollari e si stima che nei prossimi 6 anni dovrebbe raggiungere circa 1.850 mld di dollari. Un mercato in fermento anche in Italia. Il suo valore nel 2023 è stato di circa 760 mln di euro (+ 52% rispetto al 2022), di cui il 5% è IA generativa (Osservatorio di Artificial Intelligence della School of Management del Politecnico di Milano).



In sanità, la Generative Artificial Intelligence (GAI) è al centro dell'interesse per i numerosi benefici e per i rischi ad essa connessi.

Giova ricordare che l'IA è la capacità degli algoritmi integrati nelle macchine e nei sistemi di apprendere dai dati conferiti e di eseguire autonomamente delle attività.

La GAI è una particolare categoria dell'IA. Utilizza algoritmi complessi, addestrati su set di dati per generare contenuti. Si basa su di un'architettura di rete neurale (GAN) composta da due reti: una "generativa" e una "discriminativa". La prima rete crea i contenuti, la seconda li valuta e li seleziona. La continua interazione delle due "reti sorelle" fa sì che la GAN migliori progressivamente la sua capacità di creare contenuti autonomi ed efficienti.

Pertanto, la rivoluzione dell'IA è iniziata e non si può tornare indietro. IA e GAI avranno un ruolo chiave nella sanità pubblica. Tali "risorse" sono già presenti in sanità e si svilupperanno sempre di più. Si tratta quindi di riuscire a conseguire un vantaggioso rapporto costi-benefici.

Per quel che concerne i benefici, è pacifica la circostanza che l'IA – e la GAI in particolare – stiano rivoluzionando la diagnostica radiologica. Gli algoritmi "deep learning" sono addestrati ad analizzare le immagini con straordinaria precisione e sono in grado di intercettare anomalie che potrebbero sfuggire all'uomo.

L'IA favorisce la medicina di iniziativa e personalizzata. Gli algoritmi analizzano una quantità enorme di dati (informazioni genetiche, storia clinica e stili di vita) da tradurre in trattamenti personalizzati in grado di migliorare gli esiti terapeutici. L'IA è preziosissima in Radioterapia e in Chirurgia assistita da robotica. Per non parlare della sua indiscussa utilità in materia di programmazione e gestione sanitaria.

Insomma, i benefici dell'IA in sanità sono indiscussi e crescono velocemente.

Tuttavia, la diffusione dei sistemi basati sull'IA porta con sé anche alcuni rischi dei quali non si può non tener conto. Rischi che riguardano, in modo particolare, il "dato" e il suo utilizzo.

La qualità dei dati di addestramento incide infatti sulla precisione, completezza e correttezza degli output. La sicurezza del dato e dei sistemi di trattamento incide sul rischio manipolazione. La gestione del dato impatta sulla privacy.

Inoltre, lo sviluppo di sistemi basati su IA determina una minore interazione medico-paziente, potrebbe alimentare l'ingiustizia epistemica e comportare anche un degrado delle competenze.

Pertanto, è necessaria una "compliance rafforzata" in grado di coniugare la regolamentazione di settore con le norme in fase di consolidamento relative all'utilizzo etico, sicuro e sostenibile dell'IA classica e generativa in sanità.

https://www.quotidianosanita.it/lettere-al-direttore/articolo.php?articolo_id=121935

La nuova rete statunitense di intelligenza artificiale mira a rendere i supercomputer disponibili a un numero maggiore di ricercatori

Le sovvenzioni pilota aiuteranno gli scienziati a formare software per affrontare i problemi sociali

Jeffrey Mervis

L'ingegnere meccanico Baskar Ganapathysubramanian sta sviluppando un'app che utilizzerebbe l'intelligenza artificiale (AI) per aiutare gli agricoltori a identificare i parassiti e consigliare come combatterli. L'informatico Anuj Karpatne vede l'intelligenza artificiale come la chiave per prevedere come i cambiamenti climatici, l'uso del territorio e l'aumento della domanda influenzeranno la qualità dell'acqua nei laghi statunitensi. Il biochimico David Baker ha utilizzato l'intelligenza artificiale per progettare nuove molecole che potrebbero portare a nuovi farmaci.

Tutti e tre gli scienziati ricevono già ampi finanziamenti governativi per sostenere i loro laboratori. Ma non hanno accesso ai computer avanzati di cui hanno bisogno per addestrare i loro sistemi di intelligenza artificiale.

Non più.

Il 6 maggio, la National Science Foundation (NSF) ha annunciato che i tre erano tra i [35 vincitori](#) del supercomputer time, finanziato dal governo, in un progetto pilota di due anni che mira a promuovere la ricerca basata sull'intelligenza artificiale in molte discipline e a migliorare la sicurezza, l'affidabilità, e l'affidabilità dei sistemi di intelligenza artificiale. I premi sono i primi del programma National Artificial Intelligence Research Resource (NAIRR), che il presidente Joe Biden ha chiesto alla NSF di guidare come parte di un [ordine esecutivo dell'ottobre 2023 sull'intelligenza artificiale](#).

"I biologi computazionali non sono mai riusciti ad avere accesso [all'informatica] a questo livello", afferma Baker, che dirige l'Institute for Protein Design presso l'Università di Washington. "È difficile per gli accademici tenere il passo con l'industria".

NAIRR è progettato per ridurre questo divario. "Vogliamo ampliare l'accesso all'informatica su larga scala in modo che più persone possano affrontare le principali sfide sociali", afferma Katie Antypas, a capo dell'Ufficio per le infrastrutture informatiche avanzate della NSF, che gestisce il programma. "Vogliamo anche offrire agli studenti un accesso pratico a questi strumenti."

La road map di NAIRR deriva da [un piano di 6 anni da 2,6 miliardi di dollari](#) per aumentare la capacità di ricerca accademica nazionale sull'intelligenza artificiale proposto da un comitato di esperti nel gennaio 2023. NSF prevede di assegnare diverse dozzine di premi in più nelle prossime settimane dal pool iniziale di 150. proposte, aggiunge, e questa settimana è stato annunciato [un secondo concorso](#), con premi a rotazione.

Gli scienziati finanziati dal NAIRR avranno accesso alle strutture di supercalcolo supportate dalla NSF e dal Dipartimento dell'Energia (DOE). Queste macchine sono già molto richieste, afferma Dan Stanzione, direttore del Texas Advanced Computing Center, finanziato dalla NSF, che ospita le macchine Frontera e Lonestar. Ma lui e altri direttori del centro hanno concordato di dedicare del tempo ai progetti NAIRR.

Il tempo dei supercomputer "sta uscendo dal mio fondo discrezionale per il calcolo scientifico avanzato perché il NAIRR è una priorità", afferma Stanzione.

"Ma speriamo anche di aggiungere capacità". La proposta di bilancio della NSF per il 2025 include una richiesta per un acconto di 150 milioni di dollari su una nuova macchina da mezzo miliardo di dollari presso il centro del Texas. La recente decisione del DOE di prolungare la vita del supercomputer Summit, vecchio di 6 anni, presso l'Oak Ridge National Laboratory, che è stato eclissato da una macchina ancora più potente, sarà anche un vantaggio per gli scienziati NAIRR.

Finora, la NSF ha riallocato le risorse interne per amministrare il programma, con l'aiuto di una dozzina di altre agenzie federali. NAIRR otterrà il proprio finanziamento, tuttavia, se il Congresso approverà la richiesta di NSF di 30 milioni di dollari per continuare i premi fino al 2025. Inoltre, circa 26 aziende, tra cui pesi massimi dell'intelligenza artificiale come Microsoft, Amazon Web Services e NVIDIA, hanno accettato di fornire servizi informatici. risorse. "Tutti i soldi che otterremo dal Congresso non saranno sufficienti, quindi avremo bisogno di

partner", ha ammesso il direttore della NSF Sethuraman Panchanathan durante un evento AI della Casa Bianca lunedì a cui hanno partecipato diversi vincitori del premio NAIRR.

Karpatne, professore al Virginia Polytechnic Institute e alla State University, spera che la sovvenzione NAIRR accelererà i progressi su un modello di qualità dell'acqua che ha soprannominato Lake-GPT. A differenza dei modelli tradizionali, che si basano sul monitoraggio dettagliato di uno o due laghi e si applicano solo a tali ambienti, Lake-GPT mira a prevedere il destino della qualità dell'acqua in migliaia di laghi in tutto il paese. Il modello viene addestrato sulla grande quantità di dati ambientali raccolti da progetti come la Rete di Osservatori Ecologici Nazionali finanziata dalla NSF.

Questa formazione richiederà molto tempo di elaborazione, quindi Karpatne ha chiesto 12 milioni di ore GPU su qualsiasi macchina disponibile. (Le unità di elaborazione grafica, o GPU, sono i chip di computer preferiti nella maggior parte dei lavori di intelligenza artificiale.) Alla fine si è ritrovato con meno del 10% di tale importo, circa 750.000 ore GPU, su Summit. Questo è sufficiente per fare previsioni su 20 laghi nei prossimi 6 mesi, dice, e ottenere risultati che spera gli faranno guadagnare ulteriore tempo al computer nelle fasi successive.

Nel 2021, Ganapathysubramanian ha vinto una sovvenzione quinquennale di 20 milioni di dollari dal Dipartimento dell'Agricoltura degli Stati Uniti (USDA) per guidare un Istituto di intelligenza artificiale per l'agricoltura resiliente presso la Iowa State University. Dice che i soldi dell'USDA vanno a sostenere il personale e i progetti di ricerca che non necessitano di calcoli scientifici "pesanti".

Ma l'informatica pesante è ciò di cui ha bisogno per espandere InsectNet, un modello in grado di identificare le specie di parassiti nelle immagini dei telefoni cellulari. La sua versione attuale è stata addestrata su circa 10 milioni di immagini di insetti, ma Ganapathysubramanian spera di migliorarne la precisione espandendo l'addestramento a 150 milioni di immagini. Per farlo gli sono state concesse 920.000 ore GPU su Frontera. Vuole anche aggiungere un chatbot affidabile a cui gli agricoltori possano accedere dal proprio telefono per ricevere consigli su come affrontare i parassiti. Alla fine vorrebbe utilizzare le richieste in tempo reale degli agricoltori, insieme ai dati dei droni, per identificare i "punti caldi" agricoli: infestazioni che potrebbero richiedere un intervento immediato.

