

ASIQUAS Review

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

Per una sanità pubblica ... anche dopo la pandemia
n. 16 del 1.07.2024



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 Politecnico della Marche, presso Università del Salento; Direttore di www.osservatoriosanita.it; già Direttore FIASO, Federazione Italiana Aziende Sanitarie e Ospedaliere, membro Comitato Programma Nazionale Esiti – PNE; Membro Comitato del Tavolo Tecnico AGENAS e Regioni Re.Se.T., Reti per i Servizi Territoriali.

Antonio Giulio de Belvis

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

Maurizio Dal Maso

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

Emanuele Di Simone

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

Nicoletta Dasso

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

Lidia Goldoni

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

Francesco Medici.

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

Maria Piane

Socia ASQUAS, Associazione Italiana per la Qualità dell'Assistenza Sanitaria e Sociale. Laurea in Scienze Biologiche, Specializzazione in Genetica Medica, Dottorato in Genetica Medica e Master in Management E Innovazione nelle Aziende Sanitarie, tutti conseguiti presso "Sapienza" Università di Roma. È ricercatore universitario SSD MED/03 presso il Dipartimento di Medicina Clinica e Molecolare della Facoltà di Medicina e Psicologia, "Sapienza" Università di Roma dove svolge la sua attività di ricerca in ambito di neurogenetica, cardiogenetica e oncogenetica.

Svolge attività diagnostica presso l'Azienda Ospedaliera Sant'Andrea, UOD Genetica Medica, dove è strutturata come Dirigente biologo di I livello. Si occupa principalmente diagnosi di tumori eredo-familiari e di cardiopatie su base genetica.

Mario Ronchetti

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

Andrea Vannucci

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

Contatti.

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

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

- Volume 1 dal n. 1 al n. 14
- Volume 2 dal n. 14 al n.29
- Volume 3 dal n. 30 al n. 34
- Volume 4 dal n. 35 al n. 60
- Volume 5 dal n. 16, Prima serie settimanale
- Volume 6 dal n.1 al n. 46, Seconda Serie Settimanale

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

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

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](#)

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

- [Monografia “One Health”](#)
- [Monografia “Sanità pubblica e privata”](#)

Indice

Articolo di apertura	10
Quotidiano sanità - <i>Società liquida e sanità liquida</i> , Giorgio Banchieri, Andrea Vannucci	10
Quotidiano sanità - <i>Società liquida, welfare e salute</i> - Giorgio Banchieri, Andrea Vannucci	15
Quotidiano sanità - <i>Personale del NHS e del SSN: un capitale da tutelare e valorizzare</i> Silvia Scelsi, Caterina Amoddeo, Antonio De Belvis, Giorgio Banchieri., Andrea Vannucci	21
Quotidiano sanità - <i>I principi fondanti del NHS e del SSN sono ancora appropriati?</i> - Giorgio Banchieri, Andrea Vannucci	28
Quotidiano sanità - <i>NHS E SSN, due sistemi sanitari nazionali, universalisti e... "anziani"</i> - Giorgio Banchieri, Andrea Vannucci	34
Scenari della sanità	39
Quotidiano sanità - <i>Salviamo la sanità. Un appello alla destra e alla sinistra</i> - Ivan Cavicchi	39
Quotidiano sanità - <i>Salviamo la sanità. Da dove iniziare?</i> - Bruno Agnetti	42
Quotidiano sanità - <i>La crisi del Ssn: un test di Rorschach in cui ognuno vede qualcosa di diverso</i> - Claudio Maria Maffei	42
Quotidiano sanità - <i>Audit&Feedback essenziale per migliorare la qualità e ridurre le diseguaglianze in sanità</i> - Nera Agabiti e Marina Davoli, Antonio Giulio de Belvis	45
Quotidiano sanità - <i>La crisi del Ssn: una questione di modello, non di strutture</i> - Gruppo di studio per la salute del futuro	46
Quotidiano sanità - <i>La crisi del SSN: quello che il 'Manifesto degli scienziati' non dice</i> - Gruppo di Studio per la Salute del Futuro	47
Il Sole 24 Ore - <i>Investimenti in ricerca e innovazione: il ruolo del Venture Capital nel settore della salute e delle scienze della vita</i> - Mauro Magnani	48
Il Magazine - <i>Il potere a somma diversa da zero e un nuovo empowerment in sanità</i>	49
Salute Internazionale - <i>Franco Basaglia 100 (4)</i> Raffaele Barone, Chiara Saraceno, Giovanna del Giudice e Angelo Barbato	51
Salute Internazionale - <i>Chi ha paura dell'Agenzia?</i> - Marco Geddes da Filicaia e Gavino Maciocco	53
Quotidiano sanità - <i>Salviamo la sanità, la speranza è sempre l'ultima a morire</i> - Giancarlo Pizza	55
Autonomia differenziata	58
ISTAT – <i>Attività conoscitiva sull'attuazione e sulle prospettive del federalismo fiscale</i> – giugno 2024	58
Osservatorio Conti Pubblici Italiani - <i>Autonomia differenziata, il rischio dello Stato arlecchino</i>	59
Quotidiano sanità - <i>L'autonomia differenziata come approccio omeopatico alle diseguaglianze: per combatterle le accentua</i> - Claudio Maria Maffei	63
Quotidiano sanità - <i>Il Ssn e le controriforme della seconda generazione</i> - Ivan Cavicchi	65
La Repubblica - <i>UPB, per l'Italia correzione del deficit da 10-11 miliardi all'anno e spesa ferma per sette anni</i> - Valentina Conte	67
La Repubblica - <i>L'Autonomia fa male alla Sanità, si allarga la faglia tra Sud e Nord</i> - Michele Bocci	68
Osservatorio Conti Pubblici Italiani - <i>L'evoluzione della spesa sanitaria italiana</i>	70
Panorama sanità - <i>Italia divisa in due sulle Performance sociosanitarie delle Regioni</i>	73
Quotidiano sanità - <i>Arriva il via libera definitivo dalla Camera. L'autonomia differenziata ora è legge</i> - Giovanni Rodriguez	76
Camera dei Deputati – <i>Disposizione per l'attuazione dell'autonomia differenziata</i> – Atti 2024	81
Liste di attesa	81
Quotidiano sanità - <i>Le liste d'attesa sono un problema complesso</i> - Claudio Maria Maffei	81
Quotidiano sanità - <i>Liste di attesa: non bisogna trattarle come fossero un reato</i> - Claudio Maria Maffei	82
Quotidiano sanità - <i>Decreto liste d'attesa. La domanda supera l'offerta. Mantoan (Agenas): "Una tempesta perfetta. Piattaforma nazionale strategica per monitoraggio e appropriatezza"</i> - Ester Maragò	83
Quotidiano sanità - <i>Gli enti intermedi per l'efficienza, l'appropriatezza ed il governo delle liste d'attesa</i> - Antonio Salvatore	85
Sanità informazione - <i>Liste di attesa addio? La risposta del Consiglio dei Ministri in due provvedimenti</i> - Isabella Faggiano	86
Quotidiano sanità - <i>Decreto liste d'attesa. Federsanità: "Necessario lavorare su appropriatezza prescrittiva e domanda di salute"</i>	89
Il Sole 24 Ore - <i>Ddl Liste d'attesa/ La Cgil boccia misure del 'pacchetto Schillaci'. Ugl: superare tetto assunzioni per coprire carenze organico. FNOPI: bene riconoscimento infermieri comunità</i>	90

Il Sole 24 Ore - Pacchetto liste d'attesa/ Flat tax "vulnus" della Costituzione, valorizzare i medici con stipendi più alti - Roberto Caselli	91
Il Sole 24 Ore - Liste d'attesa, nel "pacchetto Schillaci" un "dèjà vu" che non induce all'ottimismo - Claudio Testuzza	93
Il Sole 24 Ore - Pacchetto liste d'attesa, la flat tax entra nel decreto legge ma con stanziamenti disponibili solo dal 2025	94
Il Sole 24 Ore - Liste di attesa in sanità: un problema di tutti - Gilberto Gentili	94
FIASO - Liste d'attesa: Il governo punti su appropriatezza, le aziende pronte a valorizzare meglio i professionisti	96
Osservatori sanità	97
Il Sole 24 Ore - Rapporto Crea/ Italia divisa in due sulle performance sociosanitarie delle Regioni. Primo il Veneto, ultima la Calabria	97
CREA – Opportunità di tutela della salute: le performance regionali - 2024	99
Quotidiano sanità - Italia divisa in due sulle performance sociosanitarie. Veneto, Piemonte, Bolzano e Toscana al top. Insufficienti Sicilia, Molise, Basilicata e Calabria. Il rapporto Crea	100
Il Sole 24 Ore - Rapporto SDO/ Ricoveri in risalita a 7,6 milioni e l'8,3% ancora in mobilità passiva. Schillaci: dal 2026 piena attuazione delle cure sul territorio secondo PNRR	102
Quotidiano sanità - Ricoveri ospedalieri in ripresa nel 2022, ma rimane il gap pre-pandemia. Torna a crescere la mobilità sanitaria regionale	103
Ministero della salute – Rapporto annuale sull'attività di ricovero ospedaliero, 2024	107
Quotidiano sanità - Nel 2021 in Italia la spesa sanitaria pro capite era meno della metà di quella della Germania. Siamo tra i Paesi Ue con i livelli più bassi di posti letto ospedalieri. Bene su tassi tumori, obesità e mortalità evitabile. Il rapporto Istat	108
ISTAT – Noi Italia 2024	110
Openpolis- - Le conseguenze dell'inverno demografico italiano#conibambini	111
Osservatorio CPI – La buona salute degli italiani	114
Sostenibilità della sanità pubblica	121
Quotidiano sanità - La sanità e la mancanza di una visione generale - Roberto Polillo, Mara Tognetti	121
Toscana Medica - I medici per domani - Andrea Vannucci,	124
The NEJM – Navigating the clinical shortage crisis	126
Quotidiano sanità - Spesa sanitaria al 7% del Pil solo nel 2050. Il dossier della Ragioneria generale dello Stato	127
Quotidiano sanità - Spesa sanitaria: sale o scende? Analisi macroeconomica di contesto - Gabriele Pelissero	128
Il Sole 24 Ore - Cantiere Ssn/ Proposta "pro sostenibilità": extra budget sì ma per pagare lo sgravio delle liste d'attesa - Ettore Jorio	132
Appropriatezza	134
Quotidiano sanità - Le facce trascurate della inappropriatazza - Claudio Maria Maffei	134
Quotidiano sanità - Decreto liste d'attesa: Migliore (Fiaso): "Il governo punti su appropriatezza, le aziende pronte a valorizzare meglio i professionisti"	136
Quotidiano sanità - Il dovere dell'appropriatezza e il diritto all'inappropriatazza. Chi paga? - Franco Cosmi	137
Quotidiano sanità - "È il momento di prendere decisioni coraggiose per non avere una Sanità senza Medici". Appello Anaao agli europarlamentari	138
Ministero Economia e Finanze – Le tendenze di medio-lungo periodo del sistema pensionistico e sociosanitario, 2024	140
Corte dei Conti – Relazione sul rendiconto generale dello stato 2023	141
One Health, clima e salute	142
The Lancet – Commissione Lancet per una copertura sanitaria universale ...	142
Salute Internazionale - OMS: una occasione mancata - Benedetto Saraceno	144
Quotidiano sanità - Emergenza clima. Esperti OMS: gravi impatti sulla salute derivanti dai cambiamenti climatici per le donne incinte, i bambini e gli anziani	146
Nature - Catturare l'anidride carbonica dall'aria con assorbenti caricati - Huaiguang Li ,Mary E. Zick	147
La Repubblica - Il mondo a 50 gradi: dal Medio Oriente all'Asia la vita impossibile per il caldo da record Giacomo Talignani	150
La Repubblica - Siccità, 12 regioni ad alto stress idrico. E aumenteranno ancora	152
La Repubblica - Inquinamento primo nemico della salute: sette milioni di morti premature	153
La Repubblica - Ambiente. Il cambiamento climatico è una minaccia ai progressi per la salute dei bambini. Il nuovo rapporto Unicef	155
Sanità Pubblica e private	156

Quotidiano sanità - <i>A forza di equiparare la salute ad una merce si affossa la sanità pubblica</i> - Marco Geddes De Filicaia	156
Welforum.it - <i>Perché aumenta il privato in sanità?</i> – Cesare Cislighi	158
Pandemie, oggi e domani	164
The NEJM - <i>Sequenziamento del genoma per la diagnosi di malattie rare</i> - M. Wojcik, Gabrielle Lemire	164
The NEJM - <i>Inattivazione del virus dell'influenza aviaria A(H5N1) nel latte crudo a 63°C e 72°C</i> , Franziska Kaiser .Dylan H. Morris ,	165
The NEJM - <i>Durabilità dei vaccini XBB.1.5 contro le sottovarianti Omicron</i> - Dan-Yu Lin , Yi Du , Yangjianchen Xu	167
The Lancet – <i>Mortalità ospedaliera e costi di un milione di pazienti ventilati ...</i> - C. Karagiannidis e altri	170
Il Sole 24 Ore - <i>Covid-19, i pazienti immunocompromessi sono ancora a rischio. Un progetto a tutela e un modello di gestione</i>	171
Il Sole 24 Ore - <i>Pnrr e Neuroscienze: a Napoli il punto sul maxi-progetto Mnesys da 115 milioni. In campo una rete di 500 scienziati per oltre 200 iniziative di ricerca</i>	173
Il Sole 24 Ore - <i>Progetto Mnesys/ Dalla sclerosi multipla all'Alzheimer, il sistema immunitario "infiamma il cervello". Il ruolo dei globuli bianchi e le due proteine spia della neuroinfiammazione</i>	174
Il Sole 24 Ore - <i>Progetto Mnesys/ Bimbi prematuri, nuove terapie per ridurre i danni neurologici: da melatonina a percorsi riabilitativi</i>	176
Il Sole 24 Ore - <i>Tumori/ Crea Sanità: Screening polmone, con diagnosi tempestiva +7,6 anni di vita e -2,3 mld in 30 anni. Risparmio da 180 mln già nel primo anno</i>	177
La Repubblica - <i>Sindrome da choc tossico, impennata di casi in Giappone</i>	178
Quotidiano sanità - <i>Influenza aviaria. Siamo pronti per una nuova pandemia?</i> C. Casalone, G.Di Guardo,	179
Quotidiano sanità - <i>Malattie trasmesse da vettori. ECDC: in continuo aumento casi importati e focolai locali Dengue e West Nile. Nel 2024 si attendono numeri record</i>	181
L'ospedale che cambia	182
Quotidiano sanità - <i>Il tetto di spesa del personale e il rischio che non verrà rimosso nel 2025</i> - Claudio Maria Maffei	182
Scienza in rete.it - <i>Sostenibilità ambientale e gestionale degli ospedali: less is more</i> - Claudio Maffei	184
Quotidiano sanità - <i>"Sfruttati, sottopagati e con una formazione carente". Il sondaggio di Anaao</i>	186
Medicina territoriale	187
Quotidiano sanità - <i>Case della comunità. Dovrà essere garantita la presenza medica e infermieristica h24, 7 giorni su 7. Ecco le linee di indirizzo di Agenas</i>	187
AGENAS – <i>Linee di indirizzo per l'attuazione delle Case di Comunità HUB</i> -	191
Domani - <i>Ambulatori Popolari</i> - Federica Pennelli	192
Il Sole 24 Ore - <i>Welfare/ Istat: al Sud la spesa dei Comuni per i servizi sociali cresce di più ma resta ampio il gap con il Nord. Anziani: spesa in calo in un decennio e Adi solo per lo 0,6% degli over 65</i> – B. Gobbi.	194
Quotidiano sanità - <i>Farmaci. Ema approva report attività e misure su carenze, fee, conflitto di interesse e trial clinici</i>	194
Il Sole 24 Ore - <i>Diagnostica di laboratorio e farmacia dei servizi: quale modello possibile per coniugare appropriatezza clinico-diagnostica e sostenibilità</i> - Ettore Capoluongo e Marcello Ciaccio	196
Quotidiano sanità - <i>Medici di famiglia, Enpam prepara le "Case di comunità spoke". Oliveti: "Rilancio della professione passa dall'aggregazione"</i>	199
Quotidiano sanità - <i>Medici di famiglia verso un futuro incerto</i> Pina Onotri	200
Quotidiano sanità - <i>Mmg. Ministero Salute: "Attività libero-professionale fuori orario servizio se non arreca pregiudizio a compiti convenzionali"</i>	201
Quotidiano sanità - <i>Assistenza territoriale: lasciamo la possibilità ai medici delle cure primarie, soprattutto ai giovani, di scegliere come realizzare e contrattualizzare il proprio ruolo</i> - Alessandro Nobili	202
Nursing	203
Nursing Times - https://nursetimes.org/emergenza-sanitaria-boom-di-medici-e-infermieri-stranieri-nuove-regole-in-arrivo/175284	203
ISS - <i>Sistema sanitario e risorse umane: l'Italia ha bisogno di infermieri</i>	203
Quotidiano sanità - <i>Sistemi informativi sanitari. L'OMS pubblica linee guida aggiornate. "Investire risorse economiche e umane è una necessità"</i>	205
Quotidiano sanità - <i>Sicurezza delle cure. Report Oms: 1 paziente su 10 subisce danni durante il trattamento sanitario. Solo un terzo dei Paesi ha un piano d'azione</i>	206
L'Infermiere - <i>La carenza infermieristica nella sanità territoriale</i> G. Barbato, G. Piga	208
Assistenza infermieristica a BMC - <i>Protocols and their effects for medical device-related pressure injury prevention among critically ill patients: a systematic review</i> - Lee, H., Choi, S.	212

Cronicità, fragilità e disuguaglianze di salute	213
Welforum.it - <i>LEPS: la supervisione del personale dei servizi sociali</i> - Franco Pesaresi	213
Welforum.it - <i>LEPS: servizio sociale professionale</i> - Franco Pesaresi	220
I luoghi di cura - <i>WHODAS 2.0: il nuovo strumento per la valutazione della disabilità previsto dal D. LGS. 62/2024</i> - Franco Pesaresi	226
Il Sole 24 Ore - <i>Long Covid, colpito il 45% dei milanesi. Forte impatto sul Ssn. Corso Fad dell'Omceo Milano. Il presidente Rossi: «La conoscenza prima arma per affrontare il futuro»</i>	236
Accademia Medicine – <i>The mental health impact of Covid 19 ...</i> N. Rajeshkaman e altri	237
Il Sole 24 Ore - <i>Piano cronicità, ecco il nuovo testo con più pazienti e risorse sempre al palo</i> – B.Gobbi	237
Il Sole 24 Ore - <i>Piano nazionale cronicità/ Aceti (Salutequità): La bozza disattende l'indicazione politica del ministro Schillaci che chiedeva risorse dedicate</i> – B.Gobbi	239
Ministero della Salute – <i>Piano Nazionale cronicità – Aggiornamento 2024</i>	240
Ministero della Salute – <i>Relazione annuale al Parlamento sulle tossicodipendenze in Italia, 2024</i>	241
Welforum.it – <i>Per non dimenticare. Le Rsa nella pandemia. F. Giunco, F. Pesaresi, S. Pasquinelli.</i>	242
Il Sole 24 Ore - <i>Anziani, l'assistenza residenziale declinata in Ra e Rsa</i> - Claudio Testuzza	246
Il Sole 24 Ore - <i>Il ruolo dell'assistenza domiciliare: la "Rsa aperta" in Regione Lombardia</i> - Luca Degani	247
Digitalizzazione e telemedicina	249
The Lancet – <i>La prossima generazione di sintesi delle prove per studi di accuratezza diagnostica nell'intelligenza artificiale</i> – A. Guni e altri.	249
The NEJM - <i>Sviluppare e ampliare la capacità di monitoraggio remoto dei pazienti nella pratica ambulatoriale</i> - Nina Singh , Katharine Lawrence ,	250
WHO – <i>Support tool to strengthen health information systems - 2024</i>	251
Quotidiano sanità - <i>Sistemi informativi sanitari. L'OMS pubblica linee guida aggiornate. "Investire risorse economiche e umane è una necessità"</i>	253
Quotidiano sanità - <i>Fascicolo sanitario elettronico. Lo utilizza solo un italiano su cinque. Male le Asl. Regioni ancora indietro su molti servizi. La mappa</i> - Giovanni Rodriquez	254
Il Sole 24 Ore - <i>Human Technopole, 5 piattaforme aperte ai ricercatori italiani. Giorgetti, usare risorse in modo selettivo ed efficace. Schillaci, alle 'piattaforme' il 55% dei 77 milioni messi dallo Stato su HT</i> - Barbara Gobbi	258
Economia e sanità	260
Fisco Equo - <i>Da calo consumi energia fossile e introduzione auto elettriche drastica riduzione entrate fiscali dal 2030</i>	260
La Repubblica - <i>Banca d'Italia lima le stime su crescita e inflazione</i>	261
La Repubblica - <i>Il futuro povero: tra trent'anni, avremo in tasca 7 mila dollari l'anno meno di oggi. Ecco perché il Sud è più a rischio</i> - Maurizio Ricci	262
Milano Finanza - <i>Lavoro, negli ultimi 30 anni i salari in Italia sono saliti dell'1% contro il 32,5% della media Ocse</i> - Valeria Santoro (	263
Italia in dati.it - <i>Salari e disuguaglianze in Italia</i>	265
Eurostat - <i>Tabelle salari medi annui</i>	271
Fisco Equo.it - <i>Italia ancora maglia nera per l'evasione Iva tra i principali paesi europei: mancato gettito di 14,6 miliardi</i> - Luciano Cerasa	272
La Repubblica - <i>Prosegue la corsa dei super ricchi nel mondo. L'Italia cresce più degli Usa. Da noi 1.136 Paperoni con lo sconto del Fisco</i> - Cecilia Rossi	274

quotidianosanita.it

Società liquida e sanità liquida

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.

La "salute liquida" per svilupparsi non ha bisogno di un SSN o SSR che sono in grado di gestire e governare questi cambiamenti. Ha solo bisogno di politiche di "galleggiamento" tipiche di una politica con orizzonte "short time", quale quella attuale. La dinamica del mercato farà il resto.

14 GIU -

Primo Buscemi in un'interessante su "Salute Internazionale" di [1], scrive che "... per i sostenitori della digital health, siamo sull'orlo di una rivoluzione digitale della sanità. La diffusione delle nuove tecnologie digitali e in particolare della mobile health (mHealth), ovvero delle pratiche mediche e di sanità pubblica supportate da dispositivi mobili quali smartphone e dispositivi di monitoraggio wearable (indossabili), che si avvalgono dell'utilizzo dei big data analizzati con metodi come il machine-learning, ridefinirà il modo in cui gestiamo la nostra salute e pratichiamo l'assistenza sanitaria, cambiando anche la nostra idea di salute" ...

"Salute liquida"

Buscemi ricorda come Giovanni Rubeis [2] (Division of Biomedical and Public Health Ethics, Krems, Austria) abbia pubblicato nel 2023 un articolo su "Social Science and Medicine" intitolato "Liquid Health. Medicine in the age of surveillance capitalism" ben analizzando l'impatto che le tecnologie dei big data, così come le pratiche sociali e il quadro economico ad esse collegato, possono esercitare sul concetto di salute.

Zygmunt Bauman [3] sostiene come "la modernità liquida sia caratterizzata dall'emancipazione dalle solide restrizioni spaziali e temporali, dalla dissoluzione di norme, istituzioni, relazioni sociali e comunità, e individua come forza trainante di tale trasformazione l'attuazione di politiche neoliberaliste"

La "liquefazione" è quindi un processo di privatizzazione e di individualizzazione che allontana l'individuo dai legami sociali e istituzionali.

Si realizza "un processo di desolidarizzazione che instaura un tipo di individualismo consumistico basato sulla scelta e sulla responsabilità individuale". Bauman, nella sua analisi della modernità liquida, si concentra su cinque aree (emancipazione, individualità, tempo/spazio, lavoro e comunità). Rubeis ritiene che, considerate le trasformazioni prodotte dalle tecnologie digitali in sanità, anche la salute dovrebbe essere considerata una delle aree interessate dal processo di "liquefazione". Se per Bauman la forza che ha trasformato la nostra società in una società liquida era il neoliberismo, per Rubeis, invece, la forza trainante del processo di "liquefazione" che interessa in modo specifico la salute è il "capitalismo della sorveglianza".

Il capitalismo della "sorveglianza"

Shoshana Zuboff [4], colei che ha coniato questo termine, definisce il capitalismo della sorveglianza come "un nuovo ordine economico che sfrutta l'esperienza umana come materia prima per pratiche commerciali segrete di estrazione, previsione e vendita" Le grandi compagnie informatiche (Google, Amazon, Meta, Apple, Microsoft) possono tracciare le nostre attività quotidiane e influenzare i nostri comportamenti.

Un esempio è stata l'acquisizione da parte di Google dei dati sanitari di milioni di pazienti statunitensi, rivelata da un'inchiesta del Wall Street Journal nel 2019.

Nell'era del capitalismo della sorveglianza anche la salute, quindi, diviene "liquida".

Rubeis identifica quindi diversi aspetti della salute interessati da questo processo di "liquefazione" che riguardano i concetti di salute e malattia e il cambiamento dei ruoli e delle relazioni che ruotano attorno

alla salute e all'assistenza sanitaria. Ma è soprattutto nel contesto della "mobile health", con l'aumento dell'utilizzo dei dati a scopo predittivo, il rischio è quello che il confine tra salute e malattia diventi "liquido". La possibilità di una raccolta di dati costante e ubiquitaria, rendendo la salute oggetto di costante attenzione, dissolve i confini tra salute e malattia. La salute diventa qualcosa di cui essere sempre consapevoli, sempre presente, uno stato fragile costantemente in pericolo, perennemente a rischio. Il rischio che si corre, quindi, è quello di sostituire l'empowerment del paziente, che dovrebbe essere l'obiettivo delle tecnologie di mHealth, con una nuova forma di "paternalismo benevolo".

Potenziamento dei pazienti e mercato

Il modo in cui queste tecnologie sono progettate plasma le conoscenze che le persone possono acquisire sulla propria salute, che di conseguenza potrebbero risultare influenzate dalla volontà delle aziende di vendere prodotti, più che dal desiderio delle imprese di ottenere un beneficio per loro

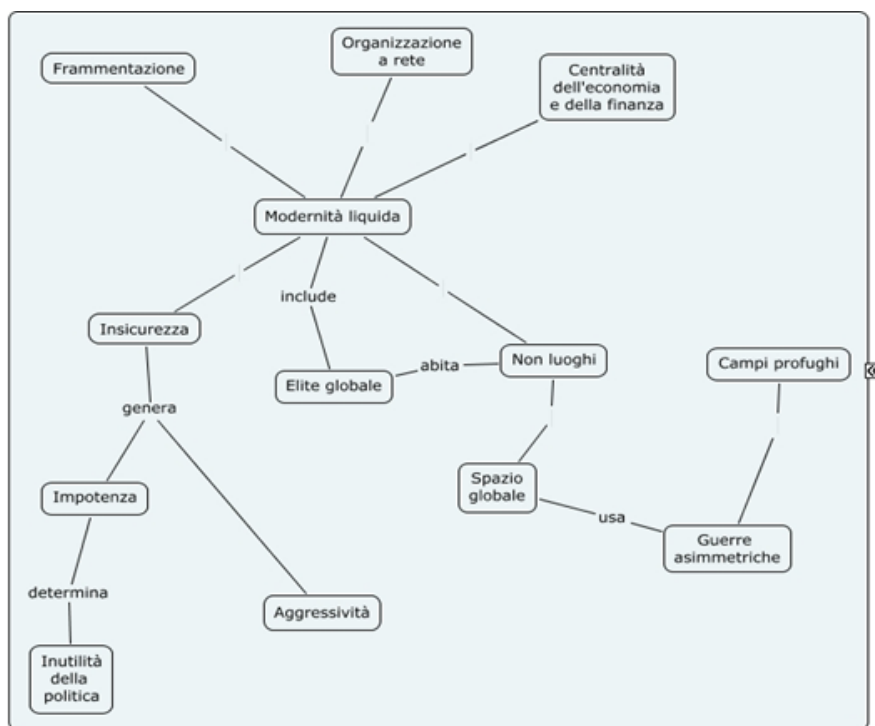
Anche il ruolo del medico nel guidare e consigliare cambierà, ma non è detto che sarà una diminuzione perché il ruolo di guida rimarrà importante. I medici conserveranno, probabilmente aumenteranno, le conoscenze che servono per decidere quale rilevanza clinica avranno i dati raccolti e quelle per raccomandare ai pazienti quali prodotti sanitari digitali dovranno scegliere per la gestione delle loro condizioni di malattia o di salute. Una conoscenza indispensabile per i futuri medici perché, con una miriade di strumenti disponibili, i pazienti potrebbero diventare vittime di un mercato che li spinge ad un consumismo sanitario che avvantaggia i produttori, ma non gli utilizzatori.

Conclude Buscemi che "la promozione della mobile health è certamente auspicabile e potrebbe condurre a migliorare la salute della popolazione, a condizione che l'utilizzo di queste nuove tecnologie sia guidato e regolamentato da un ente che abbia come fine ultimo la tutela della salute individuale e collettiva (In ITALIA il SSN). In alternativa, la diffusione di queste nuove tecnologie e pratiche rischierebbe di condurre a un processo di medicalizzazione guidato da interessi commerciali".

Modernità liquida e progresso tecnico

Ripartiamo da Zygmunt Bauman, che ha coniato questa definizione, e che esprime la dinamicità e l'incertezza che caratterizzano la contemporaneità. Siamo passati da una modernità solida, scandita da tempi ben definiti e da regole, costruita su basi concrete, a una post-modernità liquida, fluida e dinamica, incerta, puntuale.

Questi mutamenti e questa mancanza di concretezza e di certezze hanno messo in discussione non solo l'individuo, i suoi sentimenti, relazioni, opinioni e desideri ma l'intera società.



This Concept Map was created with IHMC CmapTools

La facoltà immaginativa dell'uomo può concepire cose che non sono reali e così può immaginare infiniti stati di piacere e benessere. Non bisogna stupirsi quando viene detto che la speranza è il bene più grande e che la felicità umana corrisponde all'immaginazione stessa.

Bauman, nel suo libro "Consumo, dunque sono", afferma che il valore supremo della società dei consumatori in cui viviamo è proprio la ricerca di una "felicità istantanea", che deriva non tanto dalla soddisfazione di un bisogno quanto dalla soddisfazione continua di tanti bisogni in poco tempo.

È la sublimazione attuale del concetto di mercato, frutto della globalizzazione, che diventa in grado di imporre stili di vita e di consumo manipolando i bisogni stessi delle persone, creandone un numero sempre maggiore di indotti ed effimeri e distraendo da quelli che sono i bisogni essenziali e primari.

Per altro sia Paul Baran e Paul Sweezy in "Il capitalismo monopolistico" (1968) [5] sia Paolo Sylos Labini in "Oligopolio e progresso tecnico" (1961) [6] avevano individuato le tendenze in atto come, prima di loro, Karl Marx nell'analisi dei processi di finanziarizzazione del capitale, avulsa dalla produzione reale di beni e servizi.

Il cambiamento e la post modernità

Paradossalmente oggi il cambiamento è diventato l'unica costante in questa "post-modernità" che evolve continuamente senza lasciare spazio alla coltivazione di interessi, all'approfondimento delle relazioni e alla persistenza delle passioni.

I valori che un tempo erano considerati più solidi sono sostituiti con altri più effimeri. Siamo passati da una società stabile ad una società incerta. La causa di tale processo lo si ritrova nella nascita del consumo di massa. Se prima si producevano beni destinati a durare, ad accompagnare le persone nel corso della loro vita, oggi i prodotti hanno vita breve o vengono consumati nel momento stesso in cui vengono acquistati.

La società "liquida" vorrebbe essere una società "senza classi", senza conflitti, in cui tutti sono uguali, ma non è così. Diversità e diseguaglianze aumentano e diventano pervasive nel corpo sociale. Ci si vuole abituare all'idea che i diritti sono "relativi" in funzione delle risorse disponibili e non "assoluti" e quindi di policy di welfare adeguate ai nostri bisogni. Diventa "normale" la possibilità di discriminazioni così come l'idea di doversi affidare al "mercato".

Quanto sopra ha cambiato profondamente le fondamenta dei Paesi più ricchi.

Il modello occidentale dal secondo dopoguerra ad inizio secolo era caratterizzato da una solida presenza di ceti medi e da una organizzazione di tutte le classi sociali tramite proprie culture, organizzazioni sindacali e professionali e loro rappresentanze politiche. La globalizzazione ha aiutato l'emersione verso uno sviluppo economico sociale di molti Paesi prima sottosviluppati, ma anche comportato una concentrazione enorme di ricchezza nei paesi più affluenti.

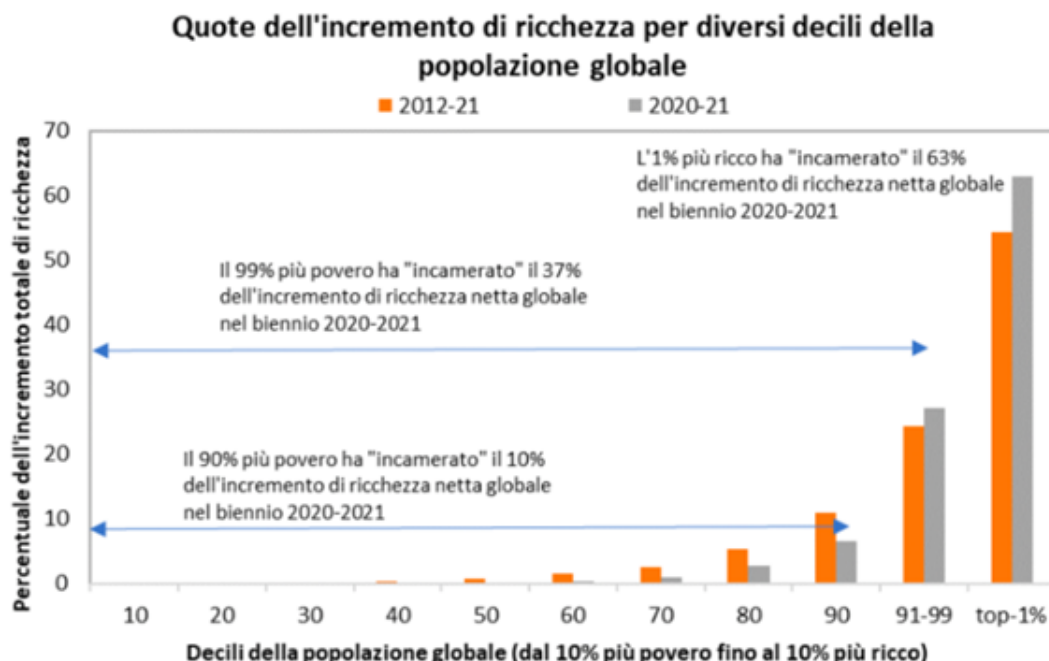


Grafico 1: Quote di nuova ricchezza acquisita dal 1% più ricco e dai restanti 99% e 90%. Confronto 2012-2021 (colonna arancione) e 2020-2021 (colonna marrone). Fonte: Oxfam su dati Credit Suisse.

Secondo l'osservatorio Oxfam [7], utilizzando l'indice di Gini, si riscontra che nel biennio 2020-2021, l'1% più ricco della Terra si è accaparrato quasi 2/3 della nuova ricchezza generata. Le prime 95 aziende multinazionali, dall'energia all'agro-business, hanno più che raddoppiato i profitti rispetto alla media del periodo 2018-2020. Mentre queste ultime si arricchivano, col commercio di beni e prodotti alimentari e

distribuivano, grazie agli extra-profitti, dividendi pari a 257 miliardi di dollari ai propri azionisti, 800 milioni di persone soffrivano la fame.

Per dare l'idea di quanto è avvenuto nel biennio in questione, si può dire che per ogni 100 dollari di nuova ricchezza prodotta, 63 dollari sono stati appannaggio dell'1% più ricco e appena 10 dollari sono andati al 90% più povero, mentre i restanti 27 dollari sono andati al restante 9% della popolazione mondiale (Grafico 1). In termini reali: in 2 anni, l'1% degli ultraricchi ha registrato un incremento dei propri patrimoni pari alla stratosferica cifra di 26.000 miliardi di dollari, poco più di una volta e mezzo il PIL della Repubblica Popolare Cinese (16.500 miliardi di dollari nel 2021); il restante 99% dell'umanità, redditualmente assai variegato, si è fermato a 16.000 miliardi di dollari.

Questo sfarinamento verso il basso dei ceti medi spiega molti cambiamenti culturali, sociali, economici e politici in atto. Sono tutti processi che vanno seguiti, compresi, interpretati e gestiti se abbiamo a cuore il mantenimento di una sovranità popolare e quello di diritti agibili.

Sanità liquida

La nascita del NHS nel Regno Unito fece parte di un pacchetto di riforme, tutte ad impronta universalistica— che riguardava oltre la sanità, anche l'istruzione e la previdenza — **elaborate e proposte (nel 1942) dall'economista William Beveridge** su indicazione di un governo bipartisan, presieduto dal conservatore Wiston Churchill.

L'obiettivo era rafforzare la coesione sociale, dimostrando ai cittadini che il governo si preoccupava della loro protezione di fronte alle dinamiche distruttive del mercato, di far crescere la sicurezza sociale e di annullare le differenze tra le classi sociali nei campi della sanità e dell'istruzione.

Questo avveniva nel pieno della seconda guerra mondiale e che in quei drammatici frangenti per la sopravvivenza della nazione la coesione sociale era preziosa e dopo la fine del conflitto si consolidò un efficace modello di welfare state, a cui ha attinto a larghe mani anche l'Italia della prima repubblica.

Contro tale modello di welfare, efficace ma non del tutto efficiente, si sono accanite le politiche di stampo liberista a partire dagli anni ottanta.

In Italia, nessuno ha osato esporsi e realizzare, come nel Regno Unito, riforme liberiste del sistema sanitario però nessuno anche ha mai sostenuto con l'adeguato finanziamento e il necessario tasso di rinnovamento tale sistema.

Oggi il sottofinanziamento del sistema pubblico, l'emorragia di personale, le privatizzazioni e la commercializzazione della salute hanno minato il sistema ed assistiamo alle criticità delle liste di attesa e ai milioni di persone che hanno tali difficoltà ad accedere e che rinunciano alle cure, spesso per motivi finanziari.

In Italia, come in Inghilterra, nel volgere di una stagione politica, dall'aver sistemi sanitari equi e solidali siamo passati a sistemi sempre più iniqui e insicuri: **da una sanità "solida" a una sanità "liquida"**. **"Liquida" perché afflitta dall'insicurezza**. L'esito imprevisto della **globalizzazione è stato quello che il capitale finanziario internazionale impone la propria logica senza curarsi di trasferire benefici ai cittadini di Stati e istituzioni politiche che si sono rivelate impotenti.**

Il "welfare chauvinism" e le condizionalità

L'evoluzione del modello di welfare emergente in Italia converge verso le scelte che da tempo sono state introdotte in molti sistemi di welfare europei ed è ancora più marcata ed evidente. Ciò che accomuna queste ricalibrature del welfare (crescenti dualizzazioni, condizionalità, welfare chauvinism) è che rappresentano in forme diverse un netto indebolimento dei diritti delle persone alle prestazioni di welfare. Il termine "welfare chauvinism" (Andersen and Bjørklund 1990; Schumacher and Van Kersbergen, 2016; Greve, 2019) [8] è comunemente utilizzato per definire una configurazione di welfare che limita l'accesso ai sussidi o riduce il livello di benefici per gli immigrati, introduce criteri più selettivi per le minoranze etniche e i gruppi ritenuti tradizionalmente non meritevoli, le persone i cui valori e comportamenti sono considerati la causa primaria della loro condizione di povertà o di dipendenza.

Un sistema o un settore di welfare condizionale è fondato sul principio che non esistono diritti acquisiti una volta per tutte. Il diritto di molte persone di ricevere esenzioni e determinate prestazioni di welfare dipende dal loro comportamento e dal loro senso di responsabilità.

Il welfare diventa uno strumento per cambiare il comportamento delle persone, non solo per contrastare dipendenze patologiche, abusi, comportamenti violenti, ma per sconfiggere ogni passività e ogni dipendenza, favorire l'acquisizione di una normalità e una regolarità nella fruizione dei benefici e un comportamento disciplinato anche da parte dei gruppi sociali che vivono condizioni di grave svantaggio sociale.

In molti Paesi europei, la condizionalità riguarda le persone con disabilità non particolarmente severe, le persone dipendenti da sostanze psicoattive, i gruppi sociali che beneficiano di prestazioni di sostegno al reddito (disoccupati, giovani, migranti, persone senza dimora, madri sole con figli minori, assegnatari di alloggi popolari).

Anche nel settore sanitario, progressivamente si introducono forme di condizionalità sempre più stringenti. La condizionalità è diventata per esempio nel Regno Unito uno strumento per organizzare e stabilire priorità nell'accesso ai servizi, penalizzando, per esempio le persone che non seguono prescrizioni dietetiche o fumano. Anche in Usa e in Australia i sistemi assicurativi privati prevedono rigide forme di condizionalità comportamentale (Lavery and Harris, 2018; Grønning, et al 2012). [9]

In molti Paesi i programmi di inserimento lavorativo per persone con disturbo mentale o disabilità utilizzano severe forme di condizionalità.

Storicamente in Europa, la condizionalità nell'accesso ai servizi e alle prestazioni era fondata su due livelli.

In primo luogo, il riconoscimento di una condizione di deprivazione (una determinata patologia, il riconoscimento di una disabilità, disoccupazione, povertà). In secondo luogo, un livello di gravità di queste condizioni che viene certificata sulla base di criteri e procedure e di una valutazione da parte di un'autorità pubblica: un livello di non autosufficienza, la gravità di una patologia o un reddito al di sotto di un determinato livello.

In quest'ultimo decennio ai due livelli soprariportati se ne è aggiunto un terzo, correlato alla responsabilità che il beneficiario sa dimostrare nelle sue relazioni con il sistema di welfare, alla "disciplina" dei suoi comportamenti, al suo grado di compliance verso le prescrizioni sia che riguardino la risposta alle offerte di lavoro sia il rispetto di "adeguati" comportamenti, oppure disponibilità ad impegni formativi.

Chi rifiuta di comportarsi in modo responsabile, perde il loro diritto a ricevere le prestazioni di welfare.

In Italia, la condizionalità e il welfare chauvinism sono state introdotte già da tempo nel settore sociale ma in minor misura nei servizi socio-sanitari.

La condizionalità è già utilizzata nei servizi per le dipendenze, per le persone con disturbo mentale o disabilità in cui la qualità della relazione di cura cambia radicalmente nel caso di non rispetto delle prescrizioni comportamentali.

La proposta, contenuta nei programmi di partiti al governo, di introdurre meccanismi di premialità nell'accesso ai servizi per chi segue un regolare e concordato percorso di monitoraggio dello stato di salute rischia di legittimare forme severe di condizionalità in tutti gli ambiti di cura indebolendo i diritti sociali delle persone più fragili.

Se leggiamo le dinamiche in atto nel loro complesso e ne capiamo l'impatto sui modelli di welfare e sui bisogni delle popolazioni non possiamo non preoccuparci perché di fatto si stanno sgretolando i presupposti dell'"universalismo" e dell'"equità" dei SSN e dei SSR.

La "salute liquida" per svilupparsi non ha bisogno di un SSN o SSR che sono in grado di gestire e governare questi cambiamenti. Ha solo bisogno di politiche di "galleggiamento" tipiche di una politica con orizzonte "short time", quale quella attuale. La dinamica del mercato farà il resto ...

Per giocare la "partita" però c'è una precondizione: superare le logiche corporative i protagonismi ... occorre fare "massa critica", costruire convergenze su obiettivi comuni, coinvolgere le istituzioni a tutti i livelli, essere propositivi e coinvolgere le persone, i pazienti, le comunità ... ricostruite con pazienza un "noi".

Riferimenti

1. Primo Buscemi, "Salute liquida", su "Salute Internazionale", 2024;
2. Giovanni Ribeis, "Liquid Health. Medicine in the age of surveillance capitalism", su "Social Science and Medicine", 2023;
3. Zigmund Baumann, "Modernità liquida", Laterza Editore, (2011);
4. Shoshana Zuboff, [Il capitalismo della sorveglianza. Il futuro dell'umanità nell'era dei nuovi poteri](#), [Luiss University Press](#), 2023
5. Paul Baran e Paul Sweezy in "Il capitalismo monopolistico", Einaudi Editore (1968)
6. Paolo Sylos Labini in "Oligopolio e progresso tecnico" Einaudi Editore (1961)
7. Oxfam, <https://www.improntaetica.org/oxfam-nuovo-rapporto-2024-sulle-disuguaglianze-in-italia/#:~:text=Il%20nuovo%20Report%20OXFAM%20del,e%20indebolisce%20la%20coesione%20sociale>.
8. David Andreas Bell Marko Valenta Zan Strabac, Nordic welfare chauvinism: A comparative study of welfare chauvinism in Sweden, Norway and Finland, *International Social Work*, 2022;
9. [Remo Siza](#), Il sistema di welfare che sta emergendo, *Welforum*, 2022;

https://www.quotidianosanita.it/studi-e-analisi/articolo.php?articolo_id=122827

Società liquida, welfare e salute

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

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

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

Nel frattempo i social continuano a rendere i rapporti più effimeri perché hanno alimentato il predominio dell'apparenza e della superficialità. Sono la "vetrina digitale" per eccellenza. Adolescenti, giovani ed adulti usano queste piattaforme per mettere in mostra gli aspetti più vani delle loro vite. Immersi e dispersi in una società di esaltazione dell'"io", perdiamo di vista che per dominare i rilevanti processi di cambiamento in atto abbiamo un disperato bisogno di "noi". Salute e sanità, "One Health" e welfare, sono dimensioni del "noi"

24 GIU -

I travagli della sanità pubblica italiana non sarebbero comprensibili senza allargare lo sguardo al di fuori del contesto specifico. Non si tratta soltanto delle criticità manifeste, quelle per l'attesa di prestazioni diagnostiche, visite specialistiche o interventi chirurgici o quelle per le difficoltà di ospedali e territori a garantire tempestività e continuità delle cure, c'è di più ed altro ed ha a che vedere con i cambiamenti profondi della nostra società in queste ultime decadi.

Ci sono ancora nostalgici della legge 833 in giro. Parliamo di sentimento e non di ragione perché il mondo, la società, le persone sono completamente differenti e in larga parte anche i loro bisogni e le loro aspettative.

Nel frattempo chi ha governato - dopo essere stato eletto, non dimentichiamolo - o ha introdotto cambiamenti non incisivi o, forse più spesso, ha lasciato che le cose cambiassero passivamente.

Il sistema di welfare, e con esso ciò che assicura a tutti le cure necessarie, da diritto assoluto è diventato relativo ad una serie di condizioni, siano esse la demografia che determina una situazione epidemiologica sfavorevole o l'equilibrio dei conti pubblici che richiede politiche di bilancio austere e anche politiche fiscali coerenti.

La convinzione che le cure di "vicinanza", quelle che si fanno a casa, potendone cioè reperire offerta e risorse in loco, siano strategiche è diffusamente presente, ma la visione che è alla base del DM 77 non combacia a sufficienza con la vita reale - strutture, processi, persone, strumenti - alimenta sfiducia circa la sua applicabilità e rinforza il pregiudizio di quei politici che pensano e propongono che, se non tutto, molto andrebbe risolto con i vaucher.

Modernità liquida e liberazione dell'uomo

Secondo Karl Marx [1] la libertà "vive storicamente come uno strumento di liberazione economica, sociale e politica il cui termine ultimo è quello di liberare l'uomo dalla miseria, dalla guerra e dalla lotta di classe quando finalmente ognuno sarà concretamente libero, materialmente e spiritualmente"

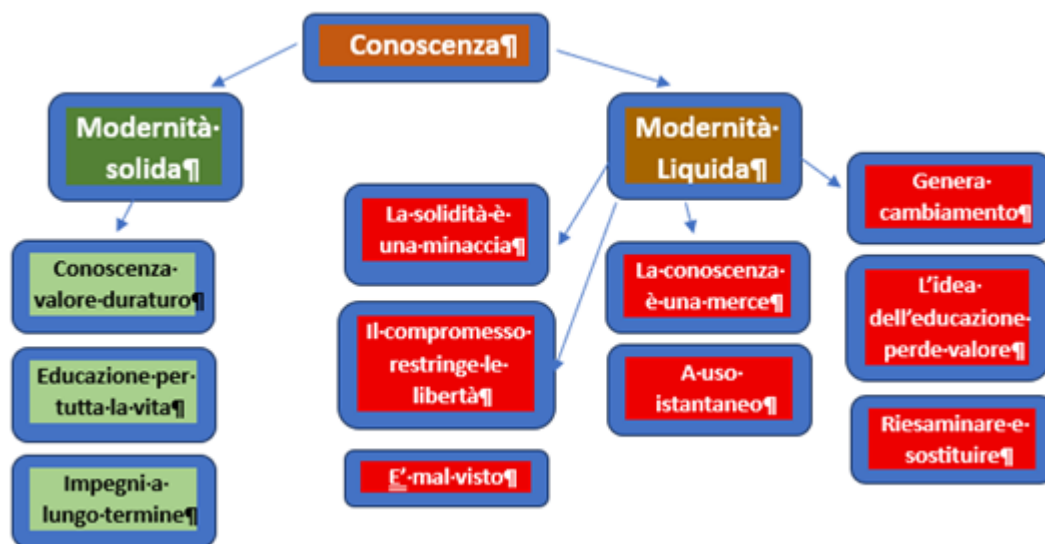
Sempre Marx tratta, il tema di "tempo libero" contrapposto a quello di "regno delle necessità", spiegando che il regno della libertà trova luogo sulle basi del regno delle necessità, ma, contemporaneamente, solo al di fuori di esso e solo se gli uomini possono dominarlo invece che esserne dominati.

Alla fine del '900 nasce il concetto di "libertà metafisica", la quale viene definita la "madre di tutte le libertà", anzi, addirittura "l'origine della stessa libertà religiosa", in quanto essere liberi di professare significa anche poter scegliere di non professare. Ricapitolando, siamo immersi in una modernità liquida in cui gli esseri umani interpretano la ricerca della felicità nell'acquisto e l'immediato consumo di beni o esperienze. Tutta questa velocità, questo annullamento dello spazio-tempo e questa continua necessità di auto-soddisfarsi hanno, però, influenzato "negativamente" le relazioni interpersonali.

Sul fronte sociale la pandemia, con le necessarie misure di lockdown, ha peggiorato la situazione: si è fatta fatica a conoscere nuova gente, ci si è visti molto meno tra parenti, amici e conoscenti, si sono vissute meno esperienze insieme, sia nel lavoro che nel tempo libero.

Gli adolescenti ed i giovani sono coloro che più ne hanno sofferto. Le situazioni di disagio o malattia mentale hanno raggiunto livelli di prevalenza allarmanti.

Sul fronte sanitario i famosi insegnamenti che avremmo dovuto trarne: essere previdenti, pronti, sviluppare un ruolo pubblico nella ricerca e produzione di vaccini e farmaci, essere vigili e proattivi, organizzare la raccolta ed il flusso dei dati sanitari, badare al benessere dei professionisti sanitari, curare le reti, presidiare i territori, rinforzare le comunità, adottare politiche coerenti con l'approccio "One Health" sono rimaste ancora troppo spesso allo stato di intenti.



Il Web e la “dipendenza” umana

Nel frattempo i social continuano a rendere i rapporti più effimeri perché hanno alimentato il predominio dell'apparenza e della superficialità. Sono la “vetrina digitale” per eccellenza.

Adolescenti, giovani ed adulti usano queste piattaforme per mettere in mostra gli aspetti più vani delle loro vite. Nella società odierna la conformazione al presunto valore del potere e dell'immagine favorisce una cultura narcisistica in cui predomina l'apparire e l'instaurare relazioni superficiali piuttosto che l'essere e il “mettersi in gioco” in relazioni profonde.

Da quando la nostra cultura è diventata un terreno fertile per la crescita del livello di narcisismo la “distrazione di massa” dalla realtà ha assunto livelli mai raggiunti.

“Non è vero che la felicità significhi una vita senza problemi. La vita felice viene dal superamento dei problemi, dal risolvere le difficoltà. Si raggiunge la felicità quando ci si rende conto di riuscire a controllare le sfide poste dal destino, ci si sente persi se aumentano le comodità”, come osserva Bauman, “la felicità è la sfida dell'umanità presente, per la sua dignità futura. Tanto più siamo in grado di combattere, lottare, di fare scelte significative, tanto più si accorcerà la distanza che ci separa dalla felicità. Una lotta che, tuttavia, non va affrontata in modo solitario”. Immersi e dispersi in una società di esaltazione dell'“io”, perdiamo di vista che per dominare i vigorosi processi di cambiamento in atto abbiamo un disperato bisogno di “noi”.

Salute e sanità, “One Health” e welfare, sono dimensioni del “noi”.

Gli obiettivi strategici del welfare state

Il “welfare state” è costituito dall'insieme di **politiche pubbliche** messe in atto da uno Stato che agisce in un'economia di mercato per garantire la sicurezza e il **benessere** dei cittadini, intervenendo e correggendo la distribuzione dei redditi causata dalle forze spontanee del mercato stesso.

Si tratta dunque di un **modello di organizzazione politico-sociale** che ha avuto, e dovrebbe ancora avere, come obiettivo quello di assicurare una serie di servizi e prestazioni che, oltre al benessere e alla sicurezza economica, rafforzino la giustizia all'interno della società: i cosiddetti “ammortizzatori sociali”.

Secondo lo storico Asa Briggs [4], il welfare state ha tre obiettivi:

- Garantire un tenore di vita minimo ai suoi cittadini;
- Dare sicurezza alle persone in presenza di eventi naturali (per esempio pandemie) ed economici (crisi economiche) sfavorevoli;
- Permettere ai cittadini di poter usufruire di servizi fondamentali come la sanità, l'istruzione, l'assistenza sociale e le pensioni.

È dunque l'insieme delle policy e degli strumenti di inclusione e mobilità sociale, in specie dal basso verso l'alto della scala sociale.

Il welfare si dovrebbe basarsi su **principi di solidarietà e redistribuzione delle risorse**, per ridurre le disuguaglianze e fornire opportunità equamente distribuite ai cittadini, e questo indipendentemente dal loro status economico e sociale.

Gli strumenti del welfare state

Lo stato sociale interviene solitamente in materia di istruzione, sanità, previdenza, infortuni, malattia e maternità.

Prevede “**servizi in natura**”, come l’**istruzione** e l’**assistenza sanitaria**, garantiti a tutti i cittadini di uno Stato o residenti in esso, così come le concessioni di benefici fiscali (per esempio per i figli a carico o per l’acquisto della prima casa), ma agisce anche tramite “**indennità economiche**”, come l’indennità di maternità o quella legata alla disoccupazione. Indennità che riguardano una situazione momentanea o permanente di incapacità al lavoro o di difficoltà di un determinato periodo di vita. Infine, tra gli strumenti del welfare, rientrano la regolamentazione di alcuni aspetti legati all’attività economiche, come per esempio l’assunzione di persone con invalidità, etc.

Tutte le **politiche di welfare** però sono da inserire e considerare in **contesti economici e sociali specifici** che differiscono da Stato a Stato.



Le evoluzioni dei modelli di welfare

1. Esping-Andersen [5], sociologo danese nel suo notissimo testo del 1990 “Three worlds of welfare capitalism” ha introdotto una classificazione dei sistemi di welfare fondata sulle differenti origini dei diritti sociali che ogni Stato concede ai propri cittadini:

- Nel regime liberale i diritti sociali derivano dalla dimostrazione dello stato di bisogno. Il sistema è fondato sulla precedenza ai poveri “meritevoli” - teoria della “less eligibility” - e sulla logica del “cavarsela da soli”. Pertanto i servizi pubblici non vengono forniti indistintamente a tutti, ma solamente a chi è povero di risorse, previo accertamento dello status di bisogno; tale meccanismo viene definito “residuale”, in quanto alla fine riguarda una fascia di destinatari molto ristretta.

Tutti gli altri individui, quelli che costituiscono la maggior parte della società possono acquisire i servizi sul mercato privato;

- Nel regime conservatore i diritti derivano dalla tipologia di impiego o professione: le prestazioni di welfare sono legate al possesso di determinati requisiti, in primo luogo l’esercitare un lavoro. In base al lavoro svolto si stipulano assicurazioni sociali obbligatorie che sono all’origine della copertura per i cittadini. I diritti sociali sono quindi collegati alla condizione del lavoratore. Questo è il modello tipico degli stati dell’Europa continentale e meridionale, tra cui l’Italia;
- Nel regime socialdemocratico i diritti derivano dalla cittadinanza: vi sono quindi dei servizi che vengono offerti a tutti i cittadini dello Stato senza nessuna differenza. Tale modello promuove l’uguaglianza di status ed è tipico degli Stati dell’Europa del Nord.

Il welfare in Italia

Sicuramente il modello di welfare italiano si sta ibridizzando dal modello Beveridge a quello Bismark. Il sistema è attualmente è un mix tra il modello “conservatore” e quello “liberale” con una graduale omologazione a quest’ultimo.

Si basa su una serie di programmi e politiche pubbliche quali:

- Assistenza sanitaria universale: garantita a tutti i cittadini attraverso il SSN e i SSR che forniscono cure mediche gratuite o a costi molto bassi, inclusi servizi ospedalieri, visite specialistiche, farmaci e interventi chirurgici. Nel contempo, dopo l’introduzione del “Job Acts” abbiamo assistito allo sviluppo della così detta “sanità integrativa” per tutti i lavoratori dipendenti con CCNL o “accordi aziendali” con defiscalizzazione a carico dello Stato dei costi;
- Sicurezza sociale: secondo cui il welfare copre una serie di prestazioni, come sussidi di disoccupazione, pensioni, indennità di maternità e altre forme di sostegno economico;

- Prestazioni familiari e per l'infanzia: l'Italia offre diverse forme di sostegno economico alle famiglie, come l'assegno unico universale;
- Assistenza agli anziani e alle persone con disabilità: tra cui, per esempio, servizi di assistenza domiciliare, strutture residenziali e centri diurni;
- Formazione e istruzione: programmi di sostegno all'istruzione, come borse di studio e sussidi per l'istruzione superiore;
- Assistenza sociale: programmi di assistenza per chi si trova in situazioni di difficoltà economica o sociale come possono essere il bonus affitti, l'assegnazione di case popolari con canoni sociali o moderati, i sussidi alimentari ecc.;
- Politiche attive del lavoro: includono programmi di formazione, supporto all'occupazione e incentivi per l'assunzione di lavoratori;
- Politiche per l'inclusione sociale: sono presenti programmi mirati a favorire l'inclusione sociale di gruppi vulnerabili, come immigrati, rifugiati e minoranze etniche;
- Politiche per l'equità di genere: tra questi ci sono i congedi parentali retribuiti e altre misure a favore delle donne sul mercato del lavoro con l'obiettivo di garantire la parità di genere.

Fragilità del welfare in Italia

Se quanto sopra descrive le caratteristiche "formali" del welfare in Italia, le politiche della sua gestione sono in continuo cambiamento e presentano diverse fragilità.