Per Shu Hu, scienziato informatico della Purdue University, la possibilità di formare i suoi studenti è importante tanto quanto le 4300 ore GPU che otterrà sulla macchina Lonestar per addestrare il suo modello di intelligenza artificiale a rilevare immagini false.

Due dei suoi studenti laureati sperano di imparare come stare un passo avanti rispetto ai falsari cercando caratteristiche comuni nell'universo in crescita di DeepFakes. Allo stesso tempo, due studenti universitari avranno accesso ai materiali dei corsi sull'intelligenza artificiale finanziati dal DOE.

Il primo gruppo di vincitori proviene da 17 stati, osserva Antypas, suggerendo che NAIRR ha già fatto un piccolo passo verso il rendere gli strumenti di intelligenza artificiale più accessibili. Dice che i funzionari federali stanno anche discutendo su come NAIRR potrebbe fornire ai ricercatori non solo tempo al computer, ma anche accesso a vasti set di dati di formazione, come i dati di imaging provenienti da studi clinici finanziati dal governo federale e curati da esperti in materia.

"Vogliamo che NAIRR diventi una vera risorsa nazionale", afferma.

https://www.science.org/content/article/new-u-s-ai-network-aims-make-supercomputers-available-more-researchers?utm_source=sfmc&utm_medium=email&utm_content=alert&utm_campaign=DailyLatestNews&et rid=691092258&et cid=5209286

WIRED

Che ruolo giocano l'intelligenza artificiale e i dati nella sanità italiana?

Questo è il tema del summit internazionale organizzato dalle istituzioni europee, che si terrà a Roma il 15 gennaio 2024 e che coinvolgerà i maggiori esperti del settore

L'intelligenza artificiale e i dati sanitari costituiscono un potente alleato per la sanità e la ricerca. In Italia, negli ultimi anni si sono registrati importanti progressi nell'utilizzo di queste tecnologie.

Il fascicolo sanitario elettronico ha reso possibile la condivisione dei dati sanitari tra i diversi professionisti sanitari, mentre la telemedicina ha consentito di fornire assistenza sanitaria a distanza. Tuttavia, si profilano sfide in termini di privacy e equità nell'uso di tali tecnologie.

Ma come ha spiegato **Guido Scorza**, componente del collegio dell'Autorità garante della protezione dati personali: *"Non c'è e non deve esservi nessun antagonismo tra diritto a innovare, diritto alla salute e diritto alla privacy. Dobbiamo trovare la miglior possibile posizione di equilibrio perché le persone hanno diritto a non dover scegliere tra diritti fondamentali"*.

È questo il cuore di **Digital health by design. Dati e Intelligenza artificiale**, il summit internazionale, **organizzato da Culture** (società di comunicazione e formazione in ambito digitale) con il **Parlamento europeo e la Commissione europea**, che si terrà a Roma il **15 gennaio 2024**, al **ministero della Salute**, nell'auditorium Cosimo Piccinno. L'evento riunirà oltre trenta personalità del mondo istituzionale, accademico e imprenditoriale, tra cui **padre Paolo Benanti**, neopresidente della Commissione AI per l'informazione del governo italiano, e sarà moderato da **Federico Ferrazza**, direttore di **Wired Italia**.

I partecipanti affronteranno molte delle novità nel settore della medicina digitale, a cominciare dall'**European health data space** – che ambisce a regolamentare l'uso dei dati sanitari in Europa –, proposto dalla Commissione e attualmente in discussione tra il Parlamento e il Consiglio europeo. Ma anche l'**AI Act** – la prima legge al mondo che ambisce a indirizzare lo **sviluppo dell'intelligenza artificiale** – approvato sempre dal **Parlamento europeo** a dicembre.

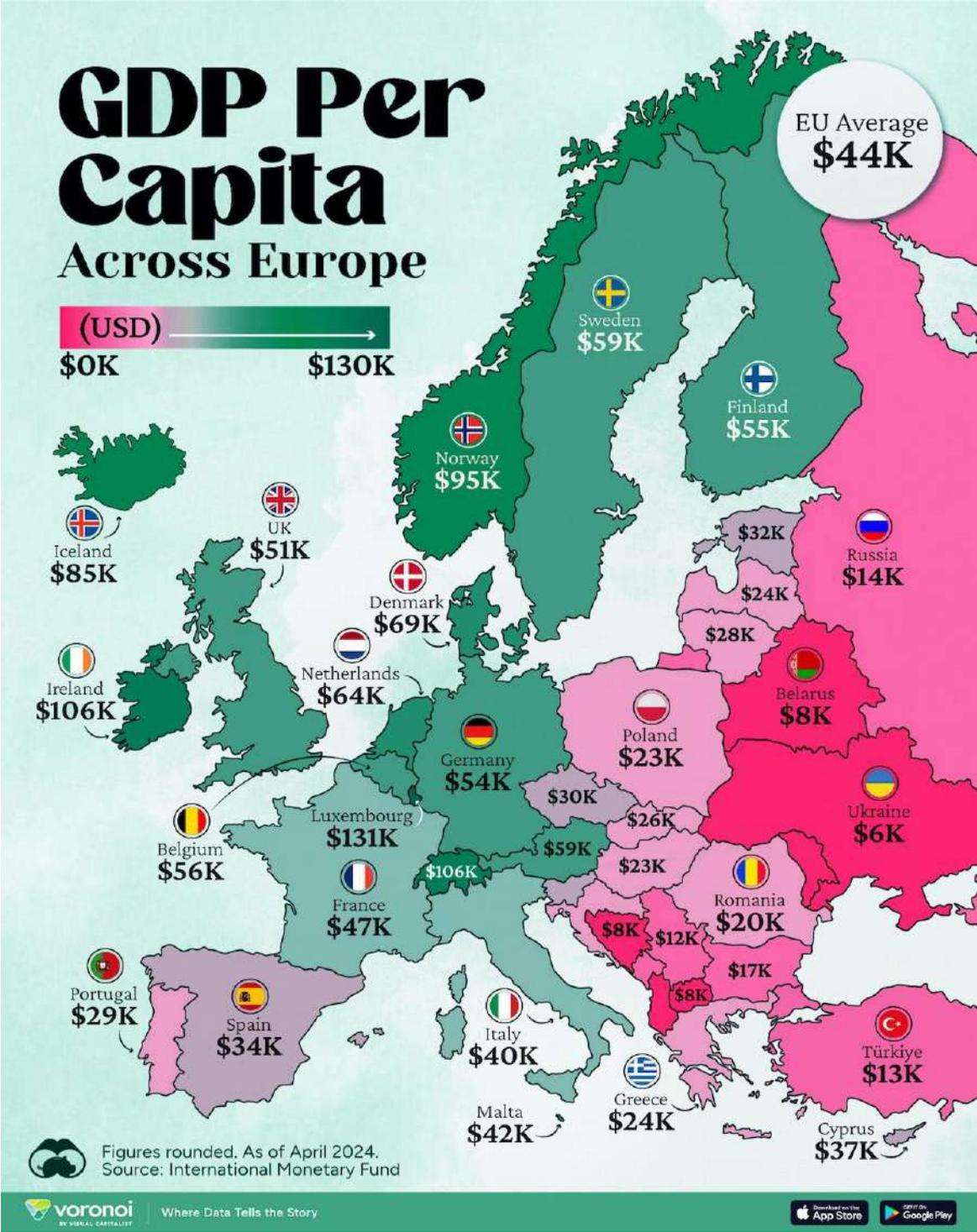
In Italia, un ruolo sempre più rilevante nella sanità digitale è svolto da **Agenas**, l'agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali, che svolge una funzione di supporto tecnico e operativo alle **politiche di governo sui servizi sanitari**, oltre al delicato compito di gestire alcune delle risorse più strategiche del Piano nazionale di ripresa e resilienza. Come spiega il suo direttore generale, **Domenico Mantoan**: *"Siamo impegnati affinché tutte le scadenze previste nella M6C1 del Pnrr siano rispettate al fine di garantire una sempre più efficace presa in carico dei pazienti in modo equo su tutto il territorio nazionale"*.

Giorgio Casati, direttore generale dell'Asl Roma 2, indica quindi la strada per migliorare l'**assistenza sanitaria territoriale attraverso il digitale**: *"È importante progettare la sanità digitale definendo i nuovi modelli di servizio sanitario da garantire ai cittadini, attraverso una presa in carico complessiva digitale personalizzata, derivante dalla sintesi delle prese in carico di ogni patologia"*. **Felicia Pelagalli**, direttore di **Culture**, ha sottolineato l'importanza di un confronto tra le istituzioni per definire una comune visione di innovazione e sviluppo fondato sui **valori europei**: *"L'obiettivo di istituzioni e amministrazioni deve essere la garanzia di un utilizzo dei dati sanitari e una progettazione di algoritmi di AI che siano affidabili"*.

<https://www.wired.it/article/intelligenza-artificiale-dati-sanita-italiana/>

idealista/news

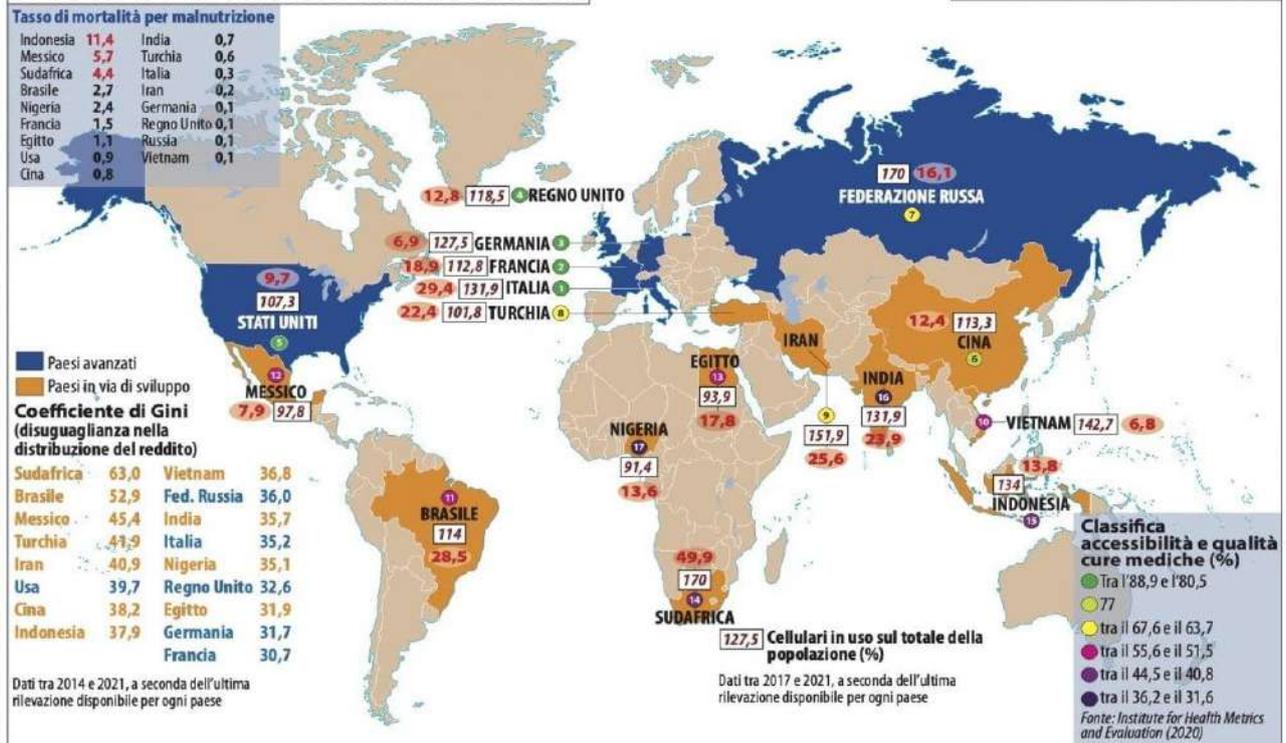
PIL pro capite in 44 Paesi dell'Europa



L'INCIDENTE DELL'OCCIDENTE

Il riflusso della globalizzazione, temuto o auspicato, è crisi del primato occidentale sotto l'egida di Washington. Dal vapore inglese al secolo americano, fino alle crisi gemelle del 2008-19, glorie e incognite di una supremazia in bilico. Il 'Sud Globale' non esiste.

GLOBALIZZAZIONE IN CHIAROSCURO



Fonte: World Bank: Global Hunger Index (2022) | Istat: online markets based on Internet penetration rate (2022) | Statista

<https://www.limesonline.com/rivista/l-incidente-dell-occidente-15828126/>

la Repubblica

Ocse, "cauto ottimismo" sull'economia globale. L'attività in Italia resta "debole", Pil a +0,7% quest'anno

a cura della redazione Economia

Per il 2025 è prevista una accelerazione al +1,2%. Serve un aggiustamento ai conti "ampio e duraturo"

MILANO – L'Ocse spruzza un poco di ottimismo sull'aggiornamento delle sue previsioni di crescita, confermando quelle dell'Italia e invitando come spesso a fare le riforme e ben spendere i soldi del Pnrr per sostenere l'andamento economico ora che non c'è più il Superbonus a tirare la carretta.

La crescita del Pil mondiale dovrebbe attestarsi al 3,1% nel 2024, stabile rispetto al 2023, prima di risalire leggermente al 3,2% nel 2025 grazie ad una "crescita più sostenuta dei redditi reali e ad un calo dei tassi direttori". si legge nelle Prospettive economiche pubblicate oggi a Parigi. Globalmente, prosegue l'organismo per la cooperazione e lo sviluppo economico internazionale, "le politiche macroeconomiche dovrebbero tuttavia rimanere restrittive in ampia parte delle economie, con tassi di interesse reali che caleranno solo progressivamente nel corso dei prossimi due anni e un moderato risanamento di bilancio in gran parte dei Paesi".

In generale l'Ocse coglie "alcuni segnali che il quadro globale ha iniziato a migliorare, anche se la crescita rimane modesta. L'impatto delle condizioni monetarie più restrittive continua, soprattutto nei mercati

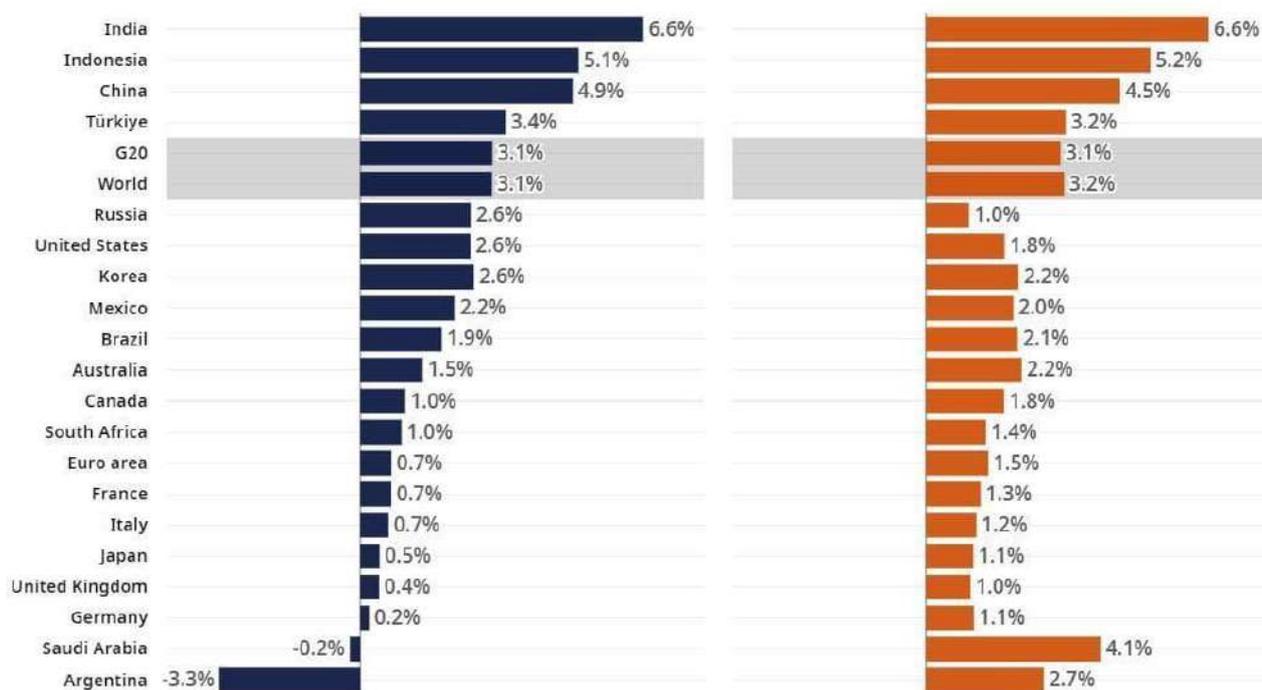
immobiliare e del credito, ma l'attività globale sta dimostrando una relativa resilienza, l'inflazione sta diminuendo più rapidamente rispetto alle proiezioni iniziali e la fiducia del settore privato sta migliorando”.

GDP growth projections for 2024 and 2025

% , year-on-year

G20 economies

OECD countries



Source: OECD Economic Outlook, May 2024.



Italia “debole”, Pnrr e riforme fondamentali

Quanto all'Italia, nelle prospettive economiche si dice che l'attività tricolore “resta debole” mentre il Pil è visto in crescita dello 0,7% quest'anno e in accelerazione al +1,2% il prossimo.

“L'elevata inflazione nel corso degli ultimi due anni ha eroso i redditi reali, le condizioni finanziarie rimangono restrittive e la maggior parte degli aiuti eccezionali legati alla pandemia da Covid-19 e alle crisi energetiche sono stati soppressi”, prosegue l'organismo parigino, sottolineando che tutto ciò “pesa sui consumi e gli investimenti privati. Il previsto rilancio della crescita dei salari reali e l'aumento dell'investimento pubblico legato ai fondi provenienti dal piano Next Generation EU compenseranno solo parzialmente queste difficoltà”, avverte l'Ocse.

Da Parigi vedono come rischio principale il fatto che lo stop al Superbonus, divenuto insostenibile per i conti pubblici, “inneschi una contrazione degli investimenti immobiliari superiore al previsto”. Resta comunque che gli sgravi fiscali – per quanto temporanei – e l'aumento di spesa pubblica legata al Pnrr “compensano ampiamente la riduzione del sostegno fiscale alle famiglie e alle imprese”, determinando una posizione fiscale neutrale nel 2024 e un moderato inasprimento fiscale nel 2025. Restano per il resto delle raccomandazioni che tornano ciclicamente: attuazione delle riforme strutturali nei settori della concorrenza, della giustizia civile e della pubblica amministrazione; incremento degli investimenti pubblici legati al Pnrr. Un mix necessario e fondamentale per sostenere la spinta economica.

Se le previsioni della crescita sono così confermate, le attese sull'inflazione sono positive: è stimata in drastico ridimensionamento quest'anno all'1,1%, dopo il 5,9% del 2023, e poi al 2% nel 2025. Per quel che riguarda il mercato del lavoro: il tasso di disoccupazione è previsto in continuo calo al 7,4% quest'anno, dal 7,6% del 2023, e poi al 7,3% nel 2025.

Serve un aggiustamento ai conti

Meno positive le previsioni sui conti pubblici: secondo l'Ocse l'incidenza del debito dell'Italia tornerà ad aumentare quest'anno al 139,1% del Pil, dopo il calo al 137,1% del 2023, e poi ulteriormente al 140% del Pil nel 2025. L'Italia dovrebbe ridurre il rapporto tra deficit e Pil al 4,4% quest'anno, dal 7,4% del 2023, e poi al

3,8% il prossimo, restando così al di sopra della soglia del 3% prevista dal patto di stabilità e di crescita dell'Ue.