Accordi di Maastricht, spending review, PIL basso o stagnante negli ultimi decenni hanno comportato anni difficili di austerità che si sono tradotti in tagli "lineari" o "mirati" sulle dotazioni finanziarie delle varie policy di welfare.

Tutte le voci di spesa sociale sono state ridimensionate e fortemente ridotte e di conseguenza le coperture sociali agli indigenti sono sempre più "povere" e in alcuni casi "aleatorie" ...

Poi la pandemia da SARS-COV-2 e la sindemia conseguente hanno esaltato le criticità esistenti.

Chiara Saraceno, sociologa e autrice di alcuni testi sul welfare, ha dimostrato come il welfare in Italia tenda a beneficiare maggiormente i gruppi già inseriti nel mercato del lavoro e, al contrario, a garantire meno protezione a chi si trova in situazioni di precarietà o di scarsa partecipazione al mondo del lavoro.

1. Misha, economista, ritiene che quando l'aumento della spesa pubblica tende ad assumere carattere permanente, a causa della competizione [politica](#) e della pressione dei gruppi di interesse, si determina una situazione di rigidità e di ridotta capacità di [intervento](#) della politica economica.

L'espansione della spesa può determinare un eccessivo incremento della pressione fiscale e, nonostante ciò, anche disavanzi del [bilancio](#) pubblico, come è accaduto in Italia.

Così come accade anche che le prestazioni assistenziali possono ridurre l'[incentivo](#) a lavorare, che le burocrazie chiamate a fornire i servizi sociali siano inefficienti, che la gratuità di alcuni servizi tenda ad accrescere una [domanda](#) inappropriata e a determinare sprechi e che la [povertà](#), per quanto ridotta, non sia stata eliminata.

Quando gli oneri che il welfare implica non sono compatibili con il tasso di crescita dell'economia e con il tasso di natalità, entrambi bassi come accade in Italia, si assiste ad un considerevole ridimensionamento del ruolo dello Stato nei processi economici. E questo è quanto è avvenuto in Italia a partire dagli anni '80 del secolo scorso. Inoltre in questi giorni è stata approvata in Parlamento la riforma dell'"autonomia differenziata" che oltre a rischiare di cristallizzare le differenze economiche e sociali tra le varie Regioni del Paese per garantire l'agibilità dei LEPS richiede 90 miliardi di euro da devolvere alle Regioni in specie del mezzogiorno del Paese che francamente non si vede dove possano essere reperiti nell'attuale contesto economico e finanziario del Paese. 90 miliardi di euro che si aggiungerebbero ai 10-12 miliardi di manovra correttiva sui conti pubblici italiani richiesti dalla Unione Europea.

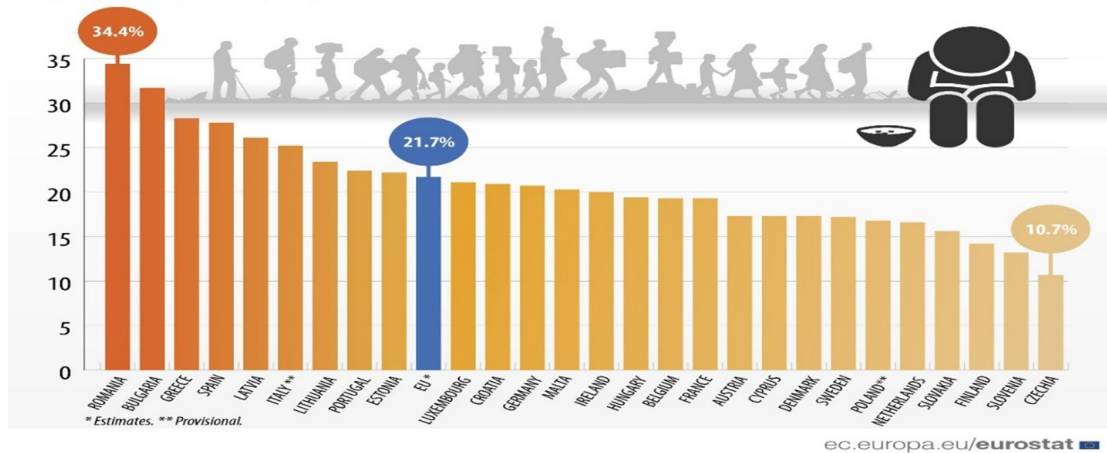
"Dualizzazione" del welfare

L'idea che per creare più occupazione si dovessero ridurre i livelli di protezione del lavoro, accettando quindi una maggiore disegualianza di condizioni lavorative e contrattuali fra segmenti diversi della forza lavoro, così come si dovessero accettare maggiori [differenziazioni salariali](#) all'interno degli occupati, si diffuse anche a livello delle élite politico-economiche e dei nostri governi, ed il trade-off fra occupazione ed eguaglianza (vuoi salariale, vuoi di condizioni contrattuali e normative) venne più o meno implicitamente accolto quale linea guida delle politiche di deregolamentazione così come stava accadendo nei mercati del lavoro europei continentali.

Nella letteratura scientifica si sottolinea come sia pressioni politico-sindacali sia scelte di deregolamentazione attuate dai Governi possono rinforzare la struttura duale del mercato del lavoro e la segmentazione fra un settore primario-garantito e un settore secondario sotto-protetto o precario. A tali distinzioni macro, si accosta, usualmente, la distinzione fra occupati "insider" e "outsider".

People at risk of poverty or social exclusion in the EU Member States

(% of total population, 2021)



Nella “Memoria della Corte dei Conti sul NADEF 2024” si afferma che la crescita della spesa pensionistica alla fine del triennio tornerà a rappresentare oltre i tre quarti della spesa per prestazioni sociali in denaro, e che sono anche in crescita le indennità una tantum per sostenere il potere d’acquisto delle famiglie. Quel non cambia è il sottofinanziamento del SSN e dei SSR che condurrà inevitabilmente ad un ulteriore indebolimento del welfare pubblico e a una crescita di servizi sanitari erogati da soggetti privati “accreditati” o dalla sanità “integrativa”.

Come è noto, nel NADEF si prevede già dal 2024 un rapporto fra la spesa sanitaria e PIL a livelli inferiori a quelli precedenti alla crisi pandemica (6,2 %), che si ridurrà ulteriormente di due decimi nel 2025, rendendo in questo modo difficile recuperare il sottodimensionamento del personale e promuovere stabilmente politiche espansive nelle cure territoriali dando continuità a quanto, ora possibile con le risorse attualmente disponibili nel PNRR, il Piano stesso prevede per il futuro.

Non si vede, almeno per ora, nei primi atti del Governo in carica e nelle dichiarazioni pubbliche dei Ministri competenti un orizzonte di nuovo welfare, ma una sua conservazione poco entusiasta che rischia di accrescerne i limiti e le criticità storiche.

Young people (aged 15-29) neither in employment nor in education and training, 2012 and 2022

(%)



Note: Breaks in series.

eurostat

Il defianziamento del SSN e dei SSR consoliderà la dualizzazione del welfare italiano. Dualizzazione che, è opportuno ricordare, è da sempre presente in alcuni settori, in particolare nell’ambito della protezione del lavoro (molto differente fra chi opera nel settore pubblico e chi opera in piccole imprese) nell’istruzione e nella sanità che da decenni utilizzano un mix di pubblico e privato.

Il sottofinanziamento previsto dal NADEF sicuramente non pone rimedio a queste disuguaglianze nell'accesso ai servizi e ricade su un sistema pubblico di cui tutti riconoscono la debolezza così come la urgente necessità di risorse finanziarie e professionali.

Come è noto, la dualizzazione crea significative disuguaglianze nell'accesso alle prestazioni. Una parte crescente della domanda di prestazioni sanitarie è implicitamente (e neanche tanto) canalizzata verso i produttori privati.

Una parte delle famiglie, quelle più povere, continuerà ad accedere ad un sistema pubblico teoricamente ancora universalistico, anche se i tempi e le performance delle prestazioni saranno sempre meno soddisfacenti. Le famiglie con redditi e condizioni lavorative soddisfacenti potranno, invece, accedere agevolmente ad un sistema pubblico-privato sempre più integrato e complessivamente efficiente.

Considerazioni finali

Se vogliamo adottare, come sarebbe molto ragionevole fare, l'approccio "One Health" ciò comporterebbe la presenza del tema "salute" in tutte le policy sviluppate dai Paesi in una ottica di loro integrazione così come una forte "governance" pubblica e una centralità del concetto di "benessere" delle popolazioni.

Un percorso non facile, per la maggioranza dei paesi industrializzati, in una fase storica come l'attuale in cui il PIL stenta a svilupparsi e la globalizzazione determina processi di integrazione tra i vari Paesi nelle filiere produttive, non sempre facilmente governabili se non a livello sovra nazionale.

OECD ha evidenziato l'urgente necessità di investimenti intelligenti nei sistemi sanitari per proteggere la salute delle persone e sostenere gli operatori sanitari che lavorano in prima linea. I costi di impiego di questi necessari investimenti nella prevenzione, nella forza lavoro sanitaria e nella digitalizzazione dovrebbero ammontare in media a circa l'1,4% del PIL pre-pandemia di ogni Paese.

Una spesa mirata, ma che prevede un indispensabile condizione: deve essere accompagnata da efficaci interventi di prevenzione e da misure per ridurre gli sprechi di spesa, in modo che i sistemi sanitari rimangano fiscalmente sostenibili nel medio- lungo periodo.

Il tema "salute" è ormai imprescindibile e assume una centralità nuova perché porta a sintesi approcci e politiche diverse. La "salute" è la risultante di più politiche che devono essere gestite insieme e in modo coordinato. Pertanto non possiamo più parlare solo di "sanità" perché non solo è riduttivo, ma è anche fuorviante. La "sanità" può essere affrontata come policy singola e gestita con una logica di "mercato" mentre pensare e progettare in termini di "salute" induce a un approccio integrato.

In una società tendenzialmente "liquida" la "sanità" si sposa bene con un approccio liberista e di mercato. Anzi ha bisogno di tradursi in consumo indotto dal lato "offerta" e quindi condizionato da un approccio "bisogno" / "consumo" ...

Un sistema di welfare ritrova invece una sua nuova legittimazione attraverso policy del tipo "One Health". È richiesto però un pensiero innovatore sui suoi modelli organizzativi e gestionali, sugli standard operativi e sulle tecniche, così come sui modelli di gestione del SSN e i SSR. L'evoluzione delle tecnologie 4.0, gestionali, diagnostiche e terapeutiche già agisce e ancor più agirà in profondità sull'organizzazione dei processi clinici e assistenziali, sulle competenze tecniche e relazioni degli operatori e sui livelli di appropriatezza delle cure.

Occorre affrontare questi cambiamenti per gestirli in modo fruttuoso, cioè sapendo cogliere opportunità e benefici e minimizzando i rischi di condizionamenti del mercato e le logiche del consumo superfluo. Per evitare di vivere in un futuro di "salute liquida" che non prevede un SSN o SSR in grado di stare dentro i cambiamenti, ma solo politiche di "galleggiamento" tipiche di chi governa con orizzonti a breve. Rinunciare a giocare la partita sarebbe un errore colossale da parte di tutte quelle organizzazioni sindacali, professionali, associative, di volontariato, politiche che credono ancora alla centralità del diritto alla "salute".

Per giocare la "partita" però ci sono alcune precondizioni indispensabili: superare le logiche corporative, gli egoismi e i protagonismi. Serve fare "massa critica", avere sguardo e prassi "aperte" all'innovazione sociale e tecnologica. Far sì che la seconda sia sinergica con la prima e quindi strumento di progresso e non di discriminazione.

Costruire convergenze su obiettivi comuni, coinvolgere le istituzioni a tutti i livelli, essere propositivi e coinvolgere le persone, i pazienti, le comunità ... ricostruire con pazienza quel "noi" che oggi ci sembra spesso una dimensione perduta.

Anche noi pensiamo che non c'è progresso senza "felicità", ma non quella "liquida", parliamo di quella "solida". Quella dimensione per cui non si può essere felici se la distribuzione del sapere, del potere, delle opportunità e delle tutele non è equa. Un pensiero semplice, ma apparentemente trascurato.

Riferimenti

1. Karl Marx, "Il Capitale" Editori Riuniti, (1966);

2. Erich Fromm, "Dalla parte dell'uomo. Indagine sulla psicologia della morale", astrolabio Editore (1978)
3. Zigmund Baumann, "Modernità liquida", Laterza Editore, (2011);
4. Asa Briggs, "L'età del progresso", Il Mulino (1984);
5. Esping-Andersen "Three worlds of welfare capitalism", books.google.com (1990).

https://www.quotidianosanita.it/studi-e-analisi/articolo.php?articolo_id=122993

quotidianosanita.it

Personale del NHS e del SSN: un capitale da tutelare e valorizzare

Silvia Scelsi,

Presidente Nazionale ASQUAS, Resp. Professioni Sanitarie Istituto "Gaslini", Genova

Caterina Amoddeo,

Vice Presidente Nazionale ASQUAS, Roma;

Antonio De Belvis, Coordinatore CTS ASQUAS, Università "Cattolica", Roma;

Giorgio Banchieri, Segretario Nazionale ASQUAS, DiSSE, Università "Sapienza", Roma;

Andrea Vannucci, Membro CTS ASQUAS, Docente DISM, Università Siena.

Occorre dedicare tempo ed energie alla valorizzazione del capitale umano della sanità che va considerato il protagonista dei cambiamenti organizzativi e gestionali necessari e improcrastinabili per ridare centralità, resilienza, flessibilità e appropriatezza ai sistemi sanitari nazionali "pubblici"

05 GIU -

Abbiamo letto con molto interesse l'articolo "Il futuro del SSN dipende dalla sua forza lavoro" apparso su BMJ 2024; 384 , pubblicato il 27 marzo 2024, DOI: <https://doi.org/10.1136/bmj-2024-079474> , in cui Mary Dixon-Woods, Charlotte Summers, Matt Morgan, Kiran Patel affermano che "... il futuro del servizio sanitario nazionale dipende dalle persone che vi lavorano, quindi la gestione della forza lavoro dovrebbe essere una priorità fondamentale".

Gli autori sulla base della loro conoscenza del settore, della letteratura e dell'ascolto dei pazienti e del personale, "...identificano tre aree chiave interconnesse in cui è urgente intervenire: configurare la forza lavoro, migliorare le condizioni e gli ambienti di lavoro e migliorare i percorsi di carriera e formazione."

Propongono cosa si potrebbe fare per affrontare le sfide attuali, sottolineando che "... la gestione della forza lavoro deve essere condotta con particolare riguardo alla diversità, all'inclusione e all'equità e deve essere fatta in collaborazione con il personale, i pazienti e il pubblico".

Come ASQUAS condividiamo queste considerazioni e abbiamo deciso di dedicare a questo tema il prossimo nostro Congresso Nazionale a Roma in ottobre 2024.

Configurare la forza lavoro per il futuro dei sistemi sanitari pubblici, universalisti ed equi

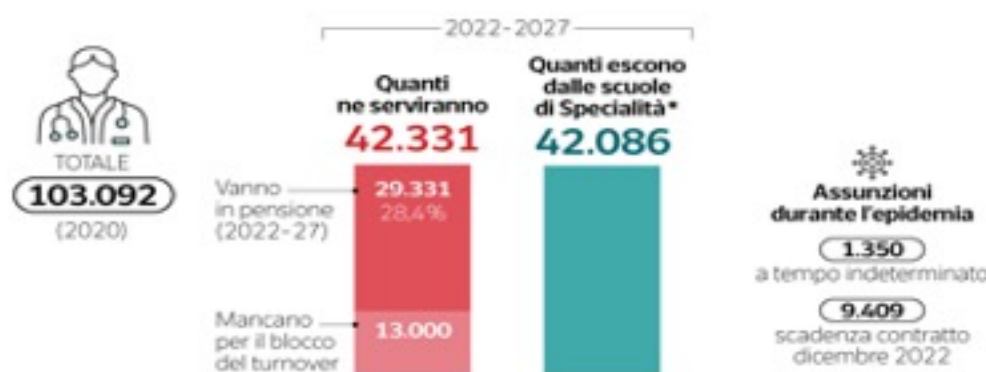
Carenza di personale

Il futuro dei sistemi sanitari pubblici e universalistici dipende – senza dubbio alcuno - dall'aver il giusto numero di personale nei ruoli giusti, nei tempi giusti e nei posti giusti. Al momento attuale (2021-2023) sia il NHS che il nostro SSN non hanno abbastanza personale per raggiungere i loro obiettivi e i loro impegni: hanno meno infermieri, e in prospettiva meno medici specialisti, rispetto ad altri Paesi Ue e OECD. A seguire i dati italiani:



Fonte: elaborazione dati Associazione Liberi Specializzandi (Als)

Cosa succede nei prossimi 5 anni MEDICI OSPEDALIERI



Fonte: Agenas per Dataroom

*al netto del 25% che non resta nel SSN e del 10% che non finisce gli studi

Occorre verificare quanto saranno sufficienti le nuove soglie di iscrizioni in Italia per i Corsi di laurea in Medicina e in Scienze Infermieristiche, nonché per le Scuole di Specializzazione per compensare i posti vacanti.

Il problema è anche che sono cambiate le motivazioni nelle scelte dei giovani e molti non scelgono più la sanità come settore di impiego. Inoltre abbiamo una forte riduzione delle classi di età per la denatalità (da quasi 840.000 e circa 470.000): questo riduce il numero dei possibili iscritti e rende difficile garantire le quote necessarie.

Abbiamo una assenza di politiche adeguate a mantenere e motivare il personale, per cui perdiamo migliaia di giovani laureati ogni anno verso Paesi Ue e non Ue.

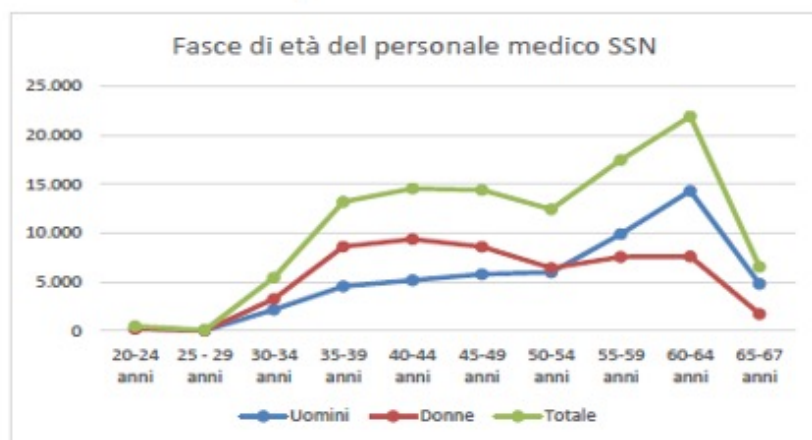
A seguire l'andamento assoluto del numero dei medici e degli infermieri in Italia dal 2011 al 2021 rispetto agli standard UE:

Anno	Laureati medici	Laureati infermieri e ostetriche	Rapporto M/I e O	Fabbisogno M/I ¹ e O	Differenza relativa	Differenza assoluta
2011	6.072	11.347	1,7	3,4	1,7	10.322
2012	6.635	12.082	1,8	3,4	1,6	10.616
2013	6.467	13.201	2	3,4	1,4	9.054
2014	6.747	12.618	1,9	3,4	1,5	10.121
2015	7.482	12.233	1,6	3,4	1,8	13.468
2016	8.045	11.734	1,5	3,4	1,9	15.286
2017	8.536	11.072	1,3	3,4	2,1	17.926
2018	9.521	10.868	1,1	3,4	2,3	21.898
2019	10.091	10.712	1,1	3,4	2,3	23.209
2020	10.841	9.998	0,9	3,4	2,5	27.103
2021	10.461	9.931	0,9	3,4	2,5	26.153
Totale periodo	91.528	125.796	1,4	3,4	2,0	183.056
Media annua	8.321	11.436	1,4	3,4	2	16.641

(Fonte: elaborazione su dati Ministero Sanità e AGENAS)

Infine l'ineguale distribuzione dei posti vacanti tra le aree geografiche contribuisce alle disuguaglianze, lasciando alcune aree, comprese quelle più svantaggiate, sotto servite. La strategia di puntellare la carenza di forza lavoro attraverso il reclutamento all'estero è insostenibile, soprattutto perché crea conflitti potenziali nel rapporto tra strutturati e terzi.

Grafico n.1. Età media del personale medico: uomini 53,8 anni, donne 48,8 anni. Età media totale 51,3 anni.



Elaborazione AGENAS su dati del Conto Annuale 2020

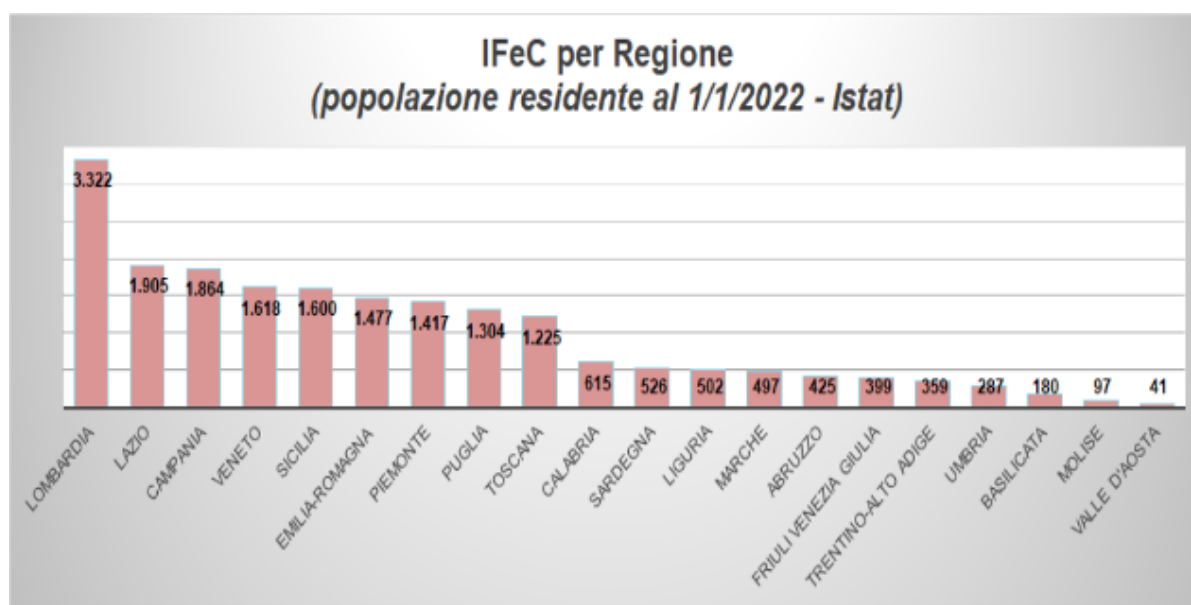
Lo stesso vale per la crescente dipendenza dal personale temporaneo (terzisti, gettonisti, etc.), che non solo è costoso (il costo annuale nel NHS è stimato in 10,4 miliardi di sterline nel 2023 e anche nel SSN in Italia è superiore ai 10 miliardi di Euro), ma introduce anche altre problematiche quali la mancanza di familiarità con le politiche aziendali e gli ambienti di lavoro e interferenze negative nella costruzione e mantenimento di un buon clima di lavoro nei team.

Ci sono infine evidenze che possono influenzare negativamente i risultati degli indicatori di outcome, sia clinici che derivati dall'esperienze dei pazienti.

Diversificazione dei ruoli

La diversificazione dei ruoli è diventata una caratteristica sempre più importante nel NHS e nel nostro SSN negli ultimi anni, con l'assistenza primaria che fornisce un esempio importante.

Sebbene il numero di medici generici sia in calo e si attesti sui 27 487 GP nel dicembre [2023 in UK](#), [mentre in Italia siamo a rischio di crisi della rete per l'età media avanzata di ¾ dei MMG e PLS](#), il numero di personale a tempo pieno nell'assistenza primaria che fornisce assistenza diretta ai pazienti, ma non è un GP o MMG, come infermieri e ausiliari è aumentato significativamente tra marzo 2019 e settembre 2023 in UK per 34.380 unità.

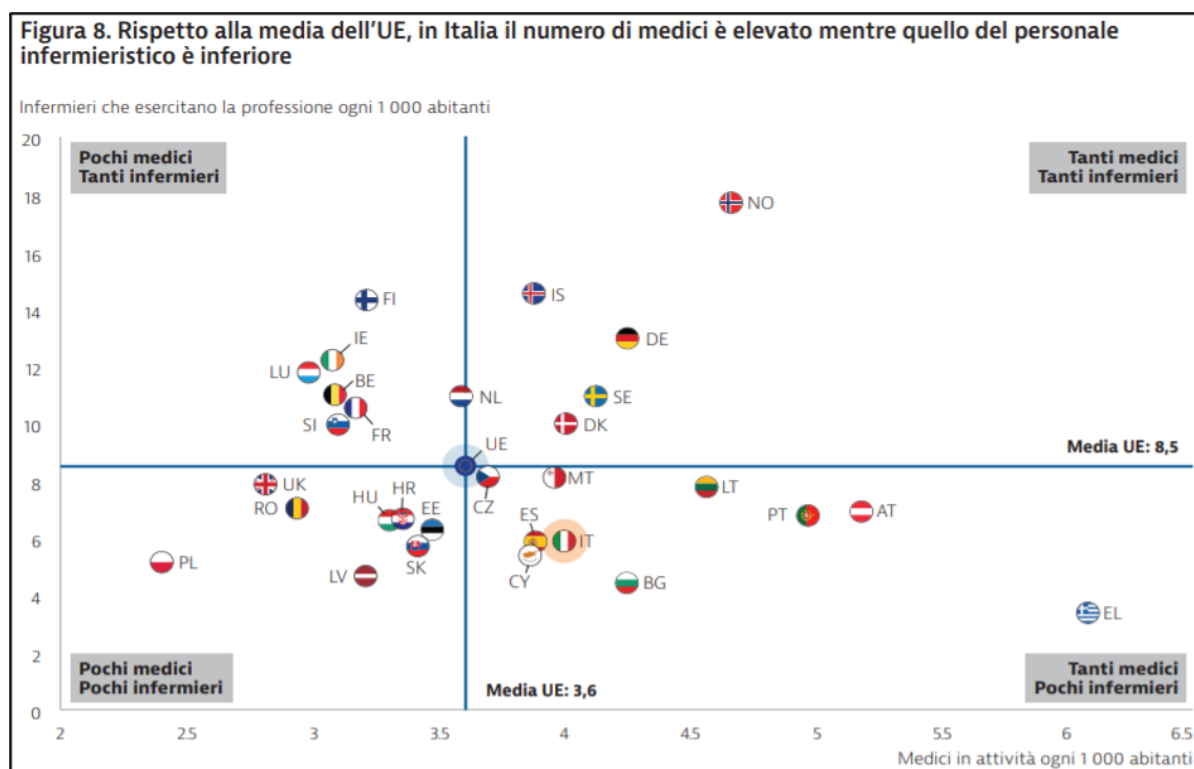


(Fonte FNOPI su Quotidiano Sanità agosto 2022)

In Italia mancano dati simili utili ad un confronto a sappiamo che il 70% del carico assistenziale è a carico delle famiglie. È stato introdotto l'infermiere di famiglia e comunità (da circa 4 anni) oltre al servizio ADI, ma questa figura non è ancora diffusa su tutto il territorio, e quindi non riesce a garantire la necessaria copertura dei bisogni.

Gli infermieri hanno già operato con successo come membri di team multiprofessionali nell'assistenza primaria da molti anni, ma in quest'ambito già da tempo per rispondere a tutti i bisogni espressi dal cittadino è stata introdotta la figura degli OSS, peraltro più veloci e meno costosi da formare rispetto ad altri profili.

Come ogni innovazione, e come tutta la questione dello "skill-mix-change" o meglio del "task-shifting", i passaggi di funzioni o di attività dai gruppi professionali che storicamente li attuavano ad altri, hanno e stanno creando tensioni e nuovi conflitti di attribuzione di competenze (ad esempio: medici e infermieri e ostetriche e OSS).



Nuove tecnologie

Per configurare la forza lavoro per il futuro del SSN in Italia e del NHS in UK non è, ovviamente, solo una questione di posti vacanti.

È necessario pensare a come svolgere in modo innovativo il lavoro e a come può essere intrapreso in modo efficace ed efficiente. È necessario tenere conto della natura dinamica e spesso in rapida evoluzione degli sviluppi scientifici, della demografia, dell'innovazione dei servizi e della tecnologia.

Il personale impiega molto tempo per formarsi e raggiungere la massima competenza, ma il lavoro che deve svolgere potrebbe cambiare più rapidamente.

Le nuove tecnologie, tra cui l'intelligenza artificiale, l'assistenza a distanza, la salute digitale e la medicina basata sulla genomica, sono ricche di opportunità, ma anche altamente dirompenti dei profili professionali attuali. Più in generale, la pianificazione della forza lavoro e la definizione dei nuovi ruoli devono essere affrontati in base a consultazioni e progettazioni rigorose e condivise per garantire che siano specificati, valutati, gestiti e regolamentati con chiarezza i confini dei ruoli esistenti, valutando bene gli impatti gestionali e i risultati assistenziali per non generare conseguenze indesiderate.