Per riportare il rapporto debito/Pil italiano su un percorso più prudente sono necessari aggiustamenti fiscali e riforme strutturali.

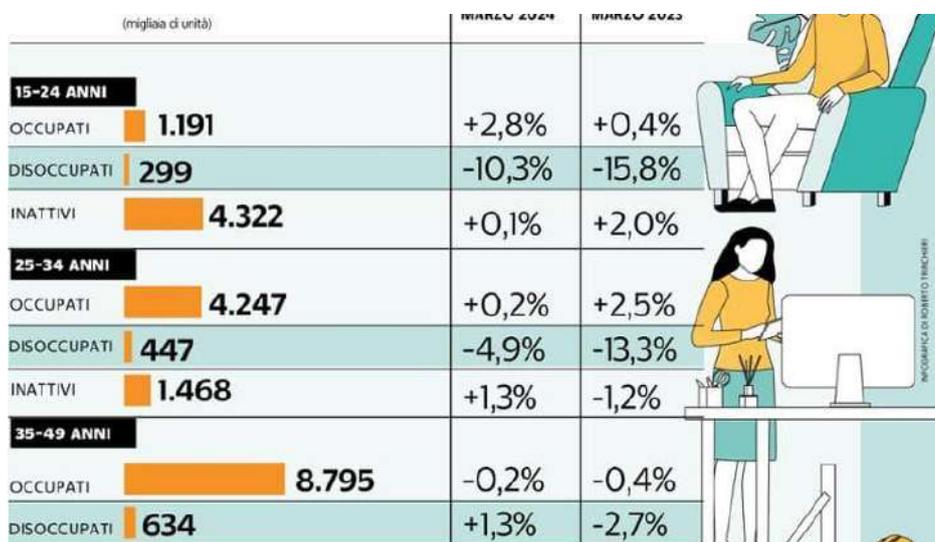
Sarà necessario, osserva l'Ocse, un aggiustamento fiscale ampio e duraturo nell'arco di diversi anni per far fronte alle future pressioni sulla spesa, riportando al tempo stesso il rapporto debito/Pil su un percorso più prudente e rispettando le nuove regole fiscali dell'Ue. L'aggiustamento, viene suggerito, dovrebbe includere azioni decisive per contrastare l'evasione fiscale, limitare la crescita della spesa pensionistica e condurre ambiziose revisioni della spesa.

https://www.repubblica.it/economia/2024/05/02/news/ocse_cauti_ottimismo_sulleconomia_globale_lattivita_in_italia_resta_debole_pil_a_07_questanno-422801664/?ref=RHVS-BG-P3-S1-T1

la Repubblica

L'occupazione sostenuta da over 50 e autonomi, ma crescono gli inattivi

Rosaria Amato



A marzo nuovo record con 425 mila lavoratori in più. La disoccupazione ai livelli del 2009. Soddisfatto il governo. Forte l'effetto di chi non va in pensione, in difficoltà chi è tra i 15 e i 49 anni

A marzo continua la corsa dell'occupazione, ma cambia direzione, perché 55 mila dei nuovi 70 mila occupati sono autonomi. Il **tasso di occupazione** raggiunge un **nuovo record** nelle serie Istat, arriva al **62,1%**, anche se si mantiene la consueta enorme distanza tra quello delle donne (lentamente risalito al 53%) e degli uomini (71,1%).

https://www.repubblica.it/economia/2024/05/04/news/loccupazione_sostenuta_da_over_50_e_autonomi_ma_crescono_gli_inattivi-422821710/?ref=RHLF-BG-P1-S1-T1

Italia, stipendi “reali” fermi da decenni. A conti fatti, dove si può vivere meglio?

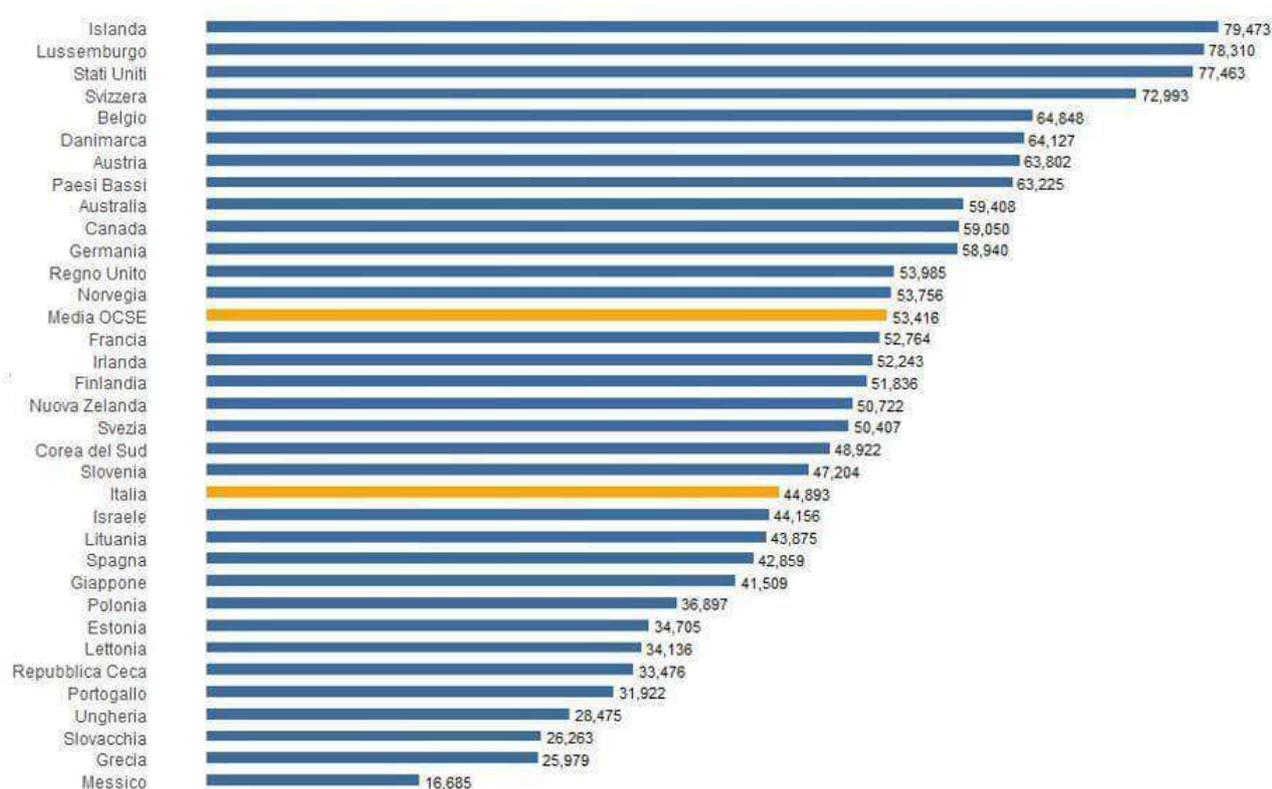
a cura di redazione Economia

Dagli anni Novanta, i nostri salari reali si sono inceppati al pari della produttività stagnante. L'inflazione degli ultimi mesi è stata una ulteriore mazzata. Ma se si considera il costo della vita, quali sono i Paesi migliori? Non è tutto come sembra.

MILANO – Stipendi italiani al palo, ma considerando il costo della vita chi sta meglio di noi? Dopo mesi di inflazione a livelli che diverse generazioni non hanno mai conosciuto, il potere d'acquisto delle famiglie è uscito con le ossa rotte. La frenata dei prezzi attesa per questo 2024 offre una speranza di sollievo, ma intanto è arrivata una mazzata arrivata su un quadro già fragile, segnato da una dinamica delle retribuzioni che è da tempo asfittica.

Se si prende l'ultimo *Salary Outlook* dell'Osservatorio JobPricing, che si basa su dati Ocse, si vede che (anno 2022) la retribuzione media annua in Italia rimane una delle più basse dell'area e d'Europa. Ragionando in termini di parità di potere d'acquisto, con 44.893 dollari siamo al 21esimo posto tra i 34 Paesi osservati dall'Organizzazione. La media è a 53.416 dollari e siamo più vicini al Messico (ultimo) che all'Islanda prima.

Figura 1.1 Salario medio annuo per i Paesi OCSE, anno 2022, PPA \$



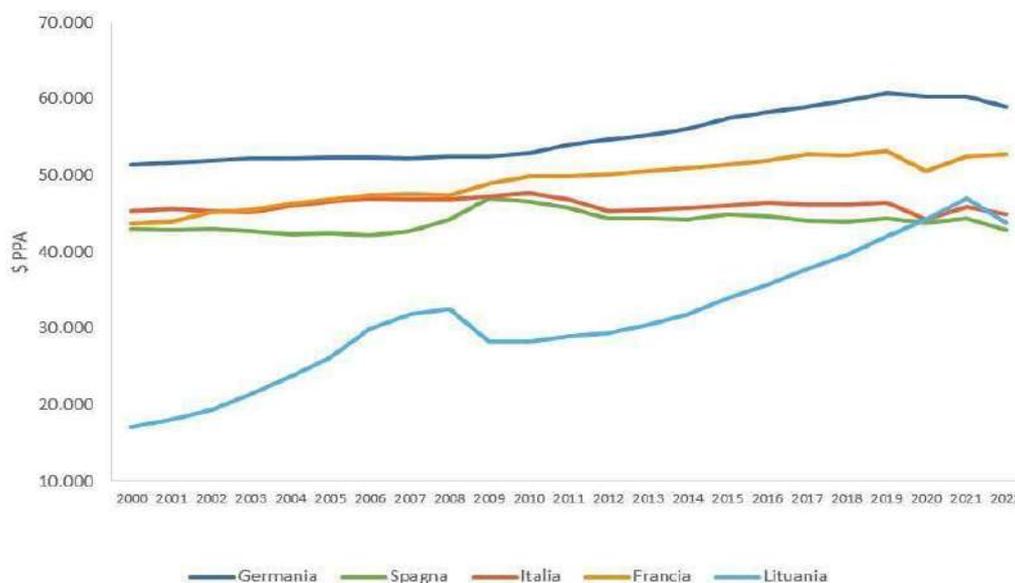
“Dei 17 Paesi dell'Eurozona inclusi nel grafico - dice il *Salary Outlook* - l'Italia si colloca al 10° posto, al di sotto di Paesi come il Lussemburgo, la Germania e la Francia, mentre la Grecia è l'ultima in classifica (25.979)”.

I rilievi della Commissione europea

Che l'Italia abbia un problema di stipendi è ormai un ritornello che torna da anni. Tra le varie fonti ufficiali che l'hanno certificato, si può prendere il rapporto della Commissione europea sulla convergenza sociale appena pubblicato. Il documento che ha puntato il dito contro l'effetto-boomerang dell'Assegno di inclusione (quello che ha mandato il soffitto al Reddito di cittadinanza) nella lotta alla povertà. Quel focus sull'Italia mette a nudo le fragilità strutturali del mercato del lavoro, che vanno oltre il recente guadagno di occupazione. Lì si legge, ad esempio, che “la crescita dei salari nominali non è stata sufficiente a colmare la perdita di potere d'acquisto causata dal recente picco di inflazione collegato alla crisi energetica generato dall'invasione russa in Ucraina”.

E poco dopo che "i salari italiani sono strutturalmente bassi: tra il 2013 e il 2022, la crescita dei salari nominali per occupato è stata del 12%", la metà della crescita europea (23%). E se si ragiona in termini di potere d'acquisto, ecco il testacoda con l'Italia che va in rosso del 2% mentre la Ue cresce del 2,5%. Lo stesso Salary Outlook, tornando ai dati Ocese, estende l'analisi al medio-lungo periodo evidenziando "una condizione salariale italiana che non ha brillato". I salari reali dal 2000 per l'Italia, così come per la Spagna, "sono rimasti allo stesso livello negli ultimi 23 anni (rispettivamente -0,9% e -0,3%). La Lituania ha registrato la crescita più elevata, pari al 156% (praticamente triplicando il salario medio), mentre alcuni Paesi presi come riferimento e spesso paragonati all'Italia, ovvero Francia e Germania, mostrano tassi di crescita rispettivamente del 21% e del 14,8%".

Figura 1.4 Salario reale medio annuo, anni 2000-2022, \$ PPA



La speranza di recupero nel 2024

Se si prendono solo gli anni più recenti, i redditi nominali da lavoro dipendente sono aumentati del 4,7% nel 2022 e del 3,8% nel 2023, soprattutto per la crescita delle retribuzioni contrattuali. Ma quelli reali sono diminuiti di circa il 2,3% nel 2023, dopo essere scesi addirittura del 4% nel 2022, proprio a causa dell'elevata inflazione.

È vero che solo pochissimi Paesi come Islanda, Svizzera o Francia sono riusciti a tenere botta ai prezzi, ma ora ci si affida alla speranza di recupero che si individua per quest'anno, con la proiezione di un aumento dell'1,6% in termini reali grazie alla frenata dell'inflazione.

Lo stesso rapporto della Commissione europea mette vicino la dinamica negativa dei salari a quella della produttività. Tra il 1995 e il 2022, la nostra è stata stagnante (+0,4%) contro una pur minima spinta europea (+1,6%).

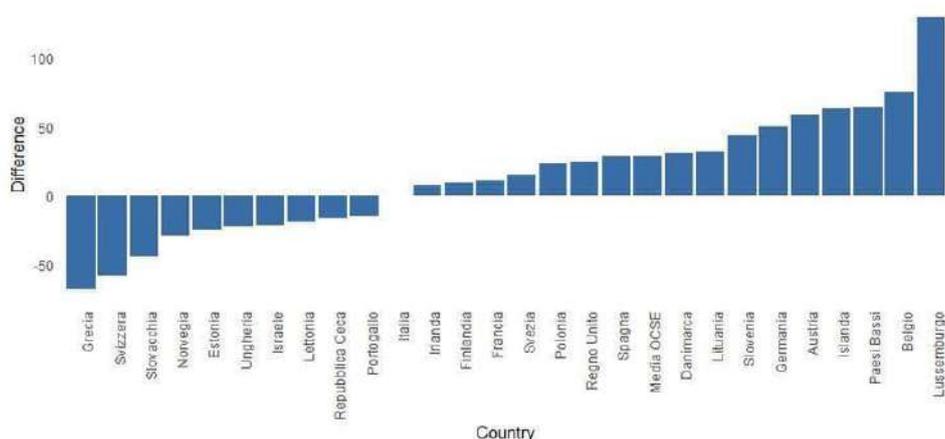
Il confronto con il costo della vita

Questi problemi strutturali si calano poi nella vita reale delle persone. E allora bisogna cioè "pesare" i salari per il costo della vita. Torna di nuovo utile il Salary Outlook, che offre un confronto tra gli indici delle retribuzioni nette – considerando quindi i diversi cunei fiscali – e del costo della vita. "Salvo pochissime eccezioni, si può affermare che, sebbene appaia evidente una relazione tra i due indicatori, ogni paese ha una propria particolare dinamica, diversa da quella del nostro paese", si legge nel documento.

Il grafico ne dà una dimostrazione plastica. Se prendiamo la Svizzera, ad esempio, è vero che è un Paese con salari molto elevati rispetto all'Italia (indice 162,6), "ma se confrontiamo l'indice del costo della vita scopriamo che è quasi doppio rispetto a quello dell'Italia (191,8)". E quindi, a conti fatti sta alle nostre spalle. Il bilancio peggiore – tra stipendi e costi – è quello della Grecia.

Francia, Spagna, Regno Unito e Germania offrono invece tre dinamiche differenti. Tutte, comunque, si posizionano alla nostra destra cioè con un bilancio vantaggioso.

Figura 1.7 Differenza tra gli indici di costo della vita e retribuzione netta per Paese (Italia=100)



Fonte: Elaborazioni Osservatorio JobPricing su dati OCSE, 2023.

“In Francia, i due indici sono abbastanza allineati, quindi se in proporzione i salari netti sono più alti che in Italia, il costo della vita è altrettanto più alto; in Spagna, i salari netti di poco inferiori ai nostri sono più che compensati da un costo della vita sensibilmente più basso che da noi; infine, in Germania e nel Regno Unito, i salari sono più elevati rispetto a quelli dei lavoratori italiani, ma il costo della vita è solo di poco superiore al nostro”.

https://www.repubblica.it/economia/2024/05/09/news/italia_stipendi_reali_fermi_da_decenni_a_conti_fatti_dove_si_puo_vivere_meglio-422889585/?ref=RHLF-BG-P16-S1-T1

la Repubblica

Rallenta l’inflazione, ad aprile scende allo 0,9%. Nell’Eurozona ferma al 2,4%

a cura della redazione Economia

Prezzi frenati dal calo dell’energia sul mercato libero e dalla minor crescita di trasporti e alimentari. Il carrello della spesa passa da +2,6 a +2,4%. L’alert dei consumatori sul caro-vacanze

MILANO – Rallenta ancora l’inflazione in Italia, resta ferma nell’Eurozona. Sono i dati, molto attesi dagli osservatori perché possono dare importanti indicazioni alla Banca centrale europea in vista del probabile taglio dei tassi a giugno, che emergono dalle stime provvisorie di Istat ed Eurostat

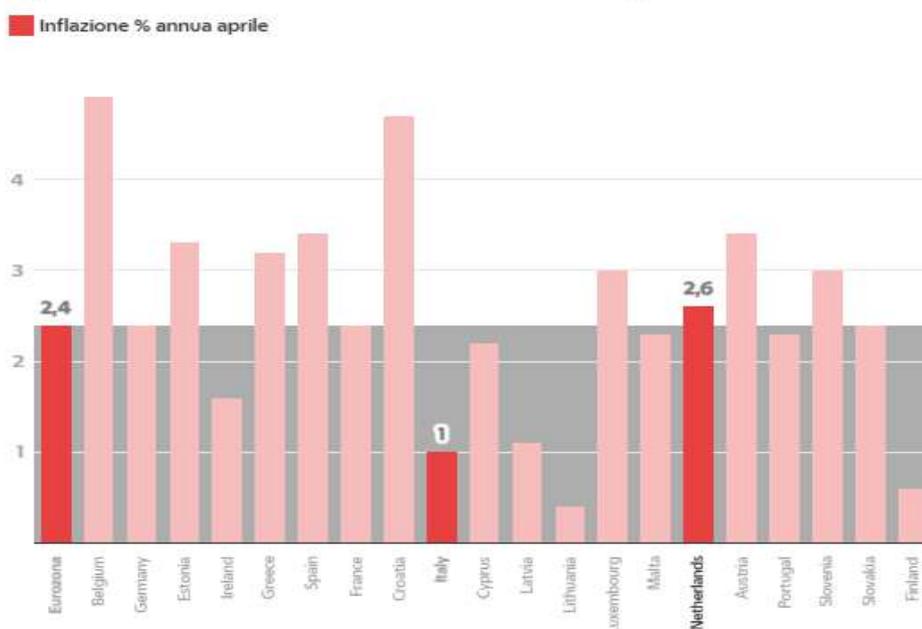
I prezzi in Italia

“Ad aprile, secondo le stime preliminari, l’inflazione torna a scendere, portandosi a 0,9%”, si legge nel comunicato dell’Istituto nazionale di statistica. Si tratta di un rallentamento, dunque, rispetto all’1,2% annuo registrato a marzo. Lo 0,9% di aprile è un dato lievemente più basso anche dell’aspettativa degli analisti di Unicredit, che in mattinata – prima dell’uscita ufficiale dell’Istat – indicavano un probabile +1%. “La lieve decelerazione risente perlopiù della dinamica tendenziale dei prezzi dei Beni energetici non regolamentati (-13,9% da -10,3% di marzo) e dei Servizi relativi ai trasporti (+2,9% da +4,5%). In leggero rallentamento risultano anche i prezzi dei Beni alimentari (+2,6% da +2,7%)”, spiega ancora l’Istat. “Di contro – aggiunge – i prezzi dei Beni energetici regolamentati mostrano una decisa ripresa tendenziale (+0,8% da -13,8%), nonostante il calo congiunturale (-8,2%)”.