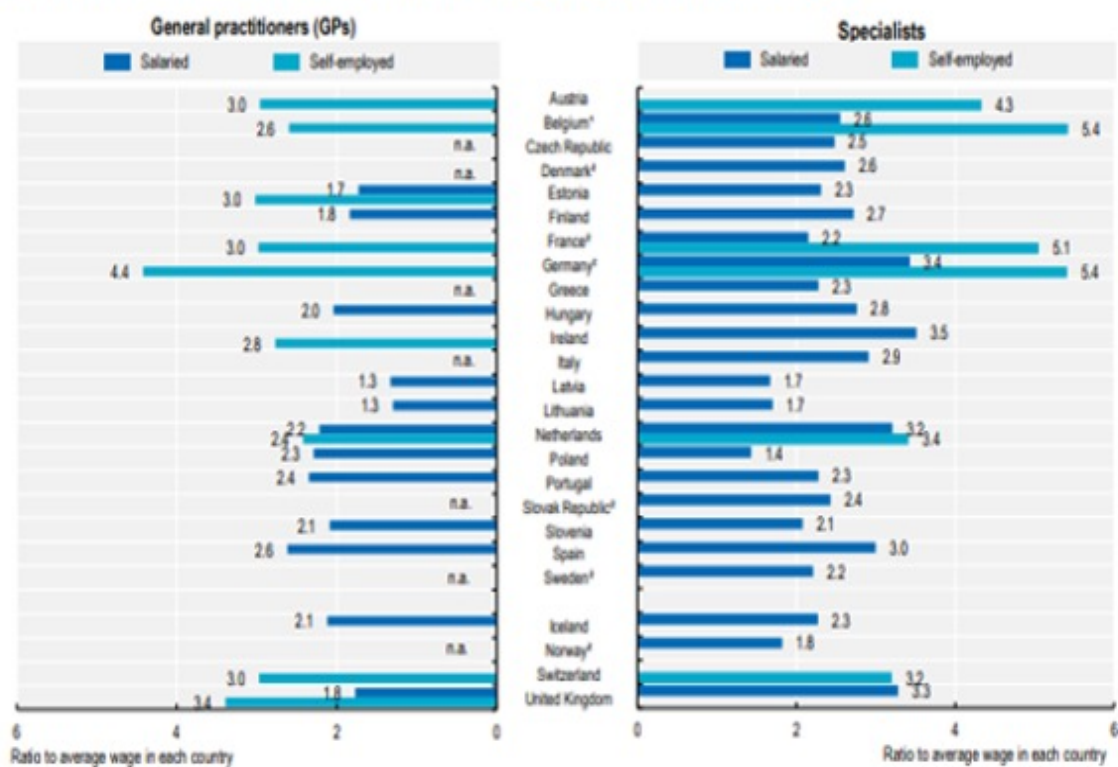
Miglioramento delle condizioni

Soddisfazione e valore

I livelli retributivi sono una importante fonte di insoddisfazione per il personale dell'NHS e del SSN. In survey specifiche svolte da Associazioni professionali, sindacali con il supporto di istituzioni scientifiche, la maggioranza del personale afferma di non essere soddisfatto della propria retribuzione sia in Inghilterra che da noi. Le indagini svolte mostrano che la soddisfazione retributiva rimane al di sotto dei livelli pre-

pandemia (2019). Per i professionisti sanitari la soddisfazione per la retribuzione è ora inferiore rispetto al 2020. Per alcuni lavorare per il “pubblico” sembra costituire una forma di “sfruttamento”. Solo circa la metà degli intervistati dichiara di essere soddisfatto della misura in cui la propria organizzazione apprezza il loro lavoro.

Figure 7.12. Remuneration of doctors, ratio to average wage, 2020 (or nearest year)



1. Practice expenses of self-employed GPs and specialists are included (resulting in an over-estimation). 2. Data for both salaried GPs and specialists are reported under salaried specialists as it is not possible to separate these two groups of doctors.

Source: OECD Health Statistics 2022.

Un infermiere italiano - Fonte FNOPI “Quotidiano sanità” agosto 22 – guadagna in media secondo il Conto annuale della Ragioneria Generale dello Stato 2020 circa 34.711 euro l’anno lordi, cioè circa 22.600 euro netti che su tredici mensilità sono circa 1.700 euro al mese. Lo stipendio è lo stesso da circa 10 anni, nonostante il rinnovo contrattuale e le nuove aeree di qualificazione poco è cambiato alla fine del mese in busta paga.

La media annuale lorda del Servizio Sanitario Nazionale di tutte le professioni è di 42.731 euro (quindi circa 10mila in più, considerando che ad esempio i dirigenti sanitari guadagnano in media 84 mila euro lordi l’anno circa).

La media OCSE è di 48.100 euro lordi l’anno. Ma ad esempio in Svizzera (dove molti infermieri italiani vanno a lavorare) si sfiorano i 56 mila euro, in Spagna i 55 mila, in Germania i 59 mila fino al top in Lussemburgo dove nel 2019 un infermiere guadagnava in media poco più di 100 mila euro l’anno lordi.

Condizioni di lavoro

Le condizioni di lavoro, sia nel NHS che nel SSN, sono una delle principali fonti di preoccupazione. La maggioranza del personale ha riferito di essersi sentito male per lo stress da lavoro negli ultimi 12 mesi. In tanti si sentono sovraccarichi, demoralizzati o esauriti. Molti si sono affidati a sostegni psicologici.

Recenti survey svolte da Associazioni professionali degli operatori sanitari confermano queste dinamiche in entrambi i Paesi. Il personale soffre dell’incapacità di fornire l’assistenza che ritiene di essere in grado di fornire. La sensazione di deludere i pazienti è dannosa per l’esperienza lavorativa degli operatori sanitari. Lo stress da carico di lavoro è aggravato dalla natura altamente complessa ed esigente dell’ambiente istituzionale e normativo dei sistemi sanitari.

Ambiente ad alto stress

Gli operatori nel NHS e anche nel SSN devono spesso lavorare in ambienti altamente stressanti e impegnativi, utilizzando sistemi di lavoro che però sono scarsamente ottimizzati.

Gli operatori spesso trascorrono una parte sostanziale del loro tempo nello svolgere compiti che li distolgono dal lavoro per il quale sono qualificati, il che indica una tolleranza da parte del management e delle istituzioni preposte verso l'uso non ottimale della forza lavoro e dei relativi sprechi di tempo e di competenze.

Il lavoro quotidiano è spesso frustrante: la maggioranza del personale dichiara di non avere materiali, forniture e attrezzature adeguate a svolgere il proprio lavoro.

Il fatto che queste sfide siano anche profondamente problematiche per i pazienti non fa che aumentare il senso di frustrazione professionale, eppure la maggioranza del personale si sente in grado di poter apportare miglioramenti nella propria area di lavoro.

Comportamenti sul posto di lavoro

I comportamenti sul posto di lavoro, compresi i comportamenti di colleghi, pazienti, parenti e pubblico, sono una delle principali preoccupazioni per la forza lavoro del NHS in UK e anche in Italia nel SSN/SSR. Nei sistemi sanitari inglese e italiano alcune culture del posto di lavoro sono negative e portano a cattive esperienze lavorative, burnout e conseguenti effetti negativi sulla sicurezza e sulla qualità dei pazienti, compresi quelli che sfociano in crisi organizzative.

I tassi segnalati di bullismo e mancanza di rispetto, molestie, compresi abusi sessuali sono allarmanti e diffusi. I giornali e le agenzie e testate web ne sono pieni.

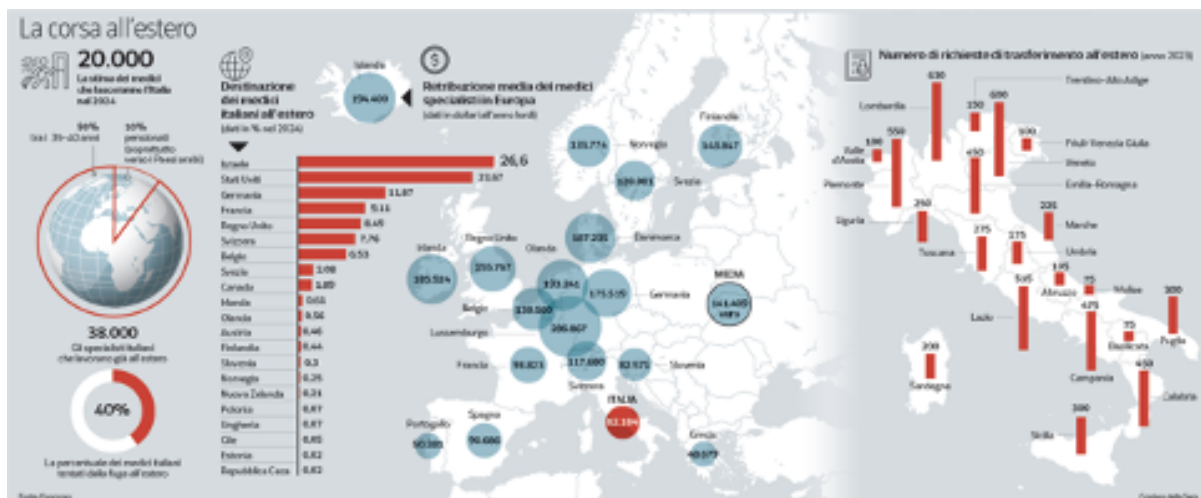
Migliorare la carriera e lo sviluppo professionale

Lo sviluppo professionale e l'avanzamento di carriera sono essenziali sia per fidelizzare il personale sia per garantire che le sue competenze siano adeguate ai compiti loro assegnati.

Sono necessari livelli adeguati di istruzione e di formazione per tutti i gruppi del personale per supportare la selezione, la supervisione, la valutazione, lo sviluppo e il mantenimento di competenze e comportamenti ottimali. Quanto sopra è comunque costoso, a rischio di tagli finanziari o a essere mal implementato.

A questo proposito un rischio recente sono moduli di e-learning mal progettati ed il fatto che perdipiù il personale è costretto a seguirli nel proprio tempo libero.

Pratiche più efficaci, come le simulazioni e il debriefing qualificato, sono purtroppo sottoutilizzati.



Inoltre assistiamo a livelli importanti di abbandono dei percorsi formativi in sanità e questa è una ulteriore minaccia per la sostenibilità dei sistemi sanitari.

Le ragioni sono molteplici. Per i medici in formazione specialistica, a parte le questioni importanti del ripristino della retribuzione e dei debiti formativi, includono spesso programmi di formazione burocratizzati e rigidi caratterizzati da un "degrado" dei profili e un loro non aggiornamento e molte procedure documentali pesanti, mal progettate poco flessibili.

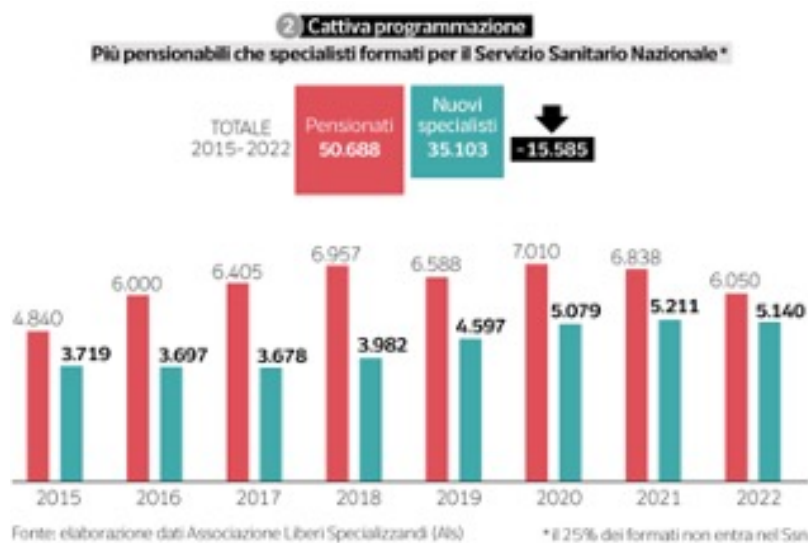
Un'ulteriore grande preoccupazione è che la forza lavoro accademica clinica – vitale per le attività di ricerca, istruzione e formazione dei Servizi Sanitari Nazionali – è in gravi difficoltà.

Vi è una carenza di accademici clinici con conseguenze inevitabili sulla ricerca e sulle sperimentazioni cliniche.

Mentre per gli infermieri c'è una mancanza di carriera clinica chiara, nonostante il contratto abbia introdotto dei percorsi. Ad aggravare tutto questo concorre una mancanza di riconoscimento soprattutto nell'ambito dei percorsi interni ai sistemi organizzativi, dove per la sopracitata necessità dovuta all'"under staffing", ancora oggi non rende possibile riconoscere specializzazioni e assegnazioni di settore.

Questo avendo di contro la necessità di gestire i professionisti come “generalisti”.

Per quanto riguarda la ricerca e la carriera universitaria la situazione è ad oggi ancora più preoccupante, considerando che su circa 460.000 infermieri, nel ruolo di professore con cattedra ci sono oggi meno di 10 persone in tutta Italia. Molti sforzi vengono fatti nell’ambito delle scuole di dottorato e delle facoltà in accordo con la FNOPI e la consulta delle società scientifiche, ma il cammino è ancora molto lungo.



Conclusioni e raccomandazioni

Concordando con quanto proposto dai colleghi inglesi, formuliamo le seguenti raccomandazioni specifiche per realizzare questa visione anche nel nostro Paese:

- Gestione della forza lavoro - la gestione della forza lavoro deve essere riconosciuta come una priorità e una responsabilità chiave che richiede una pianificazione, una progettazione, un investimento e una valutazione attivi a tutti i livelli del sistema, dal livello politico fino ai manager a tutti livelli del sistema.
- Migliorare le condizioni di lavoro - introducendo un quadro nazionale progettato in modo collaborativo per migliorare clima organizzativo ed ambienti di lavoro per tutto il personale, comprese le retribuzioni. Vanno definiti:
 - standard minimi per il luogo di lavoro, anche su questioni quali il trasporto, la disponibilità di cibo, la programmazione dei turni, i sistemi di rotazione e i cicli retributivi;
 - standard volti a migliorare la gestione delle persone, compresi i migliori sistemi per la gestione di linea e le risorse umane, definiti da forti impegni e azioni in materia di uguaglianza, diversità e inclusione;
 - standard per definire ciò che è "bene" e va inteso per l'antirazzismo e l'antidiscriminazione;
 - misure per proteggere il personale da comportamenti sessuali indesiderati, violenza e aggressioni;
 - processi di revisione delle retribuzioni;
 - programmi di investimenti per migliorare le infrastrutture fisiche e gli ambienti di lavoro;
 - finanziamenti, investimenti, incentivi e i metodi per garantire il successo di queste policy, considerando anche le responsabilità dei manager.

I decisori istituzionali dovrebbero dare priorità ai finanziamenti e sostenere il miglioramento dell'infrastruttura amministrativa, del funzionamento operativo e della progettazione del sistema di lavoro. Questo dovrebbe avvenire tramite sistemi di co-progettazione di alta qualità, con centralità sui fattori umani e innovazione, con sperimentazioni pilota da consolidare prima di una loro diffusione.

- Migliorare la pianificazione della forza lavoro - i decisori istituzionali e gli stakeholder interni ed esterni al sistema sanitario dovrebbero sviluppare in modo collaborativo un programma completo di consultazione e valutazione sulla progettazione e la pianificazione della forza lavoro, che includa:
 - Definizione di nuovi ruoli e come configurarli in modo ottimale, tenendo in debita considerazione la progettazione dei contesti di lavoro e il giusto insieme di ruoli per fornire un'assistenza di alta qualità ai pazienti
 - Valutazione e progettazione degli effetti dello sviluppo scientifico e dei cambiamenti tecnologici, compresa l'intelligenza artificiale, sul modo in cui viene svolto il lavoro assistenziale e su come gli operatori devono essere formati e supportati;

• Prevedere anche il reclutamento e lo sviluppo professionale del personale in ruoli "non clinici". Infine sarà indispensabile un'attività di revisione indipendente per individuare come migliorare la qualità dei percorsi di formazione, con particolare attenzione al miglioramento dell'esperienza assistenziale e delle condizioni di lavoro e al sostegno finanziario (retribuzioni e loro dinamiche).

Alcune di queste raccomandazioni possono essere gestite a livello organizzativo e manageriale nelle aziende sanitarie. Altre dovranno essere guidate da policy istituzionali ai vari livelli (nazionali, regionali, aziendali), in quanto devono affrontare sfide strutturali e comportamentali al di fuori delle singole organizzazioni.

Per quanto sopra riteniamo che sia necessario dedicare grande attenzione alle politiche attive del personale, superando impostazioni legate alla sola applicazione di standard formali e burocratici.

Occorre dedicare tempo ed energie alla valorizzazione del capitale umano della sanità che va considerato il protagonista dei cambiamenti organizzativi e gestionali necessari e improcrastinabili per ridare centralità, resilienza, flessibilità e appropriatezza ai sistemi sanitari nazionali "pubblici".

È comunque necessario promuovere innanzitutto una riforma culturale dei modelli operativi e gestionali della sanità anche nel nostro Paese. A queste problematiche deve essere dato adeguato spazio nelle nuove policy di sistema.

https://www.quotidianosanita.it/studi-e-analisi/articolo.php?articolo_id=122622

quotidianosanita.it

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

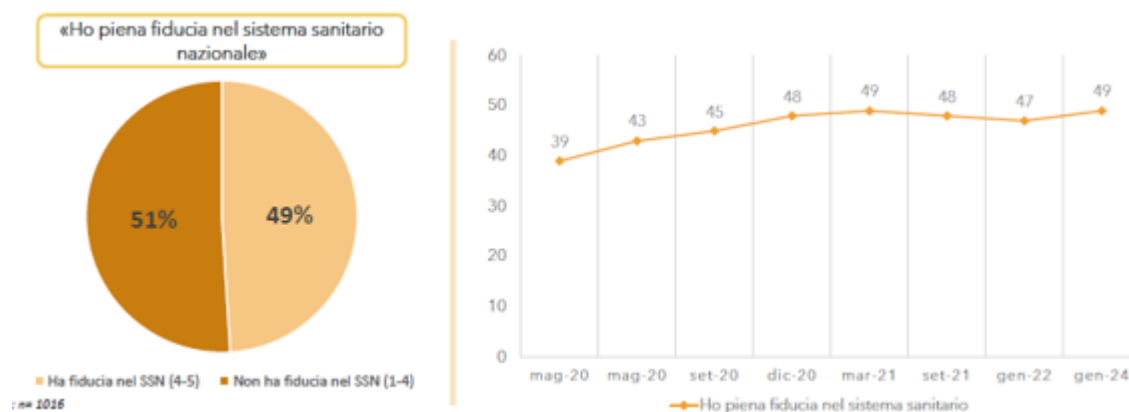
Premessa

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.

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%).

(www.engagemindshub.com)



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

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 diseguaglianze 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 policroniche, 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

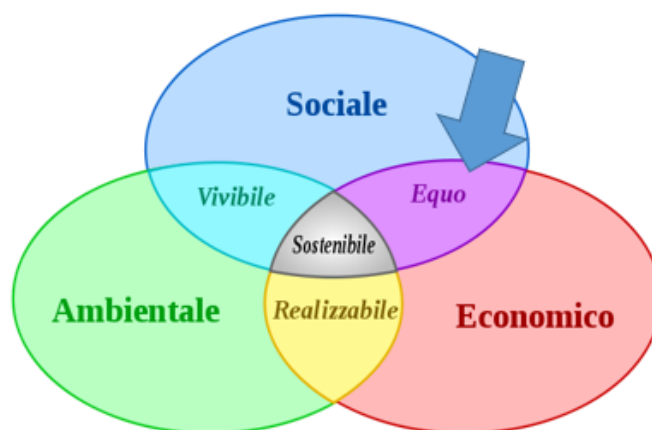
I Servizi Sanitari Nazionali devono anche considerare l'equità

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.

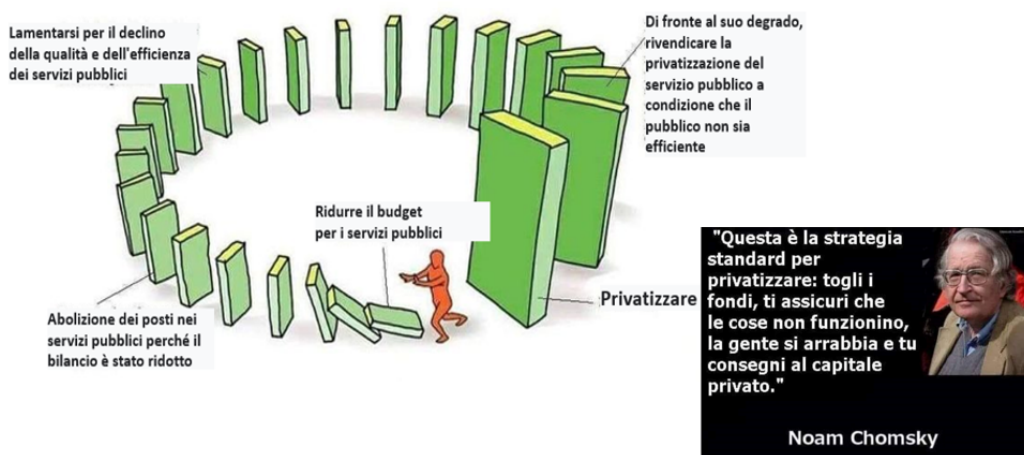
Quanto sopra dovrebbe essere sviluppato con un approccio consequenziale e con forte impegno solidale verso le comunità.

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.

Distruggere i servizi pubblici: Manuale d'uso



Riferimenti:

www.oxfamitalia.org/wp-content/uploads/2024/01/Rapporto-OXFAM-Disuguaglianza_il_potere_al_servizio_di_pochi_15_1_2024.pdf

Engage Minds HUB - *Sanità pubblica e sanità privata a confronto*, 2024. www.engagemindshub.com

7° Rapporto Censis-Eudaimon sul welfare aziendale - *Il welfare aziendale e la sfida dei nuovi valori del lavoro*

<https://www.censis.it/lavoro/7%C2%B0-rapporto-censis-eudaimon-sul-welfare-aziendale>

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?"

<https://www.oecd-ilibrary.org/sites/d3b89c6f-en/index.html?itemId=/content/component/d3b89c6f-en>

WHO - *One Health High-Level Expert Panel (OHHLEP). Annual Report 2021*

Decreto 23 maggio 2022, n. 77 - Regolamento recante la definizione di modelli e standard per lo sviluppo dell'assistenza territoriale nel Servizio sanitario nazionale. (22G00085) (GU Serie Generale n.144 del 22-06-2022)

La Commissione del BMJ sul futuro del NHS –

BMJ 2023; 381 doi: <https://doi.org/10.1136/bmj.p1000> (Pubblicato il 04 mag 2023) Citalo come: BMJ 2023; 381:p1000

Nigel Crisp, JS Bamrah, Jessica Morley, Charlotte Augst, Kiran Patel,

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> (Pubblicato il 31 gennaio 2024) Citalo come: BMJ 2024;

Codice: 384:E078903

Donald M Berwick¹, Andrew D Hackbarth - Eliminare gli sprechi nel sistema sanitario statunitense

JAMA - .2012 11 aprile;307(14):1513-6. - doi: 10.1001/jama.2012.362. Epub 2012

<https://www.quotidianosanita.it/studi-e->

[analisi/articolo.php?articolo_id=122385#:~:text=ne%20%E2%80%9C%20principi%20fondanti%20dell,progettati%20per%20fare%20un%20uso](https://www.quotidianosanita.it/studi-e-analisi/articolo.php?articolo_id=122385#:~:text=ne%20%E2%80%9C%20principi%20fondanti%20dell,progettati%20per%20fare%20un%20uso)

NHS E SSN, due sistemi sanitari nazionali, universalisti e...” anziani”

Giorgio Banchieri e Andrea Vannucci

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.

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 disposte 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 diseguaglianze 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 Cortei 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

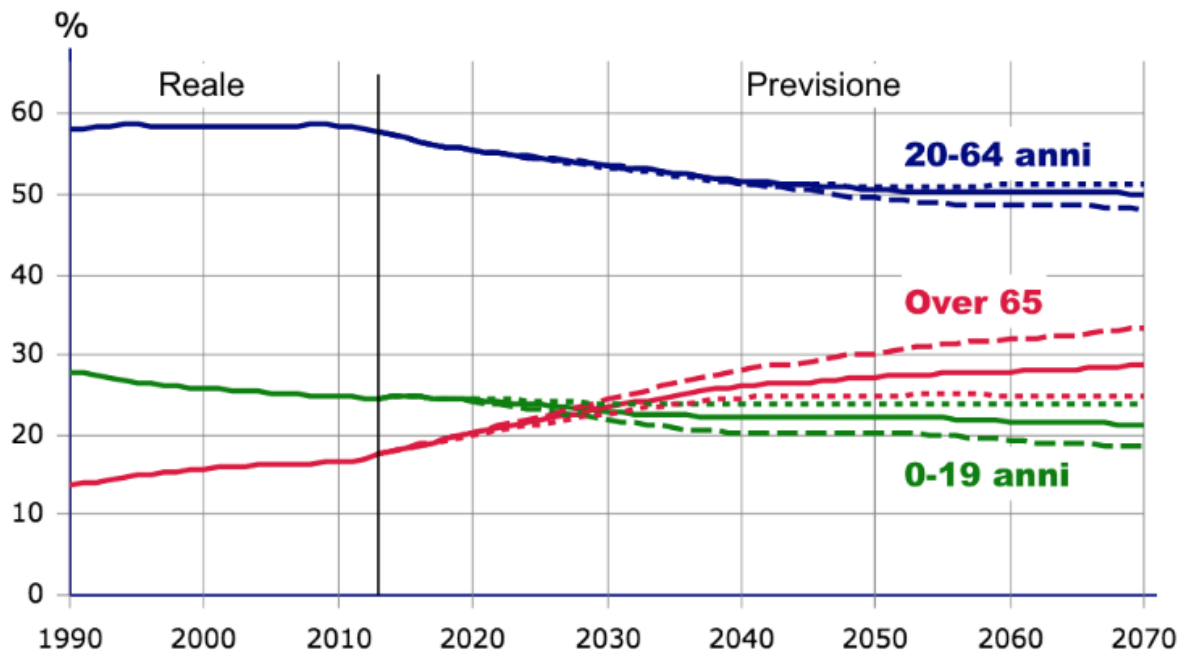
Fonte: elaborazione Cortei dei conti su dati OCSE; per il Pil: tasso di crescita annuale del Pil in termini reali; per la spesa sanitaria: variazione spesa sanitaria pubblica a prezzi costanti, anno base OCSE. Estrazione dati: febbraio 2024

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:

- 1- 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;
- 2- 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.

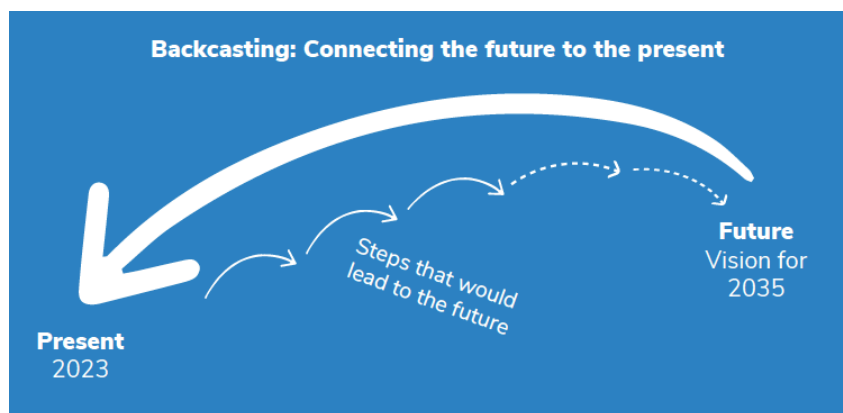
Qui va previsto un approccio olistico, che coinvolga l'intera società per lavorare insieme a perseguire la salute planetaria e garantire che gli impatti ambientali non aggravino disuguaglianze sociali e sanitarie.

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.

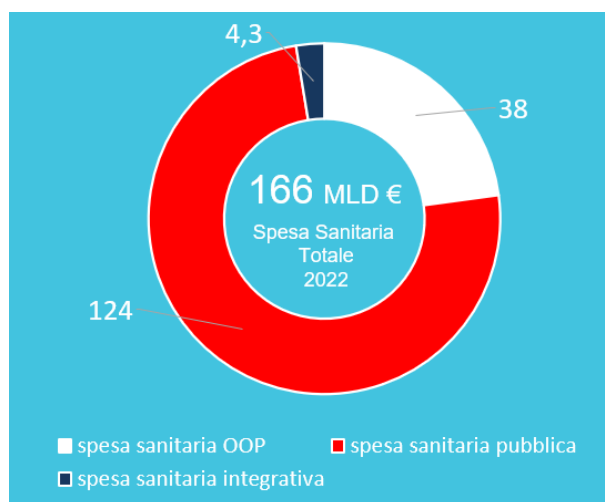
È comparso così nel dibattito pubblico un termine contraddittorio, praticamente un ossimoro: l'“universalità selettiva”. Ciò sarebbe tipico, ad esempio, di una polizza assicurativa che prevede una serie definita di prestazioni fornite solo ai suoi assicurati.

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 disuguaglianze 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

quotidianosanita.it

Salviamo la sanità. Un appello alla destra e alla sinistra

Ivan Cavicchi

25 GIU -

Gentile direttore,

i paesi con un debito eccessivo come il nostro saranno obbligati a causa del patto di stabilità e di crescita (PSC) sottoscritto dal governo con l'EU, a ridurlo forzatamente.

Una riduzione che la sanità pubblica pagherà cara.

Il governo in carica senza neanche una mezza idea di riforma, non ha altra strada che privatizzare ancora di più. C'è da dire che già da tempo in sanità non è più lo ius che comanda (probabilmente proprio per questo è sempre più de-finanziato) ma il lucrum agevolato dallo Stato

Oggi la sanità pubblica non è più un "servizio al popolo" come l'ha definita il Santo padre (19 nov 2023) ma, a spese del popolo e nonostante i diritti del popolo, è diventata per lo più un "servizio a pagamento".

Il sindacato ha piegato la testa

Come ho scritto di recente (QS 3 giugno 2024) siamo ormai arrivati alle "controriforme della seconda generazione" quelle che, in aperta violazione dell'art. 32 e della 833, sottoscrivono accordi nei quali le grandi imprese speculative e quindi le assicurazioni private "cogestiscono" con il sindacato la salute dei cittadini e di chi lavora come un business.

Non è vero che la salute non è una merce. Al contrario per l'impresa e per il sindacato essa è una merce a tal punto che nei contratti di lavoro ha il valore del salario ed è contrattata come tale. Oggi molti lavoratori sono pagati in parte con il salario e in parte con il welfare aziendale.

Il sindacato ha piegato la testa davanti al neoliberalismo, oggi la vera ideologia vincente. La Cgil va in piazza a protestare contro il governo di destra che non finanzia la sanità pubblica ma nello stesso tempo ha venduto l'art 32 all'impresa e alla speculazione finanziaria. Oggi i soldi passano dalla sanità pubblica ma per andare alla sanità privata e con l'accordo di tutti i sindacati.

Basta ipocrisie

Insomma, smettiamo tutti di fare gli ipocriti. Ormai la situazione è chiara: in Italia c'è una doppia sanità, una pubblica che si restringe sempre di più e una privata che grazie al sindacato si estende sempre di più dando luogo a quel fenomeno che, nel mio pamphlet, ho definito "esclusione competitiva" (pag 53).

Da anni ormai il pubblico e il privato, sono stati messi in competizione per accaparrarsi le risorse economicamente disponibili. Oggi attraverso la detraibilità fiscale, il privato ormai domina sul pubblico, che de-finanziato sta diventando di giorno in giorno sempre più marginale.

Insomma, signori, la riforma del 78 quindi l'art 32 della Costituzione sulla base del quale essa è nata, nel derby "diritti/ interessi" hanno perso i diritti e il neoliberalismo ha vinto.

Questa è la "catastrofe" di cui parlo da tempo e sulla quale tutti fanno finta di niente.

Salviamo la sanità. Un appello alla ragione.

È in queste condizioni difficili, quasi disperate, che mi sono convinto ad avanzare la mia temeraria proposta "Salviamo la sanità. Una riforma necessaria per garantire il diritto di tutti" (Castelvecchi editore 2024). Per me in sanità i processi di controriforma sono andati troppo avanti per sperare di invertirli, cioè per me oggi è difficile se non impossibile rimettere tutto il dentifricio che soprattutto a sinistra abbiamo versato e sprecato di nuovo dentro il tubetto dell'art 32 e della 833. Come si fa a cancellare 50 anni di errori e di tradimenti?

Tradimenti ed errori

Permettetemi di insistere ancora su questo punto e di precisare che tra "tradimento" e "errore" passa la stessa differenza che passa tra: una azione delittuosa o comunque dannosa compiuta consapevolmente ai danni del paese e di una intera popolazione, profittando della sua buona fede e della sua fiducia una svista, un equivoco, un fraintendimento, un abbaglio causato da circostanze finanziarie avverse e difficili quindi da problemi contingenti di sostenibilità e di governo.

Guardate cari "amici e compagni" che in sanità, per problemi i più diversi (nobili e meno nobili), se continueremo a confondere "errore" e "tradimento" non ne verremo mai fuori.

Non si tratta di sculacciare la Bindi di cui, in tutta franchezza davvero mi interessa poco, ma di decidere la verità di riferimento cioè di decidere nella tempesta a quale bitta, legare la barca.

In "sanità pubblica addio. Il cinismo delle incapacità" il libro dello scorso anno penso di aver dimostrato chiaramente che i nostri guai nascono da un tradimento (l'uccisione dell'albatros narrato nella ballata del vecchio marinaio pag. 12) e non da un errore cioè nascono dalla decisione tutta politica di sostituire i valori della Costituzione con i valori del liberismo. Il problema ribadisco non è sculacciare la Bindi perché ha sparato sull'albatros ma è decidere a sinistra se questo tradimento è controvertibile o no. Cioè se l'albatros lo salviamo o no. Il danno ormai è fatto che si fa?

La ri-contestualizzazione dell'art. 32

Oggi a me interessa capire due cose: dalla sinistra in campo se l'albatros deve vivere o no e se deve vivere, come io auspico, a quali condizioni, dalla destra vorrei invece capire se oggi è pronta a fare un accordo per salvare l'albatros

Il tradimento dell'art 32 non si può affrontare come se fosse un errore politico o una svista della sinistra ma va rimosso decidendo di ricontestualizzare l'art 32 in questo contesto sociale economico e politico. Cioè di rigenerarlo mettendo l'art 32 dentro il nostro tempo e nelle nostre complessità.

La proposta di "ricontestualizzare" l'art 32 e quindi rigenerarlo cioè di non limitarsi semplicemente a ribadirlo come una petizione di principio, personalmente l'ho resa pubblica in tempi davvero non sospetti e purtroppo nell'indifferenza generale. Già 10 anni fa e non a caso nel primo capitolo del "riformista che non c'è. Le politiche sanitarie tra invarianza e cambiamento" (Dedalo 2013) dedicato proprio ai problemi dell'art 32.

Oggi l'art 32 lo abbiamo perso certo perché gli interessi hanno preso il sopravvento sui diritti, ma soprattutto perché l'art 32 cioè l'albatros stato ammazzato perché di fatto è finito fuori contesto diventando praticamente utopico e quindi quasi inagibile. Una petizione di principio.

I bagnini che non sanno nuotare

La Bindi e dietro di lei praticamente tutta la sinistra invece cosa fa? Si dichiara fedele alla Costituzione ma conferma la seconda gamba a spese del fisco, conferma l'azienda a spese della usl, cioè conferma il tradimento neoliberista dichiarandosi, ma solo a mezza bocca, disponibile a razionalizzarlo. Cioè a smussare gli angoli.

Oggi non c'è dubbio che la sanità a causa di questi giochetti sull'art 32 sta andando a fondo e come ho scritto nel mio pamphlet (pag 11) non c'è alcun dubbio che i bagnini che la vorrebbero salvare davanti ai tradimenti loro malgrado non solo mostrino di non sapere nuotare ma sono tutti caduti nella trappola della razionalizzazione del tradimento, nella trappola della riduzione del danno.

Questi bagnini in tutta buona fede in cuor loro tutti senza eccezione confermano il tradimento quindi neanche si pongono il problema di ricontestualizzare l'art 32 pensando solo che il tradimento è stato necessario ma deve essere minimo, cioè più piccolo di quello che è. Il nuovo corso neoliberista non vuole rimuovere la contraddizione dell'art 32 ma renderla semplicemente minima, più piccola, più flessibile, proprio per non ostacolare gli interessi in gioco. Cioè gli interessi dei nuovi padroni.

"Salvare il salvabile"

Per me oggi considerando la situazione grave alla quale si è arrivati forse è giunto il momento di fare un'altra operazione politica lanciando un "appello alla ragione" con lo scopo di andare oltre i tradimenti e di ridefinir nei nuovi contesti delle nuove regole.

L'appello alla ragione è una specie di "ultima ratio regis" con il quale parlare al paese. L'idea non è nuova ed ha un sacco di precedenti storici anche illustri. In genere chi fa l'appello alla ragione è perché si trova nella merda e non sa dove sbattere la testa. Io propongo di fare la stessa cosa per la sanità. Non si tratta di tirare fuori i cannoni dagli arsenali, anche perché di cannoni da tirar fuori soprattutto a sinistra, non ce ne sono, ma, al contrario, di tirare fuori la ragione come se fosse un cannone nel tentativo di trovare un accordo come dice una bella canzone di Bennato per "salvare il salvabile".

Salvare l'art 32 o la sanità pubblica è come salvare una civiltà un patrimonio del paese, un valore per la nostra intera comunità nazionale, cioè per salvare qualcosa che, essendo universale a priori, vale sia per la destra che per la sinistra

Fare il salto riformatore

È chiaro che per rispettare l'appello della ragione servono dei politici saggi, quindi degli accordi, delle persone intelligenti; quindi, un board fatto apposta per "salvare il salvabile". Questo board non si trova sotto l'albero di Natale. Bisogna chiederlo rivendicarlo conquistarlo.

Oggi la sinistra fa bene a chiedere più soldi per la sanità ma nello stesso tempo farebbe bene a chiedere un board per salvare la sanità. Essa è un patrimonio del paese. Si possono dare soldi senza salvare il paese.

Non possiamo pensare di mettere su un board nazionale fatto da saggi sia di destra che di sinistra per mettere indietro l'orologio di 50 anni. Oggi si deve andare oltre la "mezza riforma" la famosa 833 e fare la "quarta riforma" quella che tutti i savants e i miei amici della sinistra movimentista hanno educatamente snobbato alcuni di loro preoccupati di restare improvvisamente senza la mamma. Ma oggi il mondo è cambiato e per forza bisogna andare oltre la mamma. Oggi si tratta di pensare la sanità in questo tempo non in un tempo che non c'è più. Per andare oltre la mamma bisogna emanciparsi dalla mamma e cambiare le logiche che abbiamo usato fino ad ora. Non possiamo fare un appello alla ragione senza decidere oggi quale sia la "ragione" adeguata a questo contesto. A quale "ragione" si ispirano i miei amici movimentisti? E a quale "ragione" si dovrebbe riferire l'appello che qui propongo di fare? A quale ragione il board dei saggi dovrebbe riferirsi? Quali i suoi argomenti?

La sfida della compostibilità

Tutti i problem solvers che scrivono regolarmente su questo giornale ma anche i miei amici movimentisti alla fine sono tutti senza eccezione dei compatibilisti e ci spiegano oltre che la loro teoria del "tradimento minimo" come integrare al meglio il pubblico e il privato.

Nessuno di loro, sottolineo nessuno, è in grado di dirci come rendere "compossibili" oggi i diritti fondamentali del popolo con gli interessi personali degli individui? Nessuno, neanche i miei compagni movimentisti, nonostante le mie insistenze, ha fatto propria l'idea di compostibilità.

Questa parola nei loro vocabolari ideologici non c'è. E loro, meschini, anche se si tratta di salvare l'art 32, di cambiare il vocabolario non ci pensano proprio. Ma anche Marx per teorizzare il comunismo ha dovuto adeguare il proprio vocabolario. Ma come ci ha insegnato un neo-pragmatista del calibro di Rorty cambiare i vocabolari significa cambiare le visioni di mondo e quindi le politiche.

Cari "amici e compagni" se si resta prigionieri dei nostri vocabolari ideologici è difficile dire come l'art 32 oggi può "con-essere" (direbbe Heidegger) facendo così coesistere tanto i diritti che gli interessi.

Insomma "l'appello alla ragione" ha senso se la "ragione" alla quale ci si appella è pragmaticamente adeguata al nostro tempo ed è espressa soprattutto con i vocabolari giusti.

Una convenzione di punti di vista

L'idea politica che è alla base del mio libretto è la sottoscrizione tra le varie parti politiche e sociali di una "convenzione tra diversi punti di vista". Si tratta di una espressione in uso nel mondo della complessità ma del tutto alla politica e soprattutto alla sinistra. Essa si rende sempre necessaria quando si hanno gradi alti di complessità di eterogeneità e di diversità. Le convenzioni tra punti di vista si basano sul pragmatismo e sulla ragionevolezza e sul buon senso e sulla condivisione a maggioranza quindi rinunciando fin dall'inizio all'unanimità.

Fare un accordo per salvare l'art 32 non è come si potrebbe pensare un "embrasse nous" una ammicchiata non è mettere da parte la conflittualità ma è organizzarla in un altro modo. E usare le idee disponibili migliori, che se fossimo dei veri pragmatisti sarebbero semplicemente le idee più convenienti nei confronti del contesto al quale ci si riferisce.

Vogliamo tutti riaffermare l'art 32. Ma in questo contesto non si tratta di dire che cosa è giusto fare secondo le nostre ideologie ma cosa conviene fare secondo la realtà. Questa è la domanda pragmatica che nessuno si pone.

Per rispondere a questa domanda c'è un solo vincolo da rispettare: essere tutti, sia di destra che di sinistra, intellettualmente onesti e mettere davanti a tutto e a tutti l'interesse generale del paese.

I tradimenti sono tradimenti e gli errori sono errori e l'art 32 muore se non lo ricontestualizziamo dentro una teoria della compostibilità.

Stiamo affondando e i bagnini non sanno nuotare. Questa è la situazione.

Non si può avere la botta piena e la moglie ubriaca

Per me ci vuole necessariamente una sanità pubblica forte ma questo non vuol dire che esiste l'obbligo per ciascuno di noi di farsi curare solo dallo Stato ma vuol dire che: chi vuole curarsi nel privato lo può fare liberamente ma a spese proprie cioè senza mungere la mucca delle agevolazioni fiscali. come esiste la gerarchia delle fonti esiste anche una gerarchia tra diritti fondamentali e interessi individuali.

Il problema personalmente l'avevo già affrontato in quel primo capitolo sull'art 32 del "riformista che non c'è" che ho citato prima. Già allora proponevo di ammettere il principio di libertà quindi rendere possibile l'assistenza privata con quella pubblica evitando con cura che a causa sua il diritto fondamentale e l'interesse collettivo di cui parla l'art 32 risultassero danneggiati e compromessi da quello individuale di cui parla l'art 3.

Come ci ha spiegato l'Ocse oggi è rischioso per i diritti agevolare il privato a spese del pubblico e nemmeno si può far crescere contestualmente la spesa pubblica e la spesa privata e meno che mai è realistico chiedere come fanno tanti bagnini di sinistra di allineare la spesa sanitaria alla media europea.

Non ha senso consentire alla libertà individuale di danneggiare i dritti fondamentali di una intera comunità nazionale. Cioè non ha senso impedire o ostacolare il diritto di un intero paese ad avere dei diritti. Questo è il punto di partenza. Se non si è d'accordo su questo la convenzione tra punti di vista non si può fare.

Conclusione

“Salvare il salvabile” sembra una cosa ovvia ma oggi non lo è. Non è detto che tanto la sinistra che la destra, nelle condizioni politiche date, con la conflittualità acuita dalle elezioni europee, siano in grado di farlo e abbiano voglia di farlo.

Se vogliamo farlo dobbiamo lottare per farlo e convincere tutta la politica a farlo. Secondo me addirittura ci vorrebbe una mobilitazione della gente. Cioè “salvare il salvabile” dovrebbe diventare una domanda sociale. Questa soluzione è senz'altro difficile e complicata ma per me è anche l'unica cosa sensata che si può fare. Se restiamo fermi e chiusi nelle nostre antinomie continuando a fare giochetti e schermaglie, avremmo perso tutti, causando al paese un danno irrimediabile.

Chi vuole saperne di più si legga il mio libretto, proposte incluse, e se ha un po' di tempo e un po' di voglia per favore ci dia una mano nella discussione.

Come Ebner Eschenbach anche io non ho “paura di chi controbatte ma di chi elude.”

https://www.quotidianosanita.it/lettere-al-direttore/articolo.php?articolo_id=123023

quotidianosanita.it

Salviamo la sanità. Da dove iniziare?

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

01 LUG - Gentile Direttore,

come Organizzazione di Volontariato (Runts) composta da cittadini/assistiti/pazienti strettamente collegati, da più di 10 anni, alle necessità relazionali e sociali dell'operatività quotidiana della Medicina di Base del nostro quartiere, abbiamo accolto con molto piacere la notizia della pubblicazione dell'ultima fatica del Prof. Ivan Cavicchi definita, dallo stesso autore, una proposta temeraria (“Salviamo la sanità. Una riforma necessaria per garantire il diritto di tutti”. Castelveccchi editore 2024).

Le analisi e le considerazioni argomentate (che per altro richiamano molte altre pubblicazioni, articoli, interventi, conferenze dello stesso Prof. Cavicchi) sono più che esaustive e non necessitano di ulteriori commenti. C'è il richiamo alla ragione ma anche un estremo appello accorato.

Alcuni temi chiave inseriti [nell'articolo](#) di QS hanno sollevato interesse e dibattito all'interno delle associazioni di volontariato “sanitario”. Le ODV sono direttamente coinvolte in questa carambola globale proprio perché sperimentano sulla propria pelle le aporie relative alla sanità, alla salute e al prendersi cura. Tuttavia anche il terzo settore non è esente da contaminazioni neo-liberiste che tendono ad erodere molte virtù pratiche che si fondano sulla storia e sulle tradizioni delle associazioni stesse. Il rischio è che il volontariato deragli verso il baratro di una sub-cultura consumistica e dis-identificativa.

L'annullamento delle culture identitarie originali e innovative impoveriscono i ragionamenti liberi (e veri). Le sollecitazioni argomentate dal Prof. Cavicchi sono numerose (...i processi di controriforma sono andati troppo avanti per sperare di invertirli; ...se continuiamo a confondere errori e tradimenti non ne verremo mai fuori...la ri-contestualizzazione dell'Art.32; ...salvare il salvabile con un appello alla ragione; ...chi vuole farsi curare nel privato lo può fare liberamente...). Il presente contributo verterà, per brevità, solo su due questioni.

“Non è vero che la salute non è una merce”: da tempo la salute è diventata un prodotto come tanti altri. Anche la medicina generale (medico di base) viene considerata, dalla normativa economicistica aziendale, una produzione. Nelle imprese private, sempre più spesso, la salute diventata oggetto di interesse ed è utilizzata come benefit/indennità accessoria (come l'auto o il telefono). Celate nelle pieghe di questi patti/contratti extra-AACCNN si nascondono, a volte, “concessioni” che confliggono con il concetto di diritto tanto da assimilare e confondere i diritti con i privilegi (per pochi). Il recente convegno “il welfare del futuro” documenta una diffusa attività sanitaria a favore dei dipendenti delle imprese private ai quali vengono offerti, “sua sponte”, percorsi prestabiliti presentati come opportunità di prevenzione. Va da se che tutto ciò solleva non poche problematiche relative all'appropriatezza e all'eticità di queste formulazioni.

La globalizzazione e la libertà di mercato ha comunque decretato che la salute è merce. Una delle più efficaci definizioni di globalizzazione (Bauman) sostiene che questa forma permette all'economia e alla finanza di sottrarsi al controllo delle politiche degli stati e tende ad invertire il rapporto di potere. Senza politica o con una politica asservita non possono che aumentare le disuguaglianze e l'impoverimento (globalizzazione o neo-feudalesimo). Il villaggio globale (McLuhan) crea il fenomeno della visione globale contestuale per cui ciò che avviene in una parte del mondo accade all'istante anche a livello locale (glocalizzazione).

Per quanto riguarda la crisi sanitaria, nessuna alta dirigenza può chiamarsi fuori dalle responsabilità specifiche e l'incapacità di compiere autocritica ha causato una orrenda confusione tra errori e tradimenti. Piano piano gli interessi di piccoli gruppi hanno invaso l'ambito dei diritti della collettività così da contaminarne il valore comunitario.

"Dalla sinistra ...e dalla destra ... si è pronti a fare un accordo": l'appello bipartisan, bicamerale al fine di creare una azione riformatrice politica comune è una idea geniale, saggia, conciliatrice per affrontare la complessità e dovrebbe interessare molti. Chi dovesse rifiutare un impegno, in questo senso, per un'opera pubblica così importante farebbe una grama figura. Forse "è una ipotesi utopica quasi inagibile ma è una petizione di principio". Necesse est. Sono a disposizione (indicati in pregressi interventi) menti e saperi abili, in grado di inserire l'art.32 della costituzione "dentro il nostro tempo e nella nostra complessità". Senza questo passaggio si assiste solo all'infinita sequela di accuse reciproche, lamentele, spiegoni astratti o protocollari che avanzano pretese saccenti, definitive od operatività estremamente sbrigative, settoriali condite da veri e propri capricci singolari.

Le posizioni manichee portano a disconoscere le complessità. L'appello alla ragione richiede di prendere in considerazione "nuovi contesti e nuove regole" così che la pluralità delle culture possa arginare l'irragionevolezza dei desideri illimitati e del pensiero omologato. L'istanza del Prof. Cavicchi e l'appello ad un neo-pragmatismo si ricollega alle migliori autorità filosofiche del XIII secolo (Giovanni Duns Scoto, Guglielmo di Occam) in grado di aprire nuove prospettive sociali. I loro modelli di vita, basati sulla consuetudine quotidiana e sulla sperimentazione personale della vita, permette alle comunità di sentirsi a proprio agio nel caos e nella complessità piuttosto che in un ordine rigido, prestabilito ed efficientista.

La situazione attuale del nostro SSN esige una struttura culturale in grado di sostenere operatività per nulla semplici e non immediate ma assolutamente necessarie. Il percorso deve però essere indicato immediatamente. In particolare a livello territoriale occorre superare alcune concezioni economiche secondo cui beni e servizi hanno un valore d'uso e di scambio finanziario. Un accordo politico bipartisan potrebbe condividere, nella prospettiva di migliorare di molto la salute delle persone e delle piccole comunità, la necessità di riattivare la storica spirale dare-ricevere-ricambiare. Il legame tra azioni di cura e risorse ha valore solo se è in grado di rinforzare relazioni sociali e creative. La solidarietà può quindi essere considerata una priorità e può fare convivere, con regole derivanti da una gerarchia di importanza, una sanità pubblica sempre più umana, forte e gratificata ed una sanità privata in leale, libera competizione.

https://www.quotidianosanita.it/lettere-al-direttore/articolo.php?articolo_id=123156

quotidianosanita.it

La crisi del Ssn: un test di Rorschach in cui ognuno vede qualcosa di diverso

Claudio Maria Maffei

14 GIU -

Gentile direttore,

mi ha colpito la lettura del [Documento](#) pubblicato pochi giorni fa su Qs del [Gruppo di Studio per la Salute del Futuro](#). Questo Documento parte dal cosiddetto [appello o Manifesto "degli scienziati"](#) pubblicato su Scienza in Rete (d'ora in poi "il Manifesto") e ricolloca i dieci punti in cui esso si articola in una nuova visione d'insieme che parte da due criticità di fondo definite come "le cause reali della crisi del nostro Ssn", l'aziendalizzazione e la privatizzazione. Due processi che, si dice nel Documento del Gruppo di Studio per la Salute del Futuro (d'ora in poi "il Documento"), sono alla base del modello di sanità italiano e di cui però non si ravvisa traccia nel Manifesto degli Scienziati.

Il Documento del Gruppo di Studio per la Salute del Futuro merita di essere letto (e riletto) con attenzione, cosa che personalmente ho fatto ricavandone una impressione che provo a condividere: tutte le analisi delle criticità del Ssn che tendono ad essere “complete” e quindi in qualche modo “esaustive” non riescono a esserlo, pur se ricche e in larga misura condivisibili, e tendono a riflettere il significato che quella crisi ha nella esperienza di chi fa quella analisi. Insomma, la crisi del Ssn può essere vista come un test di Rorschach in cui ognuno vede qualcosa di diverso in base al proprio vissuto di, nel caso dei redattori del Documento, studiosi e operatori della sanità.

Provo a spiegarmi con un esempio. Il primo punto dei dieci presi in considerazione dal Manifesto che il Documento rilegge criticamente è quello della edilizia sanitaria, di cui il Manifesto dice che non risulta credibile che una sua soluzione possa avere a che fare con la minor tutela delle persone sempre più abbandonate a sé stesse e più fragili a causa di quel modello di sanità che l’aziendalizzazione e la privatizzazione definiscono. Trovo questa posizione del Documento profondamente e pericolosamente sbagliata, almeno per quello che riguarda il mio vissuto, quello di “studioso” (le virgolette nel mio caso sono d’obbligo) e operatore della sanità con una specifica esperienza di programmazione e gestione (e quindi analisi) della sanità pubblica delle Marche, una sanità pubblica in cui si esprime in una versione “in purezza” la sanità populista dell’attuale Governo. In questa sanità i programmi di edilizia sanitaria svolgono un ruolo centrale nello sbarrare l’accesso alle cure delle persone che il Documento pone al centro della propria analisi e della propria proposta.

Chi ha il “mio” vissuto sa che in due passi un programma di edilizia sanitaria esercita, come sta appunto, succedendo nelle Marche un effetto deleterio sui livelli di tutela della salute dei cittadini: sposta ancora di più l’equilibrio ospedale/territorio a favore dell’ospedale e sottrae di fatto risorse ai servizi territoriali (sia distrettuali che di prevenzione) che nel modello di sanità che il Documento persegue dovrebbero svolgere un ruolo centrale. Altra cosa di cui il Documento non tiene conto è che un programma di edilizia sanitaria “sbagliato” ingessa in modo duraturo il sistema sanitario in una struttura dell’offerta sbagliata e vincolante e che allo stesso tempo è un programma capace di garantire un successo elettorale altrimenti impensabile. L’andamento delle elezioni europee di pochi giorni fa nelle Marche lo dimostra in modo esemplare: in un piccolo Comune di meno di 6.000 abitanti un progetto di adeguamento dell’Ospedale ha portato a prendere quasi il 50% dei voti al Partito dell’attuale Assessore ai Lavori Pubblici della Regione Marche (Fratelli d’Italia) che quel progetto l’ha imposto e finanziato con quasi 40 milioni di euro provenienti in gran parte da fondi europei. Un progetto che non rispetta le norme tanto quanto porta voti. Questo “mio” vissuto, che ho esposto con uno dei tanti possibili esempi, dimostra, o meglio suggerisce, che il Documento offre un punto di vista certamente utile e stimolante, ma anche potenzialmente fuorviante nel momento in cui identifica come unici grandi, o comunque principali, responsabili della crisi del Ssn la aziendalizzazione e la privatizzazione. Nella sanità populista del centrodestra che io vivo nella sua espressione in purezza l’aziendalizzazione e la privatizzazione trovano pochissimo spazio: le Direzioni Generali sono sostanzialmente prive di autonomia e i privati a parole sono addirittura osteggiati. Messaggio da portare a casa: la crisi del Ssn ha molte facce e molte cause e il tentativo di darne una lettura complessa nei metodi, ma semplificata nelle conclusioni, con pochi nemici chiari (anche se veri, come la privatizzazione non governata) tende involontariamente ad assomigliare all’approccio populista alla sanità che io ho conosciuto e vivo ogni giorno nelle Marche. Qui il successo elettorale è stato garantito dalla lotta a due problemi inesistenti o sopravvalutati, gli ospedali unici provinciali e l’Azienda Sanitaria Unica Regionale. A livello nazionale contributi importanti e autorevoli come il Documento e il Manifesto hanno bisogno di essere integrati in modo da arrivare a disegnare una analisi e a formulare una proposta capaci di tener conto di altri “nemici” tra cui il populismo locale favorito dalla assenza (o complicità) del livello centrale, che sono i due elementi che mi balzano subito agli occhi nel mio personale test di Rorschach sulla crisi del Ssn.

https://www.quotidianosanita.it/lettere-al-direttore/articolo.php?articolo_id=122834

Audit&Feedback essenziale per migliorare la qualità e ridurre le diseguaglianze in sanità

Nera Agabiti e Marina Davoli,

Dipartimento di Epidemiologia del Servizio Sanitario Regionale del Lazio-ASL Roma 1 (DEP), Roma
Antonio Giulio de Belvis, Università Cattolica del Sacro Cuore, Fondazione Policlinico A. Gemelli
IRCCS e Consiglio Direttivo Nazionale ASQUAS, Roma

10 GIU -

Gentile Direttore,

assistiamo in questi anni, anche attraverso i resoconti di “Quotidiano Sanità”, agli sforzi del nostro SSN di mettere a disposizione dei professionisti linee guida e best practice, nate proprio per colmare il gap tra evidenze scientifiche e pratica clinica. Ma la diffusione delle linee guida non è sufficiente a produrre miglioramenti nella qualità dell’assistenza.

Abbiamo bisogno di strumenti solidi per migliorare la qualità dell’assistenza e ridurre le diseguaglianze nella salute. Inoltre, i dati di variabilità nell’offerta e nella qualità dei servizi sanitari in Italia confermano l’ipotesi di una applicazione non ottimale delle raccomandazioni di best practice nella pratica clinica e documentano, in maniera trasparente, una carenza di equità delle cure pur in presenza di un sistema sanitario universalistico.

Il nostro Paese, leader in questo in Europa, ha costruito negli anni strumenti formidabili di responsabilizzazione delle singole aziende ospedaliere e territoriali sulle rispettive performance assistenziali: parliamo dell’esperienza del Programma Nazionale Esiti di Agenas e del PREVALE nel Lazio.

In piena epidemia Covid – era il marzo 2021 - con un atto di democrazia trasparente, i dati del PNE sono stati resi di libero accesso a tutti: cittadini, erogatori, professionisti, mass media.

Cosa che il Lazio, in verità, aveva già compiuto mesi prima, affiancando alla pubblicazione dei report sulle performance delle aziende sanitarie ed ospedaliere percorsi integrati di audit, articolati in due fasi: la prima incentrata sulla verifica di qualità dei dati utilizzati per il calcolo degli indicatori e la seconda per promuovere gli audit organizzativi nelle strutture.

L’Audit and Feedback (A&F) combina l’audit – verifica e valutazione sistematica dell’aderenza dei processi assistenziali alle migliori evidenze disponibili - con la condivisione dei suoi risultati sotto forma di feedback al personale sanitario e al management aziendale (1).

L’A&F è uno degli elementi di forza della Clinical Governance diffusasi dal Regno Unito 25 anni fa: la famosa Bristol Review sulla scandalo della cardiocirurgia pediatrica - da cui tutto nacque - sottolineava come la raccolta dati e la discussione delle performance cliniche fossero parte integrante dell’attività clinica ed erano l’unico modo per aiutare i team assistenziali ad uscire dalla autoreferenzialità che inevitabilmente premia chi ha più voce e lascia indietro chi lavora bene e produce buoni risultati.