La variazione mensile dei prezzi è indicata allo 0,2%.

Se si guarda alla cosiddetta “inflazione di fondo”, quella che esclude le voci più volatili come energia e alimentari freschi, il rallentamento nella variazione annua è da +2,3% a +2,2%. Continua anche la discesa del “carrello della spesa” che passa a +2,4% da +2,6%.

I prezzi nell'Eurozona: l'inflazione di aprile



I prezzi nell'Eurozona

In linea con le attese è invece il dato dell'Eurozona, che nella stima flash di Eurostat è stato pari al 2,4%, lo stesso livello registrato a marzo. Se si escludono energia, alimentari, alcol e tabacchi la crescita dei prezzi si modera dal 2,9% di marzo al 2,7%, leggermente sopra le previsioni di un +2,6%.

Per un confronto omogeneo con gli altri Paesi, per l'Italia bisogna utilizzare l'indice armonizzato dei prezzi al consumo (IPCA) che aumenta dello 0,6% su base mensile, per la fine dei saldi stagionali, di cui l'indice principale (NIC) non tiene conto, prolungatisi in parte anche a marzo, e dell'1,0% su base annua (da +1,2% del mese precedente).

I costi di voli e alberghi

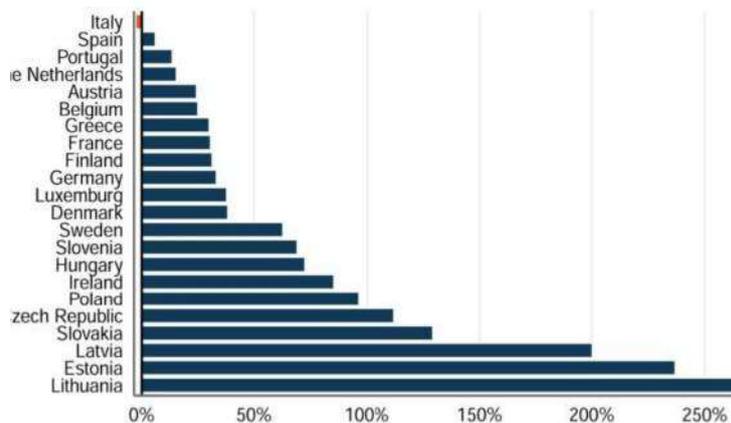
Commentando i dati sui prezzi in Italia, il Codacons annota che è “terminato l'effetto Pasqua” che aveva portato alla risalita dei listini con sensibili rincari specie nel settore dei trasporti”. Il calo dell'inflazione però “non può dirsi soddisfacente” e anzi per l'associazione “i listini al dettaglio non solo non devono aumentare, ma dovrebbero calare registrando segno negativo”. L'Unione nazionale dei consumatori punta il dito proprio contro la crescita dei prezzi “che colpisce chi vuole prendersi dei giorni di ferie”. afferma Massimiliano Dona, presidente dell'Unione Nazionale Consumatori. “Rincari molto preoccupanti in previsione delle prossime ferie estive”, dice l'associazione che mette in testa alla top ten degli aumenti mensili Alberghi, motel e pensioni che rispetto a marzo segnano un balzo astronomico del 9,8%. Medaglia d'argento per i Voli internazionali che decollano in appena 30 giorni dell'8,5% (in media il trasporto aereo passeggeri sale del 7,2%) e non va molto meglio per i Pacchetti vacanza internazionali, al sesto posto con +4,7%.

Secondo il presidente delle Coop Marco Pedroni, “nonostante i dati di oggi confermino un rallentamento dell'inflazione e una timida accelerazione della crescita del Pil, gli italiani fanno fatica a percepire un miglioramento delle condizioni economiche del Paese”. L'Ufficio studi Coop calcola infatti che il delta tra “l'inflazione percepita e quella misurata, nel 2024 potrebbe aggirarsi intorno ai 9 punti percentuali (+1,3% quella prevista nelle misurazioni statistiche e +10,3% quella percepita), come se gli italiani avessero perso in un anno circa 3600 euro a famiglia”. Dalla Federdistribuzione si sottolinea che “nei prossimi mesi sarà importante recuperare un clima di fiducia che possa contribuire a ridare slancio ai consumi, fondamentali sia per la tenuta dell'economia nazionale sia per la crescita delle imprese”.

https://www.repubblica.it/economia/2024/04/30/news/rallenta_inflazione_ad_aprile_scende_allo_09_nelleurozona_ferma_al_24-422777570/?ref=RHVS-BG-P3-S8-T1

In Italia si guadagna meno che nel 1990, è l'unico paese Ue dove i salari reali sono scesi: il grafico di Redazione Economia

Figure 4. Changes in inflation-adjusted wages (1990-2020)



Fonte: OECD.

La rincorsa prezzi-salari — che innescherebbe una preoccupante spirale inflattiva che ricorda tanto gli anni della «scala mobile» — è da evitare, certo. L'Italia però è involupata da anni in una storia di salari troppo bassi, come plasticamente evidenziato da questa classifica dell'Ocse su dati Eurostat che vede i redditi medi italiani sotto ai livelli degli anni '90 (vedi tabella in alto). D'altronde c'è una vasta area di povertà fatta di chi non ha un contratto fisso, spesso finisce travolto — è il caso dei giovani — nel girone dantesco dei tirocini. L'Inps, registrò l'allora presidente Pasquale Tridico, ritiene che questa area sia composta da «due milioni di lavoratori», fatta anche di contratti stagionali nel turismo e nei servizi in cui la dimensione del «nero» non è irrilevante e le cornici contrattuali scavalcate da illegalità e difese malamente dai pochi controlli.

Il salario reale: la discesa inesorabile dal 1990

La vera misura di quanto guadagnano le persone è quello che in economia si chiama salario reale, cioè il salario rapportato ai prezzi. Secondo i dati Ocse, l'Italia è tra le grandi economie il Paese in cui i salari reali sono diminuiti di più. Meno 7,3% solo nel 2022 rispetto al 2021, anno in cui la crescita dei prezzi trainata dal rincaro dell'energia ha ridotto pesantemente il potere d'acquisto delle famiglie. Paghiamo anni di redditi al palo bloccati (anche) da una produttività stagnante e il conto si scarica pure su chi un lavoro lo ha. Il problema è che si tratta di una tara storica. Come agire sul potere d'acquisto per alleviare le difficoltà di chi «vive sotto i 35 mila euro all'anno» però è oggetto di dibattito da sempre ([Qual è lo stipendio giusto per il tuo lavoro? Vai al calcolatore di Corriere.it](#)).

Il ritardo storico

I salari reali in Italia, secondo l'Ocse, erano già scesi del 2,9% dal 1990 al 2020. L'alta inflazione generata dalla guerra in Ucraina e della veloce ripresa post Covid aggrava un problema che avevamo già. Se fino a questo punto i protagonisti della storia sono due — i salari e i prezzi — per capire che cosa stia succedendo bisogna introdurre un terzo attore: la produttività. La quantità di prodotto che si riesce a sfornare nell'unità di tempo.

Il nanismo delle nostre imprese

Spiega Tommaso Monacelli, ordinario di Macroeconomia all'università Bocconi di Milano, che «i bassi salari sono la spia di un malessere profondo dell'economia. Che derivano da una crescita anemica della produttività totale dei fattori. I salari fermi sono, a mio avviso, la più grande ferita nel modello di specializzazione produttiva dell'Italia, basata sulle piccole e medie imprese. Con un impatto inevitabile anche sulla demografia. Con una forza lavoro anziana e poco istruita, per una scarsa percentuale di lavoratori con istruzione avanzata, ne risente anche la produttività. A ciò si aggiunga un mercato dei capitali poco dinamico e la ridotta dimensione delle imprese anche per sfuggire ai radar del fisco, generalmente poco aperte per questo all'innovazione tecnologica e dunque al valore aggiunto che ciò genera sulla produttività, retaggio anche di un capitalismo familiare affetto dal dogma del controllo».

Il confronto tra i Paesi dell'Eurozona su dati Bce

Analizzando i dati della BCE, si può notare un certo scarto nella crescita del valore nominale dei salari tra i vari paesi dell'Eurozona, ha segnalato uno studio dell'associazione Adapt che trovate qui. Nel 2022, la crescita registratasi in Italia è del solo 1.1%, mentre altri Paesi registrano percentuali più elevate, come nel caso della Germania (2.7%) o della Repubblica Ceca (4.4%). Emblematico è il caso della Francia, in cui il valore nominale dei salari è cresciuto indicativamente del 5%. Nella maggior parte dei settori sono state applicate delle clausole di revisione ricollegate all'oscillamento dell'inflazione, che ha permesso una nuova negoziazione dei contratti collettivi, con un conseguente aumento del valore nominale dei contratti.

L'aumento dell'inflazione si è mangiato la crescita dei salari

«In una prospettiva a lungo termine, appare evidente che l'aumento dei prezzi, così repentino e sproporzionato, abbia completamente eroso l'aumento nominale delle retribuzioni contrattuali registratosi in questi anni. Sebbene dal 2015, si sia riscontrata una crescita dei salari, anche in termini reali, nella maggior parte dei paesi europei, tale crescita, il cui trend già nel 2021 aveva subito un calo, fino a scendere drasticamente nel 2022, si è arrestata con l'aumento dell'inflazione», scrivono i ricercatori Adapt.