Dopo aver monitorato le performance assistenziali ed analizzato le criticità che ostacolano il raggiungimento di ottimali standard di cure, l’A&F può ridurre il divario esistente tra evidenze scientifiche (raccomandate dalle linee guida ed adottate con i PDTA) e pratica clinica (2, 3) e costituisce, inoltre, una strategia di “rinforzo” organizzativo ottimale per correggere comportamenti assistenziali inadeguati ed incoraggiare il miglioramento continuo della qualità nelle organizzazioni sanitarie.

Ed in Italia? Nonostante la sua importanza sia stata riaffermata nel DM 70/2015, nel nostro SSN l’A&F non è maturato a pratica sistematica nelle organizzazioni sanitarie, anche se il successo di progetti come la Ricerca Finalizzata EASY-NET dal 2021 dimostrano la sua applicabilità nei contesti assistenziali, a livello aziendale e regionale (4).

In un momento in cui fatichiamo a garantire livelli adeguati di accesso e di qualità dell’assistenza per i nostri cittadini vogliamo promuovere l’Audit&Feedback con una serie di iniziative, proprio allo scopo di migliorare la qualità e ridurre le diseguaglianze in sanità, attraverso metodologie rigorose e sostenibili per le nostre organizzazioni.

Insieme ad ASQUAS, AIE, FIASO e al Gruppo FORWARD, come Dipartimento di Epidemiologia del Servizio Sanitario Regionale del Lazio-ASL Roma 1 ed Università Cattolica del Sacro Cuore, ci proponiamo di mettere a sistema l’A&F nel nostro Paese, a partire dal confronto delle esperienze vincenti, in scala regionale o locale. Esiste già una rete internazionale di riferimento, l’A&F Metalab (5): li ospiteremo il 4 e 5 novembre a Roma e ringraziamo fin da ora “Quotidiano Sanità” per lo spazio che vorrà riservare al dibattito su questi temi.

Riferimenti

- (1) Ivers N, Jamtvedt G, Flottorp S, Young JM, Odgaard-Jensen J, French SD, et al. Audit and feedback: effects on professional practice and healthcare outcomes. *Cochrane Database Syst Rev* [Internet]. 2012;(6).
- (2) Practice Feedback Interventions: 15 Suggestions for Optimizing Effectiveness. Disponibile su: https://core.ac.uk/reader/79500925?utm_source=linkout
- (3) Disponibile su: <https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD000259.pub3/full>
- (4) La conclusione del programma EASY-NET e l'importanza dell'Audit and Feedback nel Ssn - *Quotidiano Sanità* [Internet]. Disponibile su: https://www.quotidianosanita.it/studi-e-analisi/articolo.php?articolo_id=115633
- (5) L' A&F MetaLab nasce con l'obiettivo di sviluppare una comunità internazionale di ricerca e assistenza sanitaria che sia in grado di garantire un reale miglioramento degli outcome clinici promuovendo l'uso dell'A&F nell'ottimizzazione della performance. Per saperne di più sull' A&F MetaLab, è possibile visitare il seguente link: <https://www.ohri.ca/auditfeedback/>.

https://www.quotidianosanita.it/lettere-al-direttore/articolo.php?articolo_id=122725

quotidianosanita.it

La crisi del Ssn: una questione di modello, non di strutture

Gruppo di studio per la salute del futuro

Maria Elisa Sartor, Chiara Alfieri, Davide Dibitonto, Simona Grassi, Giuseppe Graziano, Jones Mannino, Antonio Muscolino, Laura Strohmenger.

24 GIU - Gentile Direttore,

ringraziamo coloro che hanno dedicato tempo alla lettura attenta del nostro Documento e hanno voluto portarne all'attenzione altrui alcuni nostri contenuti per stimolare il dibattito. In questa nostra prima risposta, con riferimento alla [lettera al direttore del 14 giugno](#) u.s., a firma di Claudio Maria Maffei, desideriamo ribadire e chiarire alcuni passaggi cruciali del nostro documento per una comprensione completa delle nostre posizioni.

Condividiamo lo stupore di Maffei riguardo all'enfasi posta sulla questione edilizia dal Manifesto degli scienziati. In merito ai rilievi sollevati, ribadiamo quanto espresso nel nostro documento: riteniamo poco plausibile che la soluzione alla crisi del Servizio Sanitario Nazionale (SSN) possa essere determinata in modo rilevante dal miglioramento dell'edilizia sanitaria. Questo aspetto, a nostro avviso, riveste un'importanza marginale rispetto alla erosione del livello di tutela offerto al cittadino.

La minor tutela della salute delle persone - che per noi rappresenta la questione centrale - deriva dal modello sanitario scelto e implementato in Italia, soprattutto negli ultimi vent'anni. Questo modello si basa, in ultima analisi, sulla commercializzazione della sanità pubblica (ridotta a "prestazionificio") che fonda le sue radici nell'aziendalizzazione (per la parte pubblica) e nella crescente delega a imprese private (privatizzazione) di sempre maggiori servizi presenti in Sanità. La privatizzazione si spinge fino ad arrivare alla gestione parziale e -in tendenza, totale- di spazi e strutture che compongono il servizio sanitario pubblico orientandone le finalità verso il profitto piuttosto che il benessere collettivo.

In questo senso, concordiamo con l'affermazione di Maffei che un programma di edilizia sanitaria di speculazione (di qualsiasi genere sia) possa avere un impatto molto negativo sul SSN. Soprattutto ove non inserito in un quadro programmatico complessivo pubblico che abbia come finalità il miglioramento del livello di salute delle persone e l'aumento dell'accessibilità e della qualità. Infatti, quello che abbiamo descritto si può osservare considerando le implicazioni che la costruzione di nuovi ospedali hanno già avuto e possono ancora avere sull'ulteriore privatizzazione del SSN. Oltre a mantenere di fatto l'ospedale come nucleo centrale della sanità, si sottraggono certamente risorse e attenzione alla rete territoriale.

Ci siamo quindi preoccupati di considerare nel nostro documento anche gli effetti a lungo termine delle modalità di finanziamento utilizzati in questo ambito, evidenziando criticamente l'uso frequente del Project Financing per le nuove strutture. Questo strumento tende a favorire un coinvolgimento crescente del capitale privato nella trasformazione e inclusione di spazi ed esercizi commerciali nell'area ospedaliera, nonché nella gestione di diversi ambiti precedentemente gestiti dal soggetto pubblico. Il suo utilizzo porta a una privatizzazione de facto del SSN, che può avere conseguenze significative sulla qualità dei servizi

erogati e sulla tutela degli operatori ed operatrici nei vari settori precarizzando il lavoro e mettendo a rischio anche i più elementari diritti.

Problematiche analoghe riguardano anche il territorio. I fondi del PNRR destinati alla costruzione o ristrutturazione delle Case della Comunità, che intenderebbero migliorare l'assistenza territoriale pubblica, senza un incremento del personale pubblico sono destinate a rimanere scatole vuote che potrebbero essere agevolmente svendute ad una gestione privatizzata e precarizzante. Il servizio sanitario diventerebbe sempre più ibrido e ancora più sottoposto alle logiche di mercato. Si compromette in questo modo la realizzazione di una sanità pubblica efficace e appropriata.

Sottolineiamo quindi che il nostro Documento non ignora le problematiche sollevate da Maffei, ma piuttosto cerca di integrarle in una visione più ampia. La crisi del SSN ha origini indubbiamente complesse e multifattoriali, e qualsiasi tentativo di soluzione deve considerare tutte le variabili in gioco senza assumere punti di vista particolaristici di soggetti che oggi hanno ormai conquistato il centro del sistema (sanità privata).

Riteniamo che si debba partire innanzitutto bloccando i varchi ad ulteriori penetrazioni del privato in sanità. Si deve procedere verso un superamento dell'aziendalizzazione e verso la ricostruzione di un modello basato sulla prevenzione che consideri centrale la partecipazione delle persone.

Siamo convinti che un confronto costruttivo, da avviare e mantenere aperto, possa portare a proposte efficaci per la salvaguardia e il miglioramento del nostro Servizio Sanitario Nazionale.

https://www.quotidianosanita.it/lettere-al-direttore/articolo.php?articolo_id=122994

quotidianosanita.it

La crisi del SSN: quello che il 'Manifesto degli scienziati' non dice

Gruppo di Studio per la Salute del Futuro

10 GIU - Gentile Direttore,

siamo un gruppo di studiosi e di operatori della sanità che si sono sentiti particolarmente sollecitati dalla lettura [dell'appello](#) "Non possiamo fare a meno del servizio sanitario pubblico" (conosciuto come "[Manifesto degli scienziati](#)"), apparso on-line sulla rivista Scienza in rete il 2 aprile scorso. Un documento che ha riscosso pressoché unanimi consensi.

Che cosa condividiamo del documento? Ci siamo trovati d'accordo con il titolo, per noi del tutto sottoscrivibile – ma il cui senso si presta ad interpretazioni plurime; abbiamo condiviso le preoccupazioni espresse sul profilarsi di modelli di sanità inaccettabili e lontanissimi dal nostro SSN delle origini, così come ci hanno trovato in sintonia un certo numero di altre preoccupazioni espresse in vari passaggi del documento.

Ma abbiamo sentito in primis la necessità di un'approfondita analisi critica del testo, che abbiamo ampiamente svolta nel nostro documento [qui allegato](#), dal titolo: "La crisi del SSN: quello che il 'Manifesto degli scienziati' non dice", al quale rimandiamo.

In breve, ecco le nostre motivazioni. Innanzitutto, ci siamo chiesti se le dieci domande che strutturano il manifesto degli scienziati fossero quelle da porsi e a cui dare risposta per la difesa del SSN, allo stato attuale delle cose. Le domande ci sono sembrate più rilevanti più dal punto di vista di alcuni portatori di interessi che non da quello dei titolari del diritto alla salute (art. 32 della Costituzione: individuo e collettività). Una distorsione che ha portato alla non centratura del tema, con il risultato che alcuni contenuti importanti nel "manifesto" sono stati del tutto trascurati. Abbiamo ritenuto andasse compresa l'origine di tale distorsione e pensiamo di averla colta. E poi, non condividendo diverse argomentazioni, ci è sembrato che andasse costruita e garantita un'ulteriore occasione al dibattito.

Ma veniamo alla sostanza del nostro contributo.

Abbiamo esaminato attentamente un certo numero di questioni fondamentali che riteniamo non siano state adeguatamente approfondite, tra cui: la definizione stessa della "crisi" del Servizio Sanitario Nazionale; le criticità legate al modello organizzativo e gestionale attuale fortemente sbilanciato verso il privato; l'impatto dei processi di aziendalizzazione e privatizzazione che hanno plasmato l'attuale configurazione sanitaria allontanandola dai principi originari del SSN – processi in gran parte indotti dal sistema accademico; ed infine i pericoli derivanti dall'ulteriore privatizzazione e finanziarizzazione.

La conseguente nostra analisi delinea la perdita della centralità della persona e della tutela della salute - come definite dalla Costituzione - in favore della centralità di soggetti portatori di interessi privati e particolaristici; descrive gli effetti dei processi di aziendalizzazione e privatizzazione del tutto trascurati dal "manifesto"; avverte sui rischi dell'avanzata ulteriore di tali processi ed identifica come da superare il modello di sanità attuale. Nelle conclusioni, viene delineato un percorso di riforma complessiva del Servizio Sanitario Nazionale.

Confidiamo infine che il nostro contributo si riveli utile al dibattito e promuova l'estendersi di una critica costruttiva su temi di così cruciale importanza per la sanità pubblica italiana

Gruppo di Studio per la Salute del Futuro (gruppostudiosalutefuturo@gmail.com)

Maria Elisa Sartor

Studiosa di sociologia dell'organizzazione e di organizzazione sanitaria, autrice del libro libro La privatizzazione della sanità lombarda dal 1995 al Covid -19. Un'analisi critica, 2021

Chiara Alfieri

Antropologa della Salute, presso l'Università di Aix-Marseille, Francia. Ha analizzato gli aspetti sociosanitari della pandemia in Lombardia

Davide Dibitonto

Tecnico in Scienze dell'Amministrazione Pubblica, con expertise in pianificazione sanitaria; economista esperto in materia fiscale e disuguaglianze

Simona Grassi

Medico ospedaliero, geriatra presso un grande ospedale pubblico del Sud

Giuseppe Graziano

Medico, già direttore sanitario ospedaliero; esperto di pianificazione sanitaria

Jones Mannino

Esperto tecnico informatico di sistemi informativi sanitari

Antonio Muscolino

Esperto di politiche sanitarie, dottore in scienze politiche

Laura Strohmenger

Professore ordinario f.r. di Odontoiatria, già direttore di una Clinica Odontoiatrica universitaria, pubblica

https://www.quotidianosanita.it/lettere-al-direttore/articolo.php?articolo_id=122728



Investimenti in ricerca e innovazione: il ruolo del Venture Capital nel settore della salute e delle scienze della vita

Mauro Magnani *

Gli investitori nel nostro Paese riflettono ancora una limitata propensione verso investimenti in ricerca e sviluppo, che rappresentano attualmente solo l'1% del Pil a fronte del più consistente 3,5% riscontrato in altri paesi europei come nota EY Venture nel suo rapporto Capital Barometer Italia – Anno 2023.

Nel 2023 gli investimenti di Venture Capital (VC) in startup e imprese innovative in Italia sono stati pari a 1,17 miliardi di euro, in diminuzione rispetto al 2022, come accaduto in tutta Europa, ma stabilizzati al di sopra del miliardo a testimonianza di una maturazione e di un consolidamento del mercato.

Nello stesso anno occorre notare come siano stati investiti 1,3 mld in Spagna, 6,3 mld in Germania, 7,3 mld in Francia 15,2 mld nel Regno Unito.

Nel 2023 il settore Healthcare si è posto al terzo posto in Italia raccogliendo 146 mln di investimenti con un aumento percentuale di 4 punti sull'anno precedente.

L'Early Stage è sempre una fase critica e complessa per nuove imprese innovative alla ricerca di capitali e frequentemente investimenti in Early Stage sono sostenuti da micro fondi, spesso specializzati e da business angels.

Un supporto importante a questa dinamica per tutto l'ecosistema è arrivato da CDP Venture, sia con la creazione degli acceleratori settoriali, sia con il finanziamento di piccoli fondi verticali.

L'Italia non ha solo una carenza di fondi di investimento rispetto ad altri Paesi ma ha anche una limitata capacità di trasformare la ricerca in impresa.

Al fine di favorire e sostenere l'innovazione è necessaria una più dinamica collaborazione tra imprese, istituti di ricerca, istituzioni finanziarie e politica.

Forse solo la valorizzazione dei ricercatori pubblici e non solo delle loro ricerche, e un ecosistema che favorisca la nascita di nuove start up innovative potrà contribuire allo sviluppo del nostro Paese. Scoraggiati dalle limitazioni poste dal sistema pubblico nazionale alla creazione di nuove imprese e da un meccanismo di tutela dei trovati piuttosto che degli inventori, la maggior parte dei ricercatori italiani rinuncia ad ogni tentativo di trasformare i risultati della propria ricerca in una nuova attività imprenditoriale.

Dal 29 giugno al 3 luglio di terra a Milano il congresso della Federazione Europea delle società di Biochimica (Febs). A questo evento sono già iscritti oltre 2.000 ricercatori e 4 premi Nobel.

Il 30 giugno dalle 17 alle 19, nell'ambito di questa iniziativa, è stata organizzata per la prima volta una sessione dedicata a queste tematiche: "Private and public funds in translational research". Questa sessione è dedicata a tutto coloro che sono interessati a trasferire la propria ricerca dal laboratorio a nuove applicazioni ed è sostenuta da FEBS Science & Society Committee.

Si tratta di un'occasione per conoscere il grande numero di opportunità che ci sono in Italia e in Europa per ricercatori che intendono attivare una nuova impresa e per coloro che hanno già fondato una start up che necessita di ulteriori investimenti.

** Chair Febs 2024, Ordinario di Biochimica dell'Università degli Studi di Urbino Carlo Bo*

<https://www.sanita24.ilsole24ore.com/art/imprese-e-mercato/2024-06-26/investimenti-ricerca-e-innovazione-ruolo-venture-capital-settore-salute-e-scienze-vita-162818.php?uuid=AFHp9c7B&cmpid=nlqf>



Il potere a somma diversa da zero e un nuovo empowerment in sanità

Nel settore sanitario, il personale a contatto con i pazienti dovrebbe godere di un'ampia autonomia, soprattutto in casi di emergenza, dove decisioni rapide e basate sulla conoscenza diretta della situazione possono fare la differenza tra vita e morte.

Questa necessità sottolinea l'importanza di rivedere e ripensare i tradizionali modelli organizzativi e di leadership, anche in altri ambiti dove la centralizzazione del potere decisionale può ostacolare l'efficacia e l'efficienza delle risposte sia in momenti critici che nella routine.

Da tempo, anche in sanità, c'è un crescente entusiasmo verso modelli organizzativi che enfatizzano l'empowerment del personale. Programmi dedicati che spaziano dall'empowerment femminile a iniziative che permeano i percorsi di formazione e le trasformazioni organizzative.

L'empowerment, diciamo, ha un richiamo quasi esotico e piace come la maggior parte delle pratiche manageriali d'oltreoceano. Suscita interesse e curiosità, sebbene la sua piena comprensione e soprattutto l'applicazione possano talvolta rimanere ambigue o buone per tutte le stagioni.

Al centro di questa tendenza vi è l'intenzione di superare l'obsoleto modello di comando e controllo, a favore di un approccio che valorizza la previsione, di nuovo il controllo e, soprattutto, una profonda fiducia nelle competenze decisionali del personale sul campo.

In teoria, questo approccio dovrebbe tradursi in maggiore autonomia e responsabilità per i collaboratori, che sono chiamati a prendere decisioni cruciali basandosi sulla propria esperienza diretta e su una comprensione approfondita delle molteplici sfide quotidiane.

Tuttavia, l'entusiasmo per l'adozione di questi modelli "innovativi" non è privo di rischi. Senza una guida chiara e un impegno autentico alla loro realizzazione, le iniziative di empowerment possono risultare in una pratica manageriale indebolita o, nel peggiore dei casi, generare disaffezione e distacco tra i dipendenti.

Questo scenario negativo può portare a fenomeni di "quiet quitting", dove i collaboratori si disimpegnano silenziosamente, o addirittura trasforma chi si sente ai margini in detrattori dell'organizzazione.

La sfida, quindi, è implementare l'empowerment in modo che non sia solo un concetto astratto o un termine di moda – usato dalle "grandi famiglie" – ma una realtà tangibile che valorizzi veramente le persone e le loro capacità, contribuendo a creare un ambiente lavorativo veramente coinvolgente e decisamente più produttivo.

Il passaggio a un modello più decentralizzato non è privo di sfide. Richiede un cambiamento culturale profondo, dove il top e il middle management devono essere disposti a condividere il potere e a rinunciare a forme di controllo tradizionali. Nelle forme più moderne si arriva ad una vera e propria alienazione del potere: si parla di aziende "bossless".

Non si intraprende questa strada perché è di moda o perché le consulting ci dicono di farlo.

Le organizzazioni che hanno adottato questo approccio scoprono presto che può portare a un significativo aumento dell'engagement dei collaboratori e a una migliore performance complessiva.

Un elemento chiave in questa transizione è la creazione di una cultura aziendale forte e guidata da valori condivisi.

Piuttosto che fare affidamento su un ampio insieme di regole e policy, si incoraggia il personale a prendere decisioni guidate da principi etici e professionali condivisi.

Questo non solo promuove l'autonomia ma garantisce anche che le decisioni prese individualmente siano allineate con gli obiettivi e i valori dell'organizzazione nel suo insieme.

In un numero crescente di organizzazioni, si sta approfondendo l'idea di ridefinire completamente la struttura del potere all'interno dell'ambiente lavorativo, adottando modelli organizzativi pionieristici dove il potere è distribuito in maniera omogenea fra tutti i collaboratori.

Anche se fosse solo in attività o progetti "sprint" e in innovazioni "agili".

Questa visione innovativa rompe con il tradizionale concetto di potere decisionale come una "risorsa limitata". Questo implica necessariamente che l'autorità concessa a una persona debba essere sottratta a un'altra. Il concetto di potere come risorsa limitata, se ci pensiamo bene, nasce proprio dalle università dove ci siamo formati.

Quelle che Nassim Nicholas Taleb definisce "sovietico-harvardiane", dove un professore si accaparra maggior potere evitando di condividere conoscenza e privilegi.

Così di generazione in generazione, si perpetua una cultura del controllo e della conservazione piuttosto che della condivisione e dell'empowerment.

Al contrario, si dovrebbe mirare a instaurare una cultura organizzativa in cui ogni individuo possiede e condivide il potere decisionale, contribuendo attivamente alle scelte e alle direzioni da prendere. In queste organizzazioni, l'empowerment non è più un regalo concesso dall'alto, ma un principio fondamentale integrato nella struttura stessa dell'ente.

Ciò significa che ogni membro del team non solo ha la possibilità, ma è anche incoraggiato (ed ha coraggio) a partecipare alle decisioni che influenzano il suo lavoro e l'organizzazione nel suo complesso. Questo approccio collettivo al potere decisionale permette di sfruttare al meglio le diverse prospettive e le competenze presenti all'interno del gruppo. Col vantaggio, tra l'altro, di stimolare l'innovazione e migliorare la qualità delle decisioni. Creare un ambiente in cui il potere è condiviso equamente richiede una trasformazione profonda della cultura organizzativa, che deve abbracciare pienamente i valori dell'uguaglianza, della trasparenza e della collaborazione.

Iniziative DEI – Diversità, Equità e Inclusione – dunque, come se non ci fosse un domani!

Un cambiamento di questo tipo in sanità paga, è evidente! non solo perché aumenta il senso di appartenenza e la motivazione tra i collaboratori, ma anche perché porta a una maggiore agilità organizzativa e permette all'ente di adattarsi più rapidamente ai cambiamenti e alle sfide del mercato. Di questo c'è bisogno oggi, non di Policy e organigrammi!

Chiaramente, nemmeno a dirlo, un modello del genere potrebbe portare a miglioramenti significativi sia alla qualità delle cure sanitarie che al benessere e alla soddisfazione dei lavoratori.

Anche se la strada per attuare questi cambiamenti può essere complessa, il potenziale per trasformare positivamente il settore sanitario è immenso, rendendo queste sfide non solo necessarie ma anche estremamente gratificanti da affrontare.

Ora o mai più, dunque!



Franco Basaglia 100 (4)

3 Giugno 2024

Raffaele Barone, Chiara Saraceno, Giovanna del Giudice e Angelo Barbato

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.

Raffaele Barone, Psichiatra, Caltagirone

Oggi i giovani professionisti della psichiatria si trovano spesso a confrontarsi, oltre che con le più note sofferenze psichiatriche, con traumi familiari e transpersonali: esiti della pandemia da COVID-19, invasione e dipendenza dai social-media, stili di vita con uso e abuso di droghe, gravi disturbi di personalità con misure di sicurezza, nuove povertà, flussi migratori di massa, crisi climatiche e guerre. Emblematica, in tal senso, è la sofferenza degli adolescenti.

Sempre più spesso una ragazza minorenni si presenta al P. S. per tentato suicidio, abuso di sostanze, disturbo del comportamento e dell'alimentazione, tendenza al cutting. Prendersi cura di chi? Della ragazza, dei familiari, dei compagni di classe e amici, dei suoi insegnanti?

Viviamo in un'epoca dominata dagli ideali di indipendenza, autosufficienza, egoismo e narcisismo. Ma la brama sfrenata di libertà individuale provoca in un numero crescente di persone un senso di fragilità, di vulnerabilità, di solitudine.

I giovani colleghi hanno studiato prevalentemente su approcci biomedici basati esclusivamente sulla diagnosi, e la conseguente prescrizione farmacologica a comportamenti cognitivi adattativi, spesso ricorrendo al ricovero sia per le crisi acute che per l'assistenza a lungo termine, determinando nuova cronicità, insoddisfazione dei familiari e frustrazione dei professionisti.

Basaglia a proposito della psichiatria istituzionale scriveva: "

La storia della psichiatria, nelle sue diverse fasi evolutive...deve anche riconoscere di trovarsi impotente di fronte a dei fenomeni che -una volta qualificati e classificati- tutti continuano a mantenersi oscuri nel loro più profondo significato...sembra dunque necessario ...evidenziare le nostre incapacità a risolvere -sul piano clinico- fenomeni che si presentano intrecciati e saldamente strutturati a livelli tanto diversi e per i quali le tecniche psichiatriche classicamente intese non sono più in grado di proporre soluzioni <scientificamente> accettabili" (Basaglia Scritti I 1953-1968 Einaudi 1981).

Ne "L'utopia della realtà" riconosceva il rischio che la salute mentale voli troppo in alto, perdendo così il contatto con i bisogni dei pazienti, o troppo in basso, perdendo la dimensione utopica che è necessaria per avviare un cambiamento. Pensiamo che possa essere utile un pragmatismo utopico, che consiste nella possibilità di attuare azioni concrete, rispondenti ai bisogni reali, ispirate da una dimensione utopica a cui tendere continuamente.

È necessario un cambiamento epistemologico che si basi su approcci più democratici, dialogici e relazionali.

Chiara Saraceno, Sociologa, honorary fellow Collegio Carlo Alberto, Torino

Franco Basaglia: un anticipatore della caring society? Non la negazione della malattia mentale, ma la sua collocazione nel contesto sociale da un duplice punto di vista: come ambito in cui la malattia, o il

disagio, sono sperimentati ma anche percepiti, catalogati, spesso espulsi, e insieme come spazio possibile della cura, anche se non necessariamente e prioritariamente come guarigione. Mentre ha restituito alla malattia e ai malati mentali tutta la loro complessità, senza negarne l'individualità, anzi rendendola possibile e riconoscibile, ha sollecitato il mondo dei "sani" a prendere consapevolezza dei meccanismi che possono produrre disagio estremo in chi si trova in condizioni di particolare fragilità e a costruire contesti accoglienti per queste persone, invece di deresponsabilizzarsene chiudendole al di là di muri. In questo senso ha anche anticipato l'approccio che oggi va sotto i termini "etica della cura" e "caring society": una società in cui il bisogno di ricevere e dare cura non sia marginalizzato ed invece costituisca un principio guida nelle relazioni e organizzazioni sociali. Un approccio che sta alla base di molte delle iniziative che guardano alle comunità locali – anche quelle più problematiche – nella loro diversa articolazione come risorsa da valorizzare a attivare per rispondere ai più diversi bisogni: che si tratti di aiutare a creare ambienti "protettivi" e non escludenti, in cui le persone affette da demenza o Alzheimer possano transitare senza rischio, di costruire comunità educanti attorno alla scuola di quartiere per sostenere il lavoro degli insegnanti e i processi di crescita dei bambini e ragazzi, specie più fragili, di organizzare "portinerie di comunità" come luogo di incontro di bisogni e risorse, oltre che di servizi pubblici e privati, di costruire e organizzare biblioteche come luoghi ricchi di stimoli, di possibilità di incontro e crocevia di servizi e interessi diversi – piazze aperte per riprendere la metafora di Antonella Agnoli, ove anche chi sembra avviato ad un destino di marginalità possa trovare opportunità e desiderio per ri-orientare la propria biografia.

Giovanna del Giudice. Psichiatra, presidente Conferenza Permanente per la Salute Mentale nel Mondo, Franco Basaglia, Trieste

Nel tempo buio che attraversiamo il pensiero e le pratiche di Franco Basaglia appaiono particolarmente necessari per orientarci ed affrontare molte contraddizioni dell'oggi senza indulgere, come incalzava Basaglia, nel pessimismo della ragione ma agendo l'ottimismo della pratica, per continuare a schierarci, ad essere partigiani, per uscire dall'indifferenza trovando la capacità di agire il rifiuto verso pratiche non etiche, consolidate o riproposte.

Basaglia il 16 novembre del 1961, quando entra come direttore nel manicomio di Gorizia vede dappertutto grate, chiavi, sbarre, persone legate ai letti o agli alberi nei cortili, uomini e donne che vagano senza una meta, distrutti dal potere dell'istituto: di fronte a quell'orrore dice No alla psichiatria (Basaglia 1979).

Oggi i crimini di pace si perpetuano ancora nella psichiatria, e non solo: diritti negati, violazione dei corpi, abbandoni, cure cronicizzanti, assenze colpevoli di pratiche emancipative e di libertà. Di fronte a questo occorre trovare strategie per invertire la rotta sviluppando alleanze e ritrovando radicalità.

Nel confronto con il ritorno prepotente di "strutture" dell'esclusione e del controllo, di vario ordine e grado, più o meno grandi, più o meno controllate, o al sovraffollamento e alla riproposizione di quelle non mai superate, per rinchiudere i "soggetti indesiderati": matti, homeless, diseredati, autori di reati anche di lieve entità, richiedenti asilo, persone con disabilità, persone anziane, persone con problemi di dipendenza, dobbiamo riprendere il pensiero e i percorsi della deistituzionalizzazione.

Abbiamo bisogno di tornare a Basaglia per rimettere al centro, nella concretezza delle pratiche, oltre le vuote affermazioni, la persona nella sua corporeità, relazionata e contestualizzata, i suoi bisogni, diritti, desideri, in particolare se fragile e esclusa.

Per contrastare che la diversità ritorni ad essere disuguaglianza sociale,

Per abitare la contraddizione.

Per costruire politiche e servizi di prossimità.

Per tenere insieme competenza, etica, politica.

Per costruire un nuovo umanesimo.

Angelo Barbato, Istituto di Ricerche Farmacologiche Mario Negri, Milano

Quando conobbi Basaglia ero un giovane medico entusiasta e ignorante che voleva fare lo psichiatra e aveva appena iniziato a lavorare in manicomio. Della psichiatria sapevo poco. Avevo letto l'Istituzione Negata e questo mi era bastato. Nella mia vita professionale Basaglia è passato come una meteora. Poco dopo il nostro incontro una breve malattia l'avrebbe portato via. Tuttavia alcuni suoi insegnamenti hanno lasciato su di me un'influenza duratura. Ne citerò tre, visti oggi da alcuni come punti deboli e

superati della sua eredità: la messa tra parentesi della malattia mentale, la critica all'evidenza come fondamento delle pratiche, la legge come strumento di rinnovamento.

È stato detto superficialmente che mettendo tra parentesi la malattia mentale, si negava la sofferenza. Invece questo concetto è alla base della distinzione dell'OMS tra malattia, disabilità e handicap, che ha gettato le fondamenta della riabilitazione. Se non sappiamo individuare e modificare i meccanismi che producono le malattie mentali, possiamo comunque riabilitare perché le determinanti della disabilità non sono le stesse della malattia e si situano all'interfaccia tra persona e contesto. Intervenire sul contesto manicomiale era quindi un esempio di riabilitazione ante litteram, al cui servizio la malattia andava messa tra parentesi.

Quanto all'evidenza scientifica, Basaglia ripeteva che era lieto di collocarsi al di fuori della scienza psichiatrica, perché questa aveva prodotto sofferenze. Oggi potremmo dire che rispetto a cinquanta anni fa è diverso, perché tutti crediamo alla evidence based mental health. Ma l'introduzione da parte dell'OMS di una metodologia innovativa per mettere le evidenze al servizio delle pratiche, ci deve fare ricredere, raccomandando che le evidenze devono nascere dalla combinazione dei dati sperimentali e osservazionali coi valori, le scelte etiche e le preferenze dei destinatari. E in psichiatria, dove l'evidenza sperimentale è debole, l'osservazione, i valori, l'etica e la soggettività degli utenti prevalgono.

Il terzo aspetto fu la promozione di una legge molto semplice che disciplinava la psichiatria soprattutto stabilendo che alcune cose andavano bandite. Poche proibizioni innescarono il cambiamento, creando un fatto compiuto. Potremmo dire che fu una cosa assurda, perché si sarebbe dovuto studiare, fare ipotesi, verificarle, valutare gli esiti. Ma se così fosse avvenuto staremmo ancora aspettando.

<https://www.saluteinternazionale.info/2024/06/franco-basaglia-100-4/>



Chi ha paura dell'Agencia?

Marco Geddes da Filicaia e Gavino Maciocco

Dietro l'ipotesi di chiusura dell'Agencia Regionale di Sanità della Toscana c'è la diffusa insofferenza ad ascoltare e utilizzare studi, osservazioni, contributi di organismi autonomi o indipendenti. Lo si nota fortemente a livello nazionale, ma anche a livello più periferico. La Regione Toscana ha dato segni evidenti in tal senso: la poca attenzione – o scarse indicazioni – al lavoro dell'Agencia; l'abolizione di fatto della Commissione regionale di bioetica (prevista dalla normativa regionale che evidentemente può essere, a piacimento, disattesa).

Lascia francamente perplessi – per usare un eufemismo – la concreta ipotesi, emersa in questi giorni, della chiusura dell'Agencia Regionale di Sanità (ARS Toscana), con il trasferimento delle sue risorse all'interno dell'Assessorato alla salute.

Dall'anno della sua istituzione (1998) l'ARS Toscana ha svolto un fondamentale servizio per lo studio e la conoscenza del contesto demografico e sociale della Regione, dello stato di salute della popolazione, dei determinanti e delle disuguaglianze nella salute nei vari territori, del funzionamento del sistema sanitario regionale, con particolare riferimento alla sua capacità di garantire i livelli essenziali di assistenza e di equità di accesso e di esito, nonché dei costi e delle modalità di finanziamento.

Basta navigare per qualche minuto nel sito dell'ARS Toscana e addentrarsi nelle aree d'intervento e nei portali tematici per rendersi conto della vastità dei temi affrontati, studiati e documentati.

La vera cassaforte dell'Ars Toscana è rappresentata dalle 15 banche dati che contengono la collezione di dati storici riguardanti vari aspetti della sanità toscana dagli indicatori delle AUSL e dei Comuni (per tutti i comuni toscani sono riportati di dati demografici, di mortalità, di ospedalizzazione e di prevalenza delle principali malattie croniche – vedi Figura 1, comune di Arezzo), a quelli dei livelli essenziali di assistenza, della gravidanza e il parto, dell'assistenza ai non-autosufficienti, dell'infortunistica stradale, della salute dei migranti, delle malattie infettive.

Da segnalare anche il Portale PrOTer-MaCro, informazioni sui processi, gli esiti di salute ed i costi sostenuti nella cura delle persone con cronicità. Moltissimi i volumi pubblicati tra cui il rapporto annuale su Salute e Welfare in Toscana.

Vi sono, su tale improvvida iniziativa, due questioni: di procedura e di contenuto.

La prima, di procedura, non è da trascurare, poiché le forme e le procedure sono elementi costitutivi – come ricordava spesso Norberto Bobbio – del processo democratico.

Pertanto, se si debbano o si vogliono ridefinire le funzioni della Agenzia regionale di sanità ma, in particolare, potenziare la, non certo rilevante, capacità di programmazione della Regione e del suo più rilevante assessorato, cioè quello sanitario, ci attenderemo una riflessione da parte della Giunta e dei suoi – afoni – componenti. Il tema poi riguarda, principalmente e prioritariamente il Consiglio regionale, considerato che l’Agenzia è organismo di supporto e consulenza tecnico – scientifica del Consiglio regionale (citato, nell’atto istitutivo, prima della Giunta regionale).

L’Agenzia regionale di Sanità fu voluta e istituita, dopo una non breve riflessione, da Vannino Chiti, nel corso del suo secondo mandato presidenziale.

Si riteneva, giustamente, che ad una autonoma Agenzia si dovesse affidare una funzione di ricerca, valutazione e sviluppo; un supporto fondamentale alla Regione e al Dipartimento, per svolgere il loro compito di programmazione e controllo sulle attività delle aziende sanitarie, a cui è affidata la produzione e offerta dei servizi. In un primo periodo di avvio fu prevista una configurazione totalmente autonoma dell’Agenzia, con presidente, consiglio di amministrazione e comitato scientifico, per poi riorganizzarla in forma più snella, pur conservandone la autonomia tecnico scientifica.

Figura 1. Indicatori socio-sanitari del comune di Arezzo (in particolare Malati cronici di diabete mellito)



Alla presidenza e poi direzione, si sono alternate, in questi venticinque anni, figure di notevole rilievo sia nazionale che internazionale, fra cui vogliamo ricordare fra gli altri Rodolfo Saracci ed Eva Buiatti. In una ipotesi di revisione delle funzioni e del rapporto Agenzia – Assessorato, ci si attenderebbe una valutazione a cui far partecipare i molti professionisti che hanno operato nella Agenzia con compiti dirigenziali, nonché una consultazione delle istituzioni che in questi anni hanno collaborato in progetti di ricerca (Aziende sanitarie, Università, Istituti di ricerca).

Dalla forma ai contenuti: cosa nasconde o da cosa è motivata questa volontà di incameramento? Non abbiamo risposte, ma forti preoccupazioni.

Vi è una qualche diffusa insofferenza o disattenzione ad ascoltare e utilizzare studi, osservazioni, contributi di organismi autonomi o indipendenti. Lo si nota fortemente a livello nazionale, ma anche a livello più periferico.

La Regione Toscana ha dato segni evidenti in tal senso: poca attenzione – o scarse indicazioni – al lavoro dell’Agenzia; abolizione di fatto della Commissione regionale di bioetica (prevista dalla normativa regionale che evidentemente può essere, a piacimento, disattesa), segni di insofferenza rispetto a qualche forma di terzietà (dell’Arpat, delle stesse attività del MeS – Management e Sanità, del Sant’Anna).

La concentrazione presidenzialistica dei poteri che si è avuta in questi anni, parallelamente all’indebolimento delle forme di rappresentanza (a livello centrale dello stesso Parlamento) suggerirebbero, proprio in questa fase politica in cui si discute di presidenzialismo tramite modifiche costituzionali, un generale potenziamento di entità autonome di valutazione e di controllo, che devono essere di riferimento non solo per chi detiene il governo (nazionale o regionale), ma per gli organismi rappresentativi (Parlamento, Consigli regionali ecc.).

E poi, diciamocelo chiaramente, proprio in una Regione che è, dopo un ininterrotto periodo di governi di stesso orientamento, chiaramente contendibile, si ritiene utile indebolire o abolire strutture e organismi che possano assicurare, dati, informazioni, pareri indipendenti?

<https://www.saluteinternazionale.info/2024/06/chi-ha-paura-dellagenzia/>

quotidianosanita.it

Salviamo la sanità, la speranza è sempre l’ultima a morire

Giancarlo Pizza, Vicepresidente OMCeO, Provincia di Bologna

28 GIU -

Gentile Direttore,

l’articolo di Ivan Cavicchi comparso il 25 giugno sul Suo prestigioso giornale online “Salviamo la sanità. Un appello alla destra e alla sinistra” come al solito, non può passare inosservato. Se c’è una cosa che ho sempre apprezzato del Prof. Cavicchi, a parte la forza davvero non comune del suo pensiero riformatore, è che quello che ha da dire in genere non lo manda a dire.

Cioè, la sua urticante, a volte, irriverente, altre volte, disarmante libertà intellettuale. Lui, come si dice, non guarda in faccia a nessuno ma in libertà esprime ciò di cui è convinto sforzandosi di essere il meno sgradevole possibile. Per lui (glielo avrò sentito dire non so quante volte) “libertà e verità” sono la stessa cosa. Un marchio di fabbrica. Senza libertà non c’è verità.

Qualche tempo fa, ricordo proprio su questo giornale un suo articolo, nel quale sposava l’idea di scrivere un libro bianco sulla sanità come quelli che scrivevano gli inglesi una volta tanto tempo fa e che purtroppo ora nessuno scrive più il cui titolo mi è rimasto impresso perché davvero eloquente “Prima dire la verità sulla sanità, poi decidere cosa sia giusto fare” (QS 3 novembre 2023). Per Cavicchi, come sanno tutti coloro che lo seguono, le verità sulla sanità spesso sono negate con l’ipocrisia la disonestà e l’ignoranza. E questa negazione alla sanità pubblica non fa mai bene.

Una sera a cena dopo un convegno- *Una sera a Bologna dopo un convegno organizzato dal nostro Ordine sul “futuro della sanità” (Febbraio 2024), al Tavolaccio”, un ristorante non lontano dalla nostra sede, una Collega chiese a Cavicchi come faceva in un mondo pensato sul “politically correct” lui, per contro, era invece veramente poco “politically correct”.*

Lui rimase colpito dalla domanda e rispose pressappoco così (vado a memoria): “Ci mancherebbe che con i casini che abbiamo ci raccontassimo delle balle o contraffacessimo i fatti o evitassimo di chiamare i problemi con i loro nomi. I matematici ci dicono che le balle e le gambe corte sono la stessa cosa. Cioè, sono isomorfe. Con entrambe non si va da nessuna parte. Se dobbiamo salvarci si deve sapere primo che si va a fondo quindi non negarlo, secondo che, se prima non ammettiamo che stiamo affondando non ci salveremo mai”. La Collega ricordo chiese ulteriori chiarimenti e lui come risposta, spiegò con

grande serietà a tutta la tavola la differenza tra l'uomo morale e l'uomo legale di Kant. Una cosa di cui si parla ancora.

L'uomo morale e l'uomo legale- L'uomo morale è un uomo la cui moralità deriva dalla ragione. L'altro quello legale ha una moralità "tecnica" che deriva da una norma da una procedura, da un algoritmo, in genere da un riferimento. L'uomo veramente libero segue la ragione che, se rispettata assicura sempre la morale. In sanità per Cavicchi, come è noto, non sempre l'uomo morale coincide con quello legale e spesso quello legale non è così morale come si pensa. I suoi libri sono pieni di esempi che dimostrano in sanità il divario tra l'uomo morale e l'uomo legale.

L'appello alla ragione - Dopo aver letto su Quotidiano Sanità "L'appello alla Ragione" del Prof. Cavicchi, ma soprattutto fresco di lettura del suo ultimo pamphlet "Salviamo la sanità. Una riforma necessaria per garantire il diritto di tutti", un libretto sul serio imperdibile, mi sono ricordato di quella cena al "Tavolaccio". Ebbene anche in questo libretto il nostro Pensatore parte dalla ragione anzi fa addirittura un "appello alla ragione" e davanti alla prospettiva di perdere l'art. 32 della Costituzione e la sanità pubblica, costruisce la sua proposta di "salvare il salvabile", creando le condizioni per fare un accordo politico tra sinistra e destra (la convenzione tra punti di vista).

Personalmente su questa proposta politica non ho molto da aggiungere. Mi limito solo a dire che: condivido la necessità di fare un appello alla ragione perché anche io credo che la situazione della sanità sia gravemente compromessa. Aggiungo che, come Ordine, abbiamo già messo in agenda una iniziativa di discussione subito dopo l'estate (ormai siamo vicini alle ferie) perché è urgente fare qualcosa di concreto. Oggi "salvare il salvabile della sanità" è la questione, quindi ora e subito prima che sia troppo tardi.

La questione politica della ricontestualizzazione dell'art. 32. - Anche io sono preoccupato come Cavicchi per la "questione del debito" e per la procedura di infrazione che l'Europa ha deciso nei nostri confronti e non sono meno preoccupato della svolta neoliberista del sindacato. Sono altrettanto convinto che l'art 32 sia stato tradito prima di tutto dalla sinistra e che bisogna trovare al più presto una soluzione politica e che questa soluzione sia quella che propone Cavicchi e cioè la "Convenzione dei Punti di Vista" con lo scopo prima di tutto di "ricontestualizzazione" dell'art 32. Cavicchi dice, e non si può non essere d'accordo con lui, che l'art 32 non si può ridurlo ad una petizione di principio, cioè a ornamento, ovvero a una cosa finta come hanno fatto le politiche neoliberiste adottate sino ad ora. Ora che il neoliberalismo sta prendendo piede è necessario rianimarlo. Riproporlo. Ridefinirlo.

Vorrei ricordare che è stato Cavicchi a scrivere in "Sanità Pubblica addio" (2023) il capitolo su la "controriforma dell'art. 32" (pag. 16) e a regalarci la penetrante lezione sul "metavalore". Tutti vorrebbero salvare l'art. 32 ma nessuno, a me pare sia disposto a ridiscutere ciò che l'ha affossato riducendolo come ha scritto Cavicchi ad una "diritto potestativo". Tutti vogliono salvare l'art. 32 ma nessuno dice quali politiche bisogna cancellare per salvarlo veramente.

"One health" - Mi hanno sempre colpito quegli autori come Asiquas, per esempio, che ci propongono continuamente lo slogan "One health", ma che non è null'altro che uno slogan per l'appunto, e che, come tale, è di fatto la negazione del metavalore di Cavicchi. Il metavalore è il cambiamento che serve per agire in concreto il diritto alla salute. Asiquas parla di "One health" ma non indica il cambiamento enorme che serve per porre in pratica questa idea. Per esempio, superando la separazione istituzionale che esiste tra ambiente e salute. Tra dipartimenti di prevenzione e agenzie per l'ambiente. Tra comunità e ambiente. Tra il diritto alla salute e il diritto all'ambiente.

Il metavalore, se ho capito bene, per Cavicchi ma non per Asiquas, è "andare oltre" la 833 oltre le sue soluzioni superate e inventare un nuovo discorso sulla salute quello peraltro prefigurato dalle modifiche della Costituzione approvate di recente (**modifica gli articoli 9 e 41**) che hanno introdotto nella nostra Costituzione la **tutela dell'ambiente, della biodiversità e degli ecosistemi tra i principi fondamentali**.

Oggi Cavicchi anziché seguire la moda di "One health" ci propone un appello alla ragione e una convenzione di punti di vista per riscrivere l'art 32 come un metavalore. La sua proposta è chiara. Salvare il salvabile riguarda prima di tutto l'art 32. Per salvare l'art 32 bisogna riformare l'attuale organizzazione dei dipartimenti di prevenzione e restituire le competenze sulla salute ai Comuni. Senza questa riforma "One health" parrebbe solo uno slogan.

I bagnini che non sanno nuotare - Chiudo dicendo che del libretto di Cavicchi mi ha colpito moltissimo il primo capitolo dedicato ai bagnini che vorrebbero salvare la sanità ma non sanno nuotare. Per chi ha familiarità con il pensiero di Cavicchi sa bene che il paradosso è uno dei suoi strumenti preferiti. Il paradosso per lui è qualcosa di simile a una contraddizione, cioè una incoerenza quindi qualcosa di

strano e di poco logico. Che i bagnini, ben 10 i casi e i personaggi esaminati, testualmente nelle loro proposte non sappiano nuotare, cioè, non sembra abbiano idee adeguate per scongiurare il peggio, vuol dire che l'art. 32 e il Servizio Sanitario Nazionale lo perderemo.

E davanti a questa terribile eventualità che si spiega l'idea di Cavicchi di una "Appello alla Ragione" e di una "Convenzione di Punti di Vista" tra destra e sinistra, quindi l'idea di "salvare il salvabile", cioè la citazione di Battiato.

Devo dire che davanti a questa tragica eventualità mi fa un certo effetto leggere colti e raffinati articoli sulla società liquida e articoli che propongono di bloccare il privato nel Paese senza un preventivo accordo politico tra il Governo e le Regioni quindi senza concordare, come propone Cavicchi, un'altra idea di politica sanitaria, cioè quella che lui chiama la quarta riforma. Debbo però confermare il mio pessimismo nel vedere accolta una simile intelligente proposta.

Se guardo al panorama politico attuale e ai profondi dissidi che si evidenziano tra le diverse forze politiche in campo, basate soprattutto su aspetti che a me paiono sostanzialmente ideologici, temo che la proposta di Cavicchi sia destinata a non essere ascoltata. Confesso, però, che mi piacerebbe molto essere smentito. La speranza è sempre l'ultima a morire. Comunque noi a Bologna dopo l'estate proveremo a risolvere il problema dell'art. 32. Ha ragione Cavicchi "libertà e verità" sono indissolubili.

https://www.quotidianosanita.it/lettere-al-direttore/articolo.php?articolo_id=123102



Attività conoscitiva sull'attuazione e sulle prospettive del federalismo fiscale

Audizione dell'Istituto Nazionale di Statistica

Dott. Stefano Menghinello

Direttore della Direzione centrale per l'analisi
e la valorizzazione nell'area delle statistiche economiche
e per i fabbisogni del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza

Commissione parlamentare per l'attuazione del federalismo fiscale
26 giugno 2024

Indice

Introduzione	4
1. I divari regionali nella sfera economica, demografica e sociale	4
2. Il Conto delle Amministrazioni Locali	23

Documentazione:

- *Allegato statistico*

<https://www.istat.it/archivio/>

Autonomia differenziata, il rischio dello Stato arlecchino

Osservatorio Conti Pubblici Italiani

Duplicazione di funzioni e di costi fra lo Stato e le regioni. Appesantimento degli oneri burocratici per cittadini e imprese. Un rischio di aumento del deficit o un depauperamento delle Mezzogiorno dalla pretesa di mantenere sul territorio le risorse generate. Ecco perché il ddl Calderoli è un decentramento pasticciato
Rossana Arcano, Alessio Capacci e Giampaolo Galli

In linea generale, un processo di decentramento può essere visto con favore in quanto avvicina le decisioni ai cittadini e potrebbe facilitare il loro giudizio sull'operato dei politici eletti. Tuttavia, tutti gli Stati pongono dei limiti al decentramento perché si ritiene che molte funzioni siano svolte meglio a livello centrale.

A nostro avviso è difficile capire perché dovrebbero essere decentrate funzioni quali l'energia, i trasporti, l'istruzione, le telecomunicazioni, l'ambiente, la tutela e la sicurezza sul lavoro e il commercio con l'estero. In alcune di queste materie, ma non in tutte, si può prevedere di affidare alle Regioni compiti amministrativi di programmazione e organizzazione dei servizi, ma non un potere legislativo esclusivo e in quanto tale sovraordinato a quello dello Stato.

Rispetto al dibattito teorico sui vantaggi o svantaggi del decentramento, il tema dell'autonomia differenziata nell'Italia di oggi pone una serie di interrogativi aggiuntivi che assumono una rilevanza cruciale. Li elenchiamo di seguito.

1 – L'autonomia differenziata verrebbe calata in un contesto nel quale non si è ancora riusciti a risolvere i problemi relativi al funzionamento delle regioni a statuto ordinario. In linea teorica, il decreto legislativo 68 del 2011 avrebbe dovuto assicurare "l'autonomia di entrata delle regioni a statuto ordinario e la conseguente soppressione di trasferimenti statali". Avrebbe dovuto altresì definire le modalità di funzionamento di un fondo perequativo volto a sostenere le regioni con minore capacità fiscale. Tutto ciò non è avvenuto e oggi, come è ben noto, sia lo stanziamento complessivo per le regioni sia il riparto fra di esse è oggetto di continui ed estenuanti negoziati che tengono conto degli obiettivi generali di finanza pubblica, ma anche di tante considerazioni di natura più strettamente politica. Si pensi per esempio alle vicende cui è sottoposto il [Servizio sanitario nazionale](#), che alimenta quella che è a tutt'oggi di gran lunga la principale voce di spesa delle regioni. In sostanza, non vi sono criteri chiari né vi è alcuna trasparenza nell'allocazione delle risorse alle regioni. Il che impedisce ai cittadini di esprimere giudizi consapevoli circa l'uso più o meno efficiente delle risorse da parte degli amministratori regionali. In questo contesto, sarebbe molto difficile, o forse impossibile, stabilire se una regione ad autonomia differenziata abbia ottenuto più o meno risorse di una regione a statuto ordinario in relazione ai propri fabbisogni. Il rischio, dunque, è quello di rendere ancora più confusi e oscuri i criteri di allocazione delle risorse, rendendo più difficile il giudizio dei cittadini e dunque l'esercizio della democrazia.

2 – Oggi si parla di autonomia differenziata perché così è scritto all'art. 116 della Costituzione, e tuttavia nulla ci impedisce di ritenere che la differenziazione sia un errore. Essa si giustifica in alcuni casi legati a vicende storiche particolari, ma anche in questi casi dovrebbe essere a tempo; dopo un certo numero di anni, le vicende storiche non hanno più ragione di essere prese in considerazione e i cittadini di tutte le regioni dovrebbero essere trattati nello stesso modo, con uguali diritti ed eguali doveri. In ogni caso, non si spiega per quale motivo si debba avviare oggi un percorso di differenziazione che avrebbe evidenti svantaggi. In particolare:

- una duplicazione di funzioni e di costi fra lo Stato centrale e le regioni. Se una o più regioni ottengono l'autonomia su una certa materia (per esempio l'istruzione), esse dovranno dotarsi di tutto l'apparato amministrativo necessario per il suo funzionamento. Tuttavia, l'apparato amministrativo centrale non potrà essere smantellato perché dovrà continuare a garantire la funzionalità di quella materia in tutte le altre regioni. Il risultato è perciò una duplicazione certa dei costi;*
- più burocrazia per imprese e cittadini. Norme diverse fra diverse regioni, con il rischio del mancato mutuo riconoscimento di autorizzazioni o diplomi, sono quasi una certezza e non faranno che appesantire gli oneri burocratici per imprese e cittadini. È vero che questo è un rischio che si corre anche con un regionalismo simmetrico, anziché differenziato, tuttavia è più probabile che si manifesti in un contesto di differenziazione;*
- una confusione normativa. Quando materie diverse sono attribuite alle diverse regioni, ogni norma statale (dalla legge alla semplice circolare di un ministero) deve tenere conto di quali materie sono attribuite a chi, pena il ricorso in Corte costituzionale. Già oggi, la Corte costituzionale è intasata di ricorsi relativi alle competenze dello Stato e delle regioni: il contenzioso potrebbe aumentare ancora e comunque l'attività normativa dello Stato – ma anche quella delle Regioni – diventerebbe ancora più complessa e indecifrabile di quanto non sia oggi. In ultima analisi, anche questo si traduce in più burocrazia per imprese e cittadini. C'è il rischio dello Stato arlecchino, per cui da oggi le regioni possono già avanzare richieste di decentramento su materie diverse. Non è solo un*

problema di moltiplicazione delle burocrazie e di duplicazione dei costi; su una serie di materie cittadini e imprese rischiano di confrontarsi con legislazioni diverse, a scapito dell'efficienza.

3 – La ragione di fondo per la quale alcune regioni del Nord vogliono l'autonomia è il desiderio di mantenere sul proprio territorio una parte maggiore delle risorse che da quel territorio originano. Questo obiettivo comporta o un aumento del deficit dello Stato o un depauperamento delle risorse destinate al Mezzogiorno. L'aumento del deficit pubblico è un esito che l'Italia non può permettersi.

Anche una pur piccola sottrazione di risorse al Mezzogiorno appare un obiettivo poco realistico alla luce del fatto che è generalmente riconosciuto che semmai occorre aumentare le risorse destinate al Sud per contribuire a colmare il divario. Qualche numero può dare un'idea della posta in gioco. Posto che il Pil del Mezzogiorno è il 22,5% di quello nazionale, si supponga che le regioni del Centro-Nord vogliano trattenere sui propri territori risorse aggiuntive pari soltanto a un 2% del proprio Pil. Se questo aumento si scaricasse sul deficit dell'Italia, questo aumenterebbe dell'1,5% ogni anno ($2\% \times 77,5\%$), un valore chiaramente non sostenibile. Se invece l'onere fosse addossato alle regioni del Mezzogiorno, le risorse a esse destinate si dovrebbero ridurre di quasi il 7% del Pil del Mezzogiorno. Si tratta di un numero enorme, a maggior ragione per il fatto che non sarebbe una tantum, ma avrebbe, nelle intenzioni, carattere permanente.

4 – L'obiettivo di mantenere sul proprio territorio una quota maggiore delle risorse prodotte dal territorio era evidente nelle richieste avanzate dalle regioni nelle delibere iniziali del 2017 e si è poi man stemperato nella prima versione del ddl Calderoli e poi ancor più nella versione licenziata dal Senato e ora all'attenzione della Camera.

5 – Andando in ordine:

- nella delibera del Consiglio regionale veneto del 2017 si chiedeva la devoluzione di tutto il possibile: tutte le 23 materie – 3 di competenza esclusiva statale e 20 di competenza concorrente – previste dall'art. 116 comma 3 nonché, in materia di risorse, “i nove decimi del gettito riscosso sul territorio regionale delle principali imposte erariali che si aggiungono ai gettiti dei già esistenti tributi propri regionali e agli specifici fondi di cui la proposta chiede la regionalizzazione”. Va da sé che con una proposta del genere, se generalizzata a tutte le regioni, allo Stato rimarrebbe meno di un decimo delle entrate tributarie, il che renderebbe impossibile lo svolgimento delle funzioni essenziali di uno Stato centrale (in particolare la politica estera, la difesa, la sicurezza e la stabilizzazione ciclica), nonché, a maggior ragione, la funzione di perequazione a favore delle regioni più povere. Per dare l'idea di un ordine di grandezza, le entrate complessive delle pubbliche amministrazioni in quel periodo (media 2015-2017) erano 791 miliardi, pari al 46,8% del Pil italiano di allora. Lasciando allo Stato centrale un decimo di queste risorse, le entrate si sarebbero ridotte a 79 miliardi e il bilancio primario sarebbe passato da un piccolo surplus (2,2% del Pil) a un deficit pari al 40% del Pil (!). È evidente che cifre tanto ingenti non sarebbero sostenibili neanche nel caso (del tutto astratto) in cui il Veneto fosse l'unica regione a formulare una simile richiesta;*
- negli accordi preliminari sottoscritti dal governo Gentiloni il 28 febbraio del 2018, con le tre regioni (Veneto, Lombardia ed Emilia-Romagna) che ne avevano fatto richiesta, si affermava che una Commissione paritetica fra lo Stato e la singola regione interessata avrebbe avuto il compito di fissare aliquote di compartecipazione o riserva di aliquota al gettito dei tributi erariali maturati nel territorio regionale. Le aliquote dovevano essere tali da consentire di finanziare le materie trasferite, inizialmente sulla base del criterio della spesa storica e successivamente (nell'arco di cinque anni) sulla base dei fabbisogni standard. Non si faceva cenno (e questo è un punto cruciale) alla possibilità di modificare tali aliquote nel tempo se non in casi particolari e su iniziativa della presidenza del Consiglio o della regione interessata. Nel preambolo dell'accordo del Veneto, e solo in quello, faceva capolino l'art. 3 della Costituzione (pari dignità di tutti i cittadini);*
- la prima versione del ddl Calderoli ricalcava sostanzialmente gli accordi preliminari in due punti chiave: la non modificabilità (se non in casi particolari) delle aliquote di compartecipazione e l'accordo bilaterale fra la regione interessata e lo Stato. La differenza è che si formulavano una serie di affermazioni che, come è stato osservato da molti, appaiono non coerenti con la non modificabilità delle aliquote: in particolare, che da ciascuna intesa non dovevano derivare nuovi o maggiori oneri a carico della finanza pubblica; che le intese dovevano assicurare l'invarianza finanziaria per le singole regioni che non ne siano parte senza pregiudicare l'entità delle risorse a queste destinate (art. 8 comma 3); che fosse garantito il finanziamento delle iniziative finalizzate all'attuazione dell'art. 119 della Costituzione con riferimento ai commi terzo (fondo perequativo per territori a minore capacità fiscale), quinto (risorse aggiuntive per rimuovere gli squilibri) e sesto (rimuovere gli svantaggi derivanti dall'insularità).*

L'incoerenza di cui all'ultimo punto nasce fundamentalmente dal fatto che se le aliquote sono fisse, nel corso del tempo una regione si può trovare con una carenza o con un eccesso di risorse. In caso di carenza non riuscirebbe a rimediare aumentando le (pochissime) imposte di propria esclusiva competenza, in caso di

eccesso potrebbe spendere di più, il che comporta, dati i vincoli di finanza pubblica, che qualche altra regione o lo Stato siano costretti a ridurre qualche altra spesa o ad aumentare le imposte.