Il confronto con il 2008

Se parametrriamo tutto al 2008, anno della crisi finanziaria che travolse il sistema bancario americano, i salari italiani sono più bassi del 12% in termini reali, spiega il Global Wage Report presentato dall'Ilo, l'Organizzazione internazionale del Lavoro. La retribuzione media, a parità di potere d'acquisto tra tutti i Paesi del mondo, da noi è poco superiore alla soglia dei 35 mila euro. La media Ocse è però superiore ai 46 mila euro.

https://www.corriere.it/economia/lavoro/24_maggio_09/in-italia-si-guadagna-meno-che-nel-1990-e-l-unico-paese-ue-dove-i-salari-reali-sono-scesi-il-grafico-741356f1-2bd7-46de-b0af-1717f28c6x1k.shtml

CORRIERE DELLA SERA

Superbonus da 160 miliardi e conti pubblici allo sfascio: di chi è davvero la colpa

di Milena Gabanelli e Francesco Tortora

Il Superbonus è diventato il peggiore incubo del governo Meloni: «[Un mostro che ha distrutto le condizioni della finanza pubblica](#)», «[la più grande patrimoniale al contrario mai fatta](#)».

L'osservatorio britannico Oxford Economics l'ha definito «[la peggiore misura di politica fiscale attuata in Italia negli ultimi dieci anni](#)».

E allora vediamo tutta la storia e i conti del Superbonus, introdotto con il «[decreto Rilancio](#)» dal governo Conte II a maggio 2020, in pieno lockdown.

Il provvedimento

Ideato per contrastare gli effetti della pandemia sulla chiusura di quasi tutte le attività, il Superbonus prevede una detrazione del 110% in 5 anni per interventi di efficientamento energetico e modifiche antisismiche sugli edifici. Significa che se spendi 100 puoi scalare dalle imposte dovute 110.

Ma se i soldi ti servono subito puoi vendere il credito con uno sconto a una banca (cessione del credito) o a chi te lo compra, ad esempio alla ditta che porta a termine la ristrutturazione (sconto in fattura). Il credito si può girare illimitatamente a più soggetti che a loro volta possono detrarlo dalle tasse o rivenderlo. La misura è temporanea, scade a dicembre 2021 e la previsione di spesa è di 33,6 miliardi ([qui](#) pag.12).



Esplosione dei prezzi, agevolazioni e frodi

Le richieste di agevolazioni partono lentamente e nel primo anno non superano i 6 miliardi di euro. Ma già a dicembre 2021 schizzano a 16,2 miliardi di euro.

Cosa è successo? Siccome paga tutto lo Stato, salta lo stimolo a negoziare sul prezzo, i costi esplodono e il meccanismo si estende a tutta la filiera dei fornitori. In più il decreto non prevede controlli serrati a monte, aprendo così la strada alle emissioni di fatture false

Al governo c'è Mario Draghi che impone la modifica della norma sulle verifiche ([Decreto antifrode](#)) e con la legge di bilancio 2022 propone di rivedere il provvedimento: il Superbonus ha un costo troppo alto, favorisce i ricchi e ha un effetto distortivo, a cominciare da un forte aumento dei prezzi dei componenti legati alle ristrutturazioni.

[Draghi propone per le case unifamiliari di limitare il bonus ai proprietari con un Isee sotto i 25 mila euro.](#)

I Cinque Stelle, ideatori della misura e principale forza politica a sostegno del governo, fanno muro e minacciano la crisi di governo.

[La Lega di Salvini](#) si batte perché non sia imposto «nessun tetto Isee per il Superbonus»; [Forza Italia](#) rilancia e chiede che «sia esteso tal quale fino a tutto il 2023». [Il Pd è favorevole all'incentivo](#) e tenta una mediazione tra premier e Cinque Stelle.

[Giorgia Meloni tuona dall'opposizione](#): «Il Superbonus è uno strumento molto utile per rilanciare l'economia e sostenere un settore in difficoltà, fatto in gran parte da piccole e medie imprese». [Alla fine Draghi cede e il 110% è rifinanziato senza cambiamenti.](#)

Lo scontro tra Draghi e i partiti

FINE 2021



Cambia il governo e si va in deroga

A fine 2022 le richieste salgono di altri 46,3 miliardi. Nel frattempo si insedia il governo Meloni, e la premier ha cambiato idea sul Superbonus: lo considera un fallimento ed è «[pronta ad archiviare la logica dei bonus](#)».

A novembre riduce la soglia al 90% per il 2023 ([art.9 decreto aiuti quater](#)) e annuncia il blocco della cessione del credito a partire da febbraio 2023 ([decreto 11/2023](#)).

Ma concede deroghe e proroghe: continuano a godere del 110% per tutto il 2023 i condomini che hanno già iniziato le ristrutturazioni o che hanno presentato il documento di inizio lavori (CILA) entro fine 2022. Stessa sorte per le villette adibite ad abitazione principale, a condizione che il proprietario abbia un Isee sotto i 15 mila euro e che entro il 30 settembre del 2022 abbia portato a termine il 30% dei lavori.

La cessione del credito resta tal quale per le spese effettuate nel 2023 dai condomini che hanno avviato le ristrutturazioni o che hanno approvato la delibera assembleare di inizio lavori e presentato la CILA prima del 17 febbraio 2023. Risultato: a marzo 2024 il conto sale di altri 54,7 miliardi.



Dai 33 miliardi iniziali si passa a 160

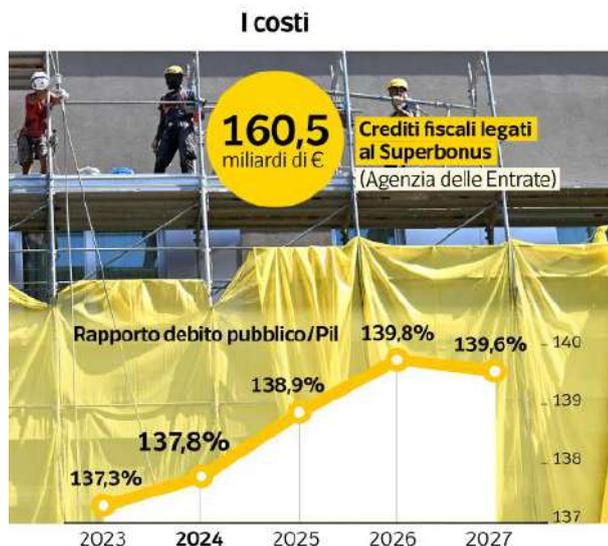
Ai crediti elencati bisogna aggiungere gli interventi agevolati con il Super Sismabonus, di cui non sono disponibili informazioni pubbliche aggiornate e che secondo i dati riportati dall'Ufficio Parlamentare di bilancio supererebbe i 35 miliardi di euro ([qui](#) pag. 22).

Tirando le somme l'Agenzia delle entrate stima che ad aprile i crediti fiscali legati al Superbonus abbiano raggiunto **160,5 miliardi**, di cui 7 miliardi sono da annullare perché legati a frodi, errori e duplicazioni.

Il ministro dell'Economia Giorgetti, alla presentazione del Def [dichiara che il Superbonus avrà un «effetto devastante»](#) sul deficit dei prossimi anni (nel 2024 stimato al 4,3% del Pil) e contribuirà «pesantemente» all'aumento del debito pubblico (137,8% rispetto al Pil).

Tradotto vuol dire che non ci saranno soldi per fare altri investimenti. Dal 2024 i rimborsi del Superbonus sono ridotti al 70% e poi al 65% dal 2025, detraibili dalle tasse in 4 anni.

Però il [ministro Giorgetti](#), per dare ossigeno ai conti pubblici, ha recentemente proposto di spalmarli su dieci anni per decreto. [E su questo tutti i partiti sono d'accordo.](#)



Quanto è ritornato nelle casse pubbliche?

Un effetto del Superbonus sull'economia è stato quantificato.

L'istituto per la ricerca economica [Prometeia](#) ha stimato una crescita del Pil annuale dello 0,8% all'anno, ovvero 86 miliardi in più di Pil cumulato in tre anni, e 100 miliardi di maggiori investimenti.

Dal 2020 al 2023, conferma [l'Istat](#), il settore delle costruzioni ha registrato un +35%, e nel biennio 2021-22 ha beneficiato di 16,5 miliardi di investimenti residenziali in aggiunta a quelli che sarebbero stati comunque effettuati ([qui](#) pag. 38): è il comparto che ha maggiormente trainato la crescita, superando ampiamente i ritmi degli altri Paesi europei.

Il Superbonus ha inciso sull'occupazione. Secondo lo [Svimez](#) tra il 2021 e il 2024 ha dato lavoro a 429 mila unità: 322 mila al Centro-Nord, 107 mila nel Mezzogiorno.

[L'Osservatorio sui Conti pubblici](#) stima che con il Superbonus «per ogni 100 euro di spesa ne rientrano circa 20 sotto forma di maggiori imposte e contributi sociali»: su 160 miliardi, il rientro sarebbe di circa 32 miliardi. Infine nelle casse dello Stato sono tornati [13,95 miliardi con il Pnrr](#).



A vantaggio delle famiglie più agiate

In quattro anni, fra abitazioni singole e condomini, gli edifici che hanno usufruito del Superbonus sono [493.398, più 8 castelli](#). L'investimento medio per i condomini è stato di 593 mila euro, per le ville 117 mila, per i castelli 242 mila. Sono stati efficientati il 4,1% di tutte le abitazioni italiane.

Gli investimenti sono andati soprattutto alle famiglie più agiate visto che il 50% degli interventi ha riguardato villette contro il 26,8% di condomini. Lo conferma anche la Corte dei conti ([qui](#) pag.29) sottolineando come la misura abbia favorito «i proprietari più dotati di risorse finanziarie».

Il risparmio energetico a fine 2022 – dichiara l'ultimo Rapporto Enea – è stato di 9.410,5 GWh.

Tutti gli interventi di efficientamento hanno fatto risparmiare a chi ha ristrutturato casa l'equivalente di 2,5 milioni di tonnellate di petrolio e circa 3 miliardi in bolletta ([qui](#) pag.56).

Il beneficio collettivo invece è di [6,5 milioni di tonnellate di CO2 in meno](#), quanto un anno di traffico [su Fiumicino, Orio al Serio e Capodichino](#).



Boomerang per i conti pubblici

Nonostante il contributo alla ripresa economica, la differenza tra costi e benefici resta notevole: «Nato come una misura emergenziale condivisibile sia per la finalità sia per l'impatto diretto sulla domanda interna e il basso contenuto di importazioni, il Superbonus è diventato un boomerang per i conti pubblici in seguito alle numerose deroghe sulla scadenza e i potenziali beneficiari - spiega a *Dataroom* una nota di Prometeia -. Gli indubbi benefici in termini di crescita del Pil vanno commisurati non solo al costo per le finanze pubbliche, ma anche al contro-shock inevitabile nei prossimi anni e alle politiche fiscali restrittive necessarie per compensare quell'eccesso di spesa». A far esplodere i costi, nell'ultimo anno, sono stati i ripetuti annunci di norme volte a contenere il bonus che hanno spinto sempre più proprietari ad accelerare i lavori, e poi le eccezioni imposte dalla maggioranza ai decreti che avrebbero dovuto limitare le agevolazioni.

<https://www.corriere.it/dataroom-milena-gabanelli/superbonus-160-miliardi-conti-pubblici-sfascio-chi-davvero-colpa/c1da0aec-0c51-11ef-acfb-837f4e28c44d-va.shtml>



Def: Confesercenti, senza taglio del cuneo fiscale nel 2025 si perderanno 5,5 miliardi di euro di consumi

Senza il taglio del cuneo fiscale nel 2025 perderemmo circa 5,5 miliardi di euro di consumi a prezzi costanti, con una crescita della spesa delle famiglie che rallenterebbe dal +0,7% al +0,2%. Se per l'anno in corso, infatti, prevale l'ottimismo, con una previsione di crescita del PIL dell'1%, positiva considerata la situazione internazionale, le prospettive per il 2025 sono invece dominate dall'incertezza.

Così Confesercenti in audizione sul DEF davanti alle Commissioni Bilancio di Camera e Senato.

La decisione di non presentare il quadro programmatico rappresenta già di per sé un elemento di incertezza. Il governo prevede una crescita del Pil dell'1,2%, ma la stima potrebbe non includere il costo della decontribuzione: al netto di questa, Confesercenti stima una variazione del Pil del +0,8%, che potrebbe raggiungere il +1.2% indicato dal DEF solo con il taglio del cuneo.

Preoccupa, quindi, la possibilità di mantenere o meno nei prossimi anni le misure introdotte nella scorsa legge di bilancio solo per il 2024: il taglio del cuneo da solo vale circa 11 miliardi.

In questo quadro, Confesercenti individua tre questioni prioritarie, fino ad oggi affrontate in maniera discontinua e inefficiente, su cui auspica un cambio di marcia nell'azione di governo: contrastare il declino dell'occupazione indipendente; investire nel turismo, porre argini alla delocalizzazione della ricchezza.

Su quest'ultimo punto, Confesercenti invita ad una riflessione sulla necessità di verificare e riequilibrare le distorsioni concorrenziali tra le imprese del territorio e le grandi piattaforme multinazionali di servizi digitali che molto spesso non hanno radici in Europa e che tendono a sottrarre ricchezza al territorio e a trasferirla altrove.

L'impatto di questo processo, secondo le stime Confesercenti, si concretizzerà nella perdita di circa 1 miliardo di euro di vendite per i negozi, con la conseguente sparizione di 15mila piccole imprese e 18mila posti di lavoro tra il 2024 ed il 2025.

<https://www.fiscoequo.it/def-confesercenti-senza-taglio-del-cuneo-fiscale-nel-2025-si-perderanno-55-miliardi-di-euro-di-consumi/>



Ocse: tasse sul lavoro aumentano in contesto inflazione persistente

Luciano Cerasa

Aliquote fiscali effettive aumentate in maggior parte dei paesi membri.

Nei paesi Ocse le tasse sul lavoro aumentano in un contesto di inflazione persistente.

Secondo un nuovo rapporto dell'Organizzazione per la cooperazione e lo sviluppo economico nel 2023 un secondo anno consecutivo di elevata inflazione ha spinto al rialzo le tasse sul lavoro.

"Taxing Wages 2024" rivela che le aliquote fiscali effettive sui redditi da lavoro sono aumentate nella maggior parte dei paesi Ocse, con un calo del reddito al netto delle imposte dei lavoratori single che percepiscono il salario medio in 21 dei 38 paesi aderenti.

Nella maggior parte dei paesi – rileva l'Ocse in una sintesi del rapporto – l'aumento della tassazione sul lavoro è stato determinato principalmente dall'aumento delle imposte sul reddito delle persone fisiche. Mentre i salari reali sono diminuiti in 18 paesi, i salari nominali sono aumentati in 37 dei 38 paesi membri, poiché l'inflazione è rimasta al di sopra dei livelli storici.

In assenza di indicizzazione automatica dei sistemi fiscali in molti paesi, l'elevata inflazione tende ad aumentare le passività fiscali dei lavoratori spingendoli verso scaglioni fiscali più elevati ed erodendo il valore degli sgravi fiscali e dei benefici in denaro che ricevono.

La nuova analisi dell'Ocse si concentra sul confronto tra paesi del cuneo fiscale sul lavoro, definito come il totale delle tasse sul lavoro pagate sia dai dipendenti che dai datori di lavoro, meno i benefici familiari, come percentuale del costo del lavoro e prende in esame otto diversi tipi di famiglie, che variano in base al livello di reddito e alla composizione della famiglia.

Per un lavoratore single che percepisce il salario medio, nel 2023 il cuneo fiscale medio nei paesi Ocse è stato del 34,8%, dal 53% in Belgio allo 0% in Colombia. Il cuneo fiscale medio per questa tipologia di famiglia è aumentato di 0,13 punti percentuali a partire dal 2022 segnando un incremento per il secondo anno consecutivo.

L'edizione di quest'anno di Taxing Wages include uno speciale che esamina le differenze tra il cuneo fiscale tra il primo e il secondo percettore. Nello specifico, il rapporto analizza le aliquote fiscali sulla seconda fonte di reddito nelle coppie sposate, di cui oltre il 75% sono donne in quasi tutti i Paesi Ocse.

Si scopre che nella maggior parte i lavoratori che percepiscono il secondo reddito devono affrontare aliquote fiscali effettive più elevate rispetto ai lavoratori single quando iniziano a lavorare allo stesso livello salariale, sebbene la differenza si sia ridotta negli ultimi anni.

In media il secondo percettore di una coppia senza figli che inizia a lavorare al 67% del salario medio si trova ad affrontare un cuneo fiscale del 34%, contro il 31% di un lavoratore single che guadagna il 67% del salario medio. I disincentivi fiscali per la seconda fonte di reddito sono maggiori nei paesi in cui la tassazione avviene a livello familiare o nei paesi con tassazione a livello individuale dove gli sgravi fiscali sono considerati a livello familiare.

<https://www.fiscoequo.it/ocse-tasse-sul-lavoro-aumentano-in-contesto-inflazione-persistente/>

la Repubblica

Oltre la metà degli italiani fatica ad arrivare a fine mese. Uno su tre chiede aiuto alla famiglia

Lievi miglioramenti nel rapporto Eurispes rispetto al 2023, ma non basta. Mattarella il più apprezzato

Stretti tra l'inflazione galoppante degli ultimi mesi, che solo di recente ha iniziato a dar tregua ma certo non basta per riportare indietro le lancette del costo della vita, gli italiani sono in difficoltà finanziaria.

Istat, povertà ai massimi degli ultimi 10 anni, cresce anche tra chi lavora. Il Pd: "Serve il salario minimo, Meloni non si volti dall'altra parte"

di Rosaria Amato 15 Maggio 2024

Il peggio è forse alle spalle, infatti nel Rapporto Italia 2024 dell'Eurispes presentato oggi si vede che alcuni indicatori della situazione economica delle famiglie italiane registrano un lieve miglioramento rispetto al 2023. Ma, nonostante questo, oltre la metà della popolazione non riesce ad arrivare a fine mese senza grandi difficoltà (57,4%). Inoltre bollette (33,1%), affitto (45,5%) e rate del mutuo (32,1%) rappresentano un problema per molti nuclei.

Per far quadrare i conti, gli italiani sono costretti a chiedere aiuto alla famiglia di origine (32,1%), oppure a ricorrere all'acquisto a rate (42,7%). Quasi tre italiani su 10 (il 28,3%) rinunciano anche a cure, interventi dentistici o controlli medici.

Il quadro delineato dal presidente Gian Maria Fara è che "incertezze e instabilità sono diventate la norma". Torna se non altro a crescere la fiducia degli italiani verso le istituzioni, pubbliche e private, ma solo una parte raccoglie oltre la metà dei consensi.

Il più apprezzato è il presidente della Repubblica, Sergio Mattarella (60,8% dei consensi, +8,6% rispetto al 2023), mentre il Parlamento fa registrare un lieve aumento di fiducia (dal 30% del 2023 al 33,6% del 2024), anche se i cittadini delusi sono la maggioranza (58%).

Esprimono consenso nei confronti del Governo poco più di un terzo degli italiani (36,2%), ma gli sfiduciati anche in questo caso restano la maggioranza (55,4%). Tra le forze dell'ordine, l'Arma dei Carabinieri raggiunge il 68,8% dei consensi (+16%), mentre tra le altre istituzioni che crescono nel 2024 in grado di fiducia ci sono anche la Chiesa Cattolica (52,1%), la scuola (66%) e il sistema sanitario (58,3%).

A perdere consensi rispetto al 2023 sono solo tre istituzioni: i partiti (che passano dal 32,5% al 29,85%), i sindacati (dal 43,1% al 42,7%) e le altre confessioni religiose (da 38% a 34,5%).

Tra gli aspetti di attualità indagati nel Rapporto, spicca il 60,4% dei cittadini contrario alla costruzione del Ponte sullo Stretto. Il 61,2% al sostegno al reddito.

Inoltre il 58,5% è contrario al prolungamento del Superbonus per l'edilizia.

Il 52,7% del campione è infine contrario all'ipotesi di fissare il limite di velocità di 30 Km/h all'interno dei centri urbani.

https://www.repubblica.it/economia/2024/05/24/news/oltre_la_meta_degli_italiani_fatica_a_d_arrivare_a_fine_mese_uno_su_tre_chiede_aiuto_alla_famiglia-423102724/?ref=RHVS-BG-P4-S5-T1