Una simulazione fatta da Bordignon, Rizzo e Turati mostra che con aliquote fissate al livello necessario nel 2011 per finanziare le materie devolute (per ipotesi, istruzione e mobilità) negli anni successivi fino al 2019, solo poche Regioni – Campania, Calabria e Basilicata – sarebbero state in grado di finanziare la spesa registrando un surplus. Tutte le altre regioni sarebbero finite in deficit, incluse le tre regioni del Nord più attive nelle richieste di devoluzione.

Il risultato – spiegano gli autori – deriva dal fatto che la spesa di Campania, Calabria e Basilicata è rimasta praticamente immutata tra il 2011 e il 2019, mentre i loro gettiti da compartecipazione sono cresciuti. Questa critica è in parte superata dagli emendamenti apportati dal Senato, ma prima di esaminare quest'ultimo testo è utile chiarire alcuni concetti su federalismo e decentramento amministrativo.

Decentramento o federalismo?

Il decentramento è quello che abbiamo oggi, per esempio, in materia di sanità.

La chiave della cassaforte è solidamente in mano allo Stato centrale che distribuisce le risorse di anno in anno. Se le condizioni della finanza pubblica nazionale non lo consentono, il Fondo sanitario non viene aumentato.

Le regioni amministrano la sanità e hanno anche un limitato potere legislativo.

Questo sistema è forse l'unico possibile quando la nazione ha un serio problema di finanza pubblica e non può rischiare che le Regioni determinino aumenti eccessivi di spesa.

Quando ciò è accaduto e ha rischiato di avere ripercussione sistemiche, il governo (o meglio: vari governi di vari colori) hanno ricorso al commissariamento.

Negli anni sono state attivate le procedure di commissariamento per Lazio (2008-2020), Abruzzo (2008-2016), Campania (2009-2020), Calabria (da luglio 2010) e Molise (da luglio 2009).

Un sistema siffatto ha il duplice pregio di assicurare il ministro delle Finanze – e dunque i mercati – e di consentire una distribuzione delle risorse fra le diverse regioni che si ritiene equa o comunque desiderabile.

Una nostra recente pubblicazione cerca di ricostruire i criteri di ripartizioni delle risorse del Servizio Sanitario nazionale fra Regioni.

Il lavoro si inerpica nei sentieri impervi della conferenza Stato-Regioni e dei Lea, per concludere che, a seguito di moltissimi cambiamenti avvenuti negli ultimi anni, alla fine le risorse sono essenzialmente distribuite in ragione della popolazione, con una minima correzione per l'età media della popolazione: in sostanza, nel 2023 erano circa 2.100 euro a testa.

La distribuzione delle risorse in proporzione alla popolazione è una caratteristica non solo della sanità, ma dell'intero sistema regionale. Un sistema siffatto è molto diverso da ciò che comunemente chiamiamo "federalismo".

Il federalismo è un sistema nel quale si può forse partire in condizioni di eguaglianza delle risorse su tutti i territori, ma poi, nel corso del tempo, le risorse, e con esse i diritti e i doveri dei cittadini, si differenziano fra regioni.

Nulla impedisce naturalmente che in un sistema federale vi sia un fondo perequativo volto a superare le diseguaglianze iniziali, ma una regione che cresce di più avrà più risorse delle altre e viceversa. Negli Stati Uniti, per esempio, lo Stato federale interviene solo in casi del tutto eccezionali (come le calamità naturali), mentre normalmente agisce tramite gli stabilizzatori automatici, ossia attraverso il fatto che la spesa federale (si noti: non tutta la spesa, ma solo quella federale) è distribuita più o meno in ragione della popolazione, mentre il gettito fiscale raccolto in uno Stato è funzione dell'andamento economico di quello stesso Stato.

È stato calcolato che la funzione di stabilizzazione automatica operata dallo Stato federale è solo dell'11%, ossia la varianza nella crescita del Pil pro capite dei diversi Stati viene ridotta dal sistema federale solo dell'11%.

Gli svantaggi di questo sistema sono evidenti. Esso non garantisce eguaglianza di trattamento fra regioni. Inoltre, non fa dormire sonno tranquilli al ministro delle Finanze perché non consente allo Stato di acquisire al bilancio pubblico risorse in eccesso accumulate dalle regioni più fortunate.

Per altro verso, il vantaggio di questo sistema è quello della trasparenza dei meccanismi di redistribuzione e, soprattutto, della responsabilizzazione degli amministratori locali.

Le risorse a disposizione non sono decise di volta in volta dal pianificatore centrale, ma dipendono dalla capacità dei cittadini di produrre reddito, nonché dalla capacità degli amministratori di raccogliere il gettito dovuto nonché di risparmiare, tagliando spese inutili o poco utili.

Il vantaggio, dunque, è quello di rendere meno arduo il compito del contribuente-elettore di valutare l'operato degli amministratori.

Aggiungiamo che vari articoli della nostra Costituzione sembrano ispirati a un modello di federalismo responsabile. Ciò vale in particolare per i primi due commi dell'art. 119, che vale la pena riportare per intero (i corsivi sono nostri): "I Comuni, le Province, le Città metropolitane e le Regioni hanno autonomia finanziaria di entrata e di spesa, nel rispetto dell'equilibrio dei relativi bilanci, e concorrono ad assicurare l'osservanza dei vincoli economici e finanziari derivanti dall'ordinamento dell'Unione europea.

I Comuni, le Province, le Città metropolitane e le Regioni hanno risorse autonome. Stabiliscono e applicano tributi ed entrate propri, in armonia con la Costituzione e secondo i principi di coordinamento della finanza pubblica e del sistema tributario. Dispongono di compartecipazioni al gettito di tributi erariali riferibile al loro territorio”.

Non è chiarissimo come ciò sia coerente con i molti articoli della Costituzione (in particolare l’art. 3) che postulano l’eguaglianza di tutti i cittadini e mettono in capo alla Repubblica il compito di “rimuovere gli ostacoli di ordine economico e sociale, che, limitando di fatto la libertà e l’eguaglianza dei cittadini, impediscono il pieno sviluppo della persona umana e l’effettiva partecipazione di tutti i lavoratori all’organizzazione politica”.

In ogni caso ci sembra che il ddl Calderoli, nella sua prima versione, fosse abbastanza in linea con questo articolo della Costituzione. Non lo è invece il ddl Calderoli nella versione licenziata dal Senato.

Il ddl Calderoli definitivo

Come si è accennato sopra la prima versione del ddl Calderoli è stata oggetto di fortissime critiche su due fronti: da parte di chi si preoccupa degli effetti sui conti pubblici e da parte di chi si preoccupa del fatto che un federalismo responsabile tende, specialmente nel tempo e dopo un rodaggio iniziale, a differenziare i cittadini in funzione della regione in cui vivono.

Il risultato è stata una nutrita serie di emendamenti che, fin dall’art. 1, hanno richiamato la necessità di “rimuovere discriminazioni e disparità di accesso ai servizi essenziali sul territorio” nonché al rispetto dei “principi [...] di coesione economica, sociale e territoriale, anche con riferimento all’insularità”.

Dal punto di vista della finanza pubblica l’emendamento che ci pare essenziale è all’articolo 8 del nuovo testo. Qui si prevede che una commissione bilaterale paritetica fra lo Stato e la regione interessata provveda annualmente “alla ricognizione dell’allineamento fra i fabbisogni già definiti e l’andamento del gettito dei tributi compartecipati”.

Qualora questa ricognizione rilevi uno “scostamento”, ossia un eccesso o una carenza di risorse, verranno apportate “le necessarie variazioni delle aliquote di compartecipazione” precedentemente definite.

In sostanza, con questo emendamento, le aliquote di compartecipazione alle imposte erariali perdono di significato dal momento che possono essere variate ogni anno per far sì che la distribuzione della capacità di spesa fra le regioni sia quella desiderata, che in teoria – ma solo in teoria – è quella rispondente ai fabbisogni necessari a soddisfare i Livelli essenziali delle prestazioni (Lep).

Dunque, almeno in apparenza, quello che era partito come un progetto di federalismo responsabile diventa un semplice decentramento amministrativo e in parte legislativo, ma non finanziario. Sembrerebbe quindi che questa architettura legislativa non possa produrre una sottrazione di risorse al Mezzogiorno.

Come spesso succede però quando si fanno compromessi fra visioni opposte, il diavolo sta nei dettagli. Il punto chiave è che il “riallineamento” delle risorse viene deciso dal ministro dell’Economia e delle Finanze, ma su proposta di una Commissione paritetica fra lo Stato e la regione interessata.

Il che sembra configurare il peggiore dei mondi possibili, perché difficilmente i rappresentanti della regione con un eccesso di risorse, quando partecipano alla commissione, possono farsi portatori di una proposta che sottrae risorse alla propria regione.

Peraltro, le regioni con carenza di risorse non hanno modo di obbligare il ministro dell’Economia a effettuare un riallineamento verso l’alto delle risorse destinate alla regione.

Più nel dettaglio, la procedura per il “riallineamento” è prevista dall’art. 8. La decisione la prende il ministro dell’Economia e delle Finanze – di concerto con il ministro per gli Affari Regionali e le Autonomie, previa intesa in sede di Conferenza unificata –, su proposta della Commissione paritetica fra lo Stato e la regione interessata.

Le modalità di funzionamento della commissione paritetica cui spetta il diritto di proposta non sono definite, ma il fatto che sia definita “paritetica” induce a ritenere che le decisioni debbano esser prese all’unanimità.

La Commissione è definita all’art. 5 comma 1. Di essa si dice che si tratta di una “Commissione paritetica Stato-Regione-Autonomie locali, disciplinata dall’intesa medesima”, ossia dall’intesa fra Stato e regione che deve definire una proposta preliminare che deve poi essere sottoposta al Consiglio dei ministri e infine alle Camere. Della commissione fanno parte “per lo Stato, un rappresentante del ministro per gli Affari Regionali e le Autonomie, un rappresentante del ministro dell’Economia e delle Finanze e un rappresentante per ciascuna delle amministrazioni competenti e, per la regione, i corrispondenti rappresentanti regionali, oltre a un rappresentante dell’Associazione Nazionale dei Comuni Italiani (Anci) e un rappresentante dell’Unione delle Province d’Italia (Upi)”.

Stupisce che le regole di funzionamento della Commissione siano lasciate all’intesa stessa, ossia in sostanza a una contrattazione fra lo Stato e la regione interessata. Siffatta indeterminazione sembra fatta apposta per non dire esplicitamente che la Commissione debba deliberare all’unanimità o dunque con il consenso della regione interessata.

In conclusione, ci sembra di poter dire che il testo approvato lascia margini di ambiguità sul tipo di autonomia che si intende realizzare e che una eventuale coalizione di regioni del Nord potrebbe far pendere l’ago della bilancia nella direzione di dare un vero e proprio potere di veto alle regioni con eccesso di risorse; il che peserebbe o sul bilancio dello stato o sulle risorse disponibili per le altre regioni.

Altre questioni irrisolte

I Lep.

Finora non ci siamo occupati dei Lep, malgrado essi rappresentino, all'apparenza, un tassello essenziale della nuova architettura delle autonomie.

La ragione di questa omissione è che l'esperienza dei Lea (Livelli essenziali dell'assistenza) in sanità ci induce ad avere scarsa fiducia nella capacità dell'amministrazione di definire i livelli essenziali e di far seguire a essi scelte di finanziamento coerenti.

Come si è già notato, dopo oltre vent'anni dall'introduzione del Lea, in sanità la distribuzione delle risorse fra regioni è oggetto di un negoziato politico e finisce sostanzialmente per basarsi sul semplice criterio della quota di popolazione.

Non si può tuttavia non notare che anche su questo punto vi è una forzatura che può preludere a maggiori costi per la finanza pubblica.

La questione è che all'art. 3 del ddl i Lep che devono essere definiti entro 24 mesi dall'entrata in vigore della legge riguardano solo una parte delle materie trasferibili alle regioni in base all'art. 117. Ammesso che l'esercizio riesca, ci si chiede come esso sia coerente con il fatto che, in base alla Costituzione, devono essere definiti tutti i Lep relativi ai diritti civili e sociali da garantire sull'intero territorio nazionale.

Stabilendo un ordine di priorità (prima i Lep sulle materie trasferibili e poi gli altri), non è chiaro come si possa tenere conto delle compatibilità finanziarie.

È così ben possibile che il finanziamento dei Lep sulle materie trasferibili sia eccessivo in relazione alle compatibilità finanziarie complessive e che dunque non rimangano risorse sufficienti per finanziare i Lep nelle materie di esclusiva competenza dello Stato.

Il fatto è che la formulazione del bilancio pubblico non può che essere un esercizio unitario, che non può tollerare un prius per alcune materie e un postea per altre.

I processi decisionali.

Sotto questo profilo ci sono molti aspetti che sembrano insoddisfacenti. Il problema principale è che quasi tutto l'iter che porta alla devoluzione è basato su una contrattazione bilaterale fra il governo e la singola regione interessata.

Nel corso di questo iter le commissioni parlamentari competenti possono esprimere delle valutazioni, che però non sono vincolanti.

Solo alla fine, quando l'intesa fra lo Stato e singola regione è stata definita, interviene il Consiglio dei ministri che, se approva, sottopone la legge alle Camere, che approvano a maggioranza assoluta dei componenti.

Un secondo aspetto che lascia molto perplessi è che, al fine di salvaguardare "l'unità giuridica o economica" della Repubblica nonché di indirizzo rispetto a politiche pubbliche prioritarie, viene messo in capo al solo Presidente del Consiglio dei ministri il potere di "limitare l'oggetto del negoziato ad alcune materie" (art. 2 comma 2).

Si tratta di una norma davvero incongrua dal momento che la salvaguardia dell'unità della Repubblica dovrebbe essere posta in capo al Parlamento.

Vorremmo sbagliarci, ma sembra che per il legislatore l'unità giuridica ed economica della Repubblica non sia un obiettivo assolutamente essenziale.

Insomma, anche sotto il profilo istituzionale, oltre che di quello finanziario, c'è il rischio di uno Stato arlecchino, oltre che di un decentramento pasticciato.

https://www.repubblica.it/economia/2024/06/22/news/autonomia_differenziata_il_rischio_de_lo_stato_arlecchino-423268990/?ref=RHLF-BG-P5-S2-T1

quotidianosanita.it

L'autonomia differenziata come approccio omeopatico alle diseguglianze: per combatterle le accentua

Claudio Maria Maffei

21 GIU -

Gentile direttore,

non entro nel merito della validità della omeopatia rispetto alla quale non ho sufficienti conoscenze. Mi interessa invece la filosofia che si dice (tra gli altri [l'Istituto Mario Negri](#)) sia alla base della omeopatia e cioè la cosiddetta legge dei simili, che si rifà all'antico concetto di Paracelso secondo cui "similia similibus curantur" ovvero "i simili si curano con i simili". A pensarci bene lo stesso concetto ispira la legge sulla autonomia differenziata che spingerebbe le Regioni del sud ad una maggiore efficienza consentendo loro di recuperare il gap nei livelli qualitativi dei servizi che le separa dalle Regioni del Nord accentuandolo.

Si legge, infatti, sul [sito di Fratelli d'Italia](#): “Ora, con l'autonomia sarà consentito alle Regioni di avere servizi più efficienti: scuole, ospedali, sostegno a famiglie ed anziani, e saranno garantiti i livelli essenziali di prestazioni e servizi in tutte le Regioni in modo che nessuno resti indietro.”

Il passaggio logico che dovrebbe legare il processo di autonomia differenziata a questo riallineamento tra Sud e Nord consiste in una serie di passaggi impossibili da realizzare in tempi ragionevoli che partono dalla definizione dei Livelli Essenziali delle Prestazioni, dalla quantificazione delle risorse necessarie per garantirli e da un forte investimento iniziale e preliminare sul Mezzogiorno in grado di creare almeno le premesse per colmare quel gap, che non è solo un gap di risorse, ma anche un gap di competenze, esperienze e organizzazione.

Dal momento che, come la sanità dimostra abbondantemente, le risorse per questo investimento iniziale non ci sono e che la pressione politica all'interno della maggioranza perché l'autonomia differenziata parta “comunque”, il rischio di un'ulteriore accentuazione delle diseguaglianze tra Nord e Sud è molto forte.

Del resto non è un caso che dal mondo della sanità vengano le proteste più forti e più consapevoli come testimoniato dagli immediati interventi critici pubblicati qui su Qs di [Anaao](#), [GIMBE](#), [Smi](#) e [Fnomceo](#). Solo il Ministro Schillaci insiste sulla spinta all'efficiamento che verrebbe dalla autonomia differenziata, come testimoniato dalle [sue parole riprese qui su Qs](#):

“L'autonomia differenziata già esiste in sanità. Le Regioni hanno grande autonomia, in questo settore cambierà poco. Ma può essere uno stimolo per migliorare per chi, magari, non è stato particolarmente performante negli ultimi anni”. Questo è quello che succede quando fai Ministro della Salute un medico professore universitario, mi verrebbe da commentare.

Se, [come dice l'Istituto Mario Negri della omeopatia](#), l'autonomia differenziata se la conosci la eviti, rimane però il problema di come combattere le forti diseguaglianze che preesistono al Disegno di Legge che la promuove e che fanno dire ai suoi sostenitori che tanto peggio di così non può andare e che quindi tanto vale provare a cambiare qualcosa. Che innovatori questi conservatori.

In sanità sappiamo bene che le diseguaglianze tra Nord e Sud si stanno mantenendo e rafforzando come dimostrano anche i [dati ISTAT](#) e il [rapporto Crea](#) che sono stati presentati ieri su Qs.

Per questo dal mondo della sanità dovrebbero venire proposte credibili su come affrontare le diseguaglianze con proposte alternative alla autonomia differenziata, proposte che però al momento mancano. Anche nei documenti più strutturati sulle diseguaglianze tra le sanità regionali, come quelli della [Svimez](#) del [GIMBE](#), ci sono moltissimi dati ed elaborazioni utili che ne quantificano il peso, ma mancano indicazioni su come ridurle.

Certamente un maggior finanziamento della sanità e più equi criteri di riparto del Fondo Sanitario possono aiutare, ma è evidente che non sono che una minima parte della soluzione. Si pensi solo al deficit strutturale della offerta ospedaliera delle Regioni del Sud alla base degli imponenti flussi di mobilità sanitaria verso il Nord.

Mettermi mano vuol dire mettere mano contemporaneamente alla riduzione della offerta ospedaliera, specie privata, delle Regioni del Nord e al potenziamento e qualificazione di quella delle Regioni del Sud. Un progetto di lungo periodo cui nessuno, mi pare, stia lavorando.

Due messaggi da portare a casa: il miglior modo per combattere ed evitare l'autonomia differenziata è dimostrare che ha alternative credibili e la sanità può essere il campo più adatto per lavorare a questa dimostrazione.

https://www.quotidianosanita.it/lettere-al-direttore/articolo.php?articolo_id=122969

Il Ssn e le controriforme della seconda generazione

Ivan Cavicchi

03 GIU -

Gentile direttore,

su questo giornale nelle scorse settimane ho commentato quattro fatti:

- la proposta avanzata dalla Fnomceo presso la commissione D'Ippolito di depenalizzazione dell'atto medico. (QS 1° marzo 2024)
- l'ingresso dell'Enpam nel consiglio di amministrazione di una grossa holding della sanità privata in barba all'art 4 del codice deontologico della professione, (QS 6 maggio 2024)
- il referendum della Cgil per abrogare il Jobs act ma a welfare aziendale invariante (QS 20 maggio 2024)
- l'accordo fatto dalla Fimmg con la lega coop nazionale un altro colosso della sanità privata (QS 27 maggio 2024)

Diritti e interessi

Questi quattro fatti, d'ora in avanti "4F", dimostrano che la "catastrofe", di cui ho parlato tante volte, procede certamente senza ostacoli, come se la sanità fosse condannata a un "destino" contro riformatore "pre-scritto", praticamente inevitabile, ma che con i suoi tempi lunghi co-emergerà da tante piccole catastrofi come "4F", che passo dopo passo, giorno dopo giorno, alla fine metteranno a regime un'altra "razza" di sanità. Quella che non nascerà più dall'art 32 della Costituzione ma nascerà da una nuova convenzione di interessi cioè da un [accordo](#) tra più soggetti economici.

Se esaminiamo il percorso di questa "catastrofe" e i suoi fatti salienti, essa si origina subito all'indomani della nascita del SSN cioè nel momento in cui gli interessi di chi cura i cittadini entrano in conflitto con i diritti previsti nell'art 32 della Costituzione.

Una catastrofe inevitabile ma perché nessuno la vuole evitare

Un conflitto, a giudicare da "4F", ancora irrisolto quindi in corso anzi probabilmente a metà strada rispetto al raggiungimento del suo scopo finale, che resta, alla fine, quello di riaffermare la vecchia egemonia neoliberista degli interessi sui diritti e cancellare questa "stranezza" quasi socialista che è l'art 32.

Questo processo di ribaltamento essendo lungo deve essere continuamente rieditato dalla politica e quindi continuamente riproposto e rilanciato, anche se all'orizzonte in realtà a parte le chiacchiere e il populismo di certa sinistra fino ad ora non c'è nessuna seria contro prospettiva in grado davvero di stopparlo.

Anzi "4F" dimostra per quanto sconcertante una cosa chiara e cioè che in realtà, a ben vedere, nessuno vuole seriamente evitare la catastrofe. Tutti, chi un modo chi in un altro, tentano di patteggiarne le condizioni e ridefinire le regole di ingaggio.

Reinforcement learning

La sanità è uno spazio sociale e politico inevitabilmente complesso nel quale avvengono dei processi che viaggiano con i loro tempi lunghi e che in base a certi meccanismi, possono decidere attraverso le politiche dei governi, sia di attuare delle riforme e quindi andare a sinistra, sia di attuare delle controriforme quindi andare a destra.

Il modo di riformare o di contro riformare la sanità dipende dai meccanismi che i governi usano per conseguire certi scopi e che nella psicologia comportamentale ma anche in cibernetica, si chiamano meccanismi di "reinforcement learning"

Questi meccanismi sono tutti presenti in "4F". Essi ricompensano ciò che permette di raggiungere gli scopi prefissati. Detto in modo semplice:

se si vuole riformare la sanità allora sarà necessario ricompensare in tutti i modi ciò che garantisce il cambiamento,

se si vuole contro riformare la sanità sarà necessario ricompensare in tutti i modi ciò che si oppone al cambiamento quindi ricompensare l'invarianza la regressività e la restaurazione.

L'interesse dell'interesse

E' del tutto evidente che gli esempi in "4F" sono orientati a contro riformare il rapporto tra diritti e interessi e a cambiare l'ordine delle priorità: prima gli interessi e dopo i diritti.

"L'interesse dell'interesse" è una espressione che semplicemente vuole sottolineare:

una estensione del valore dell'interesse in sanità

la riconquista da parte del neoliberalismo di una egemonia politica perduta

Se oggi non abbiamo più la prevenzione è perché "l'interesse dell'interesse" dopo la riforma del 78 si è spostato sulla speculazione quindi sulla cura della malattia. Se oggi i sindacati in particolare fanno accordi con le imprese e i medici fanno di tutto per uscire da un contratto sociale parlando di responsabilità extra contrattuali è perché "l'interesse dell'interesse" si è spostato dai diritti delle persone agli interessi corporativi delle categorie.

Oggi 4F ci dice con chiarezza che non esistono più ricompense per sviluppare il diritto alla salute ma esistono solo ricompense per sviluppare tutto quanto favorisce gli "interessi degli interessi".

Contro-riformatori della prima generazione

Nella Grecia antica si utilizzava, come misura di un tempo più esteso rispetto al semplice anno, la "generazione", un periodo di tempo di circa 27 anni.

Oggi in sanità dopo la generazione delle riforme degli anni 70, abbiamo avuto, alla fine degli anni 90, le "controriforme della prima generazione", e a seguire, arrivando fino ai giorni nostri, abbiamo le "controriforme della seconda generazione" quelle in corso e che sono tutte ben rappresentate da "4F".

I primi contro-riformatori in sanità sono i partiti di sinistra che esprimono con le loro leggi di controriforma politiche apertamente neoliberaliste in aperta antitesi con gli ideali i principi e le norme della svolta avvenuta nel 78 con la riforma sanitaria, ma soprattutto in flagrante antitesi con l'art 32 della Costituzione

I primi contro riformatori della sanità, quindi, sono sia dei "pentiti" che dei "traditori", cioè sono coloro che, a un certo punto si pentono di aver riformato la sanità e che consegnano, con "tradimento", cioè svendono le riforme fatte ai loro nemici o ai loro avversari in cambio di vantaggi soprattutto politici. Quindi sono persone che per ragioni di convenienza cambiano il "progetto".

Ricordo che Il verbo italiano "tradire" viene dal latino tradere (composto di "tra" "oltre" e "dare"), che vuol dire propriamente "consegnare, affidare, trasmettere". Insomma, andare oltre l'art 32 e la riforma del 78 quindi cambiare il progetto politico.

Il volo del calabrone

Quando si arriva a scrivere come ha fatto Taroni (F. Taroni Il volo del calabrone 40 anni di servizio sanitario nazionale Il pensiero scientifico editore 2019) ma anche molti altri che per indulgenza evito di citare, che la riforma Bindi del 1999, non è stata altro che un tentativo di ricondurre la sanità pubblica ai principi fondativi della 833 e che essa è giustificata da tante difficoltà soprattutto economico e finanziarie, si mente sapendo di mentire.

La riforma Bindi è stata una scelta politica scientemente neoliberalista voluta da quel "campo largo" chiamato Ulivo, che, se la sinistra avesse fatto la sinistra spingendo in avanti e non indietro il processo riformatore, si sarebbe potuta evitare senza difficoltà, ma che è stata fatta proprio perché la sinistra non era più sinistra.

La metafora del calabrone di Taroni uno tra i più importanti teorici della controriforma Bindi di fatto è un paradosso. Secondo la fisica il calabrone non potrebbe volare. Eppure, vola. Ma non si capisce perché esso senza essere obbligato vola, ma non per affermare diritti ma vola per affermare degli interessi. È vero tutto nasce dall'art 32 ma tutto finisce per negare l'art 32. Tutto nasce per affermare la sanità pubblica ma tutto finisce per affermare la sanità privata. Perché? Da dove nasce la negazione dell'art 32? Quali sono le ragioni vere e sostanziali delle controriforme neoliberaliste degli anni 90? Perché la sinistra, sempre negli anni 90, arrivò a considerare l'art 32 persino un ostacolo allo sviluppo? E perché la Corte Costituzionale in quegli anni tirò fuori il principio del "contemperamento e del bilanciamento degli interessi" riducendo il diritto alla salute al suo "nucleo essenziale"? (QS 25 novembre 2019)

I contro-riformatori della seconda generazione

La seconda generazione di contro-riformatori è fatta essenzialmente da specialisti nella difesa non dei diritti ma degli interessi quindi dai vari tipi di sindacati (da quelli confederali a quelli più corporativi come la Fimmg). Tra i primi e i secondi, se ci fate caso, più o meno passa il tempo che per i greci costituiva una "generazione". I sindacati al plurale come dimostra "4F" non correggono le politiche contro riformatrici della prima generazione ma al contrario le confermano le cavalcano e cercano di spingerle in avanti per trarne profitto. Solo perché tautologici tralascio gli esempi.

Oggi i sindacati sono all'opera per cambiare i meccanismi di reinforcement learning che prima spingevano sui diritti ed ora spingono sugli interessi. Chi rappresenta gli interessi oggi sono come compensati per il loro sforzo contro riformatore. Cioè per svolgere chiaramente una funzione contro riformatrice al servizio della catastrofe. Per questo la catastrofe nessuno la fermerà.

Oggi gli interessi non si accordano più con i diritti ma sia accordano tra di loro. Compensando gli interessi il processo di controriforma va a avanti e la catastrofe diventa davvero inevitabile

Conclusione

Insomma, oggi il diritto è negato e l'interesse trionfa questa è il senso del contro riformismo della seconda generazione. Se trionfa l'interesse sul diritto il conflitto di interesse come dimostra "4F" perde di importanza e piano piano smette di essere un problema deontologico e giuridico. Nel momento in cui ciò avviene il mondo della sanità ma anche quello della medicina andrà incontro inevitabilmente ad una spiacevole regressione sociale e culturale ma anche giuridica che non si fa fatica a immaginare.

In questa regressione in particolare il medico, come si evince da "4F" si popone come un contro-riformatore eccellente anzi egli cessa di essere un medico ippocratico, un eroe, un benefattore per diventare semplicemente uno che si fa gli "affari propri" quindi un azionista di una holding (Enpam) di una cooperativa (Fimmg) , di un fondo sanitario integrativo (sindacato confederale) e ovviamente proprio perché sganciato da un contratto sociale cerca protezione nelle assicurazioni rompendo i rapporti fiduciari con i cittadini (Fnomceo).

E al grido "[go about your business](#)" che tradotto vuol dire "fatti i c....i tuoi" la catastrofe sarà completa

https://www.quotidianosanita.it/lettere-al-direttore/articolo.php?articolo_id=122570

la Repubblica

Upb, per l'Italia correzione del deficit da 10-11 miliardi all'anno e spesa ferma per sette anni

Valentina Conte

Nel Rapporto dell'Ufficio parlamentare di bilancio le prospettive sui conti pubblici del nuovo Patto di stabilità Ue. "Crescita allo 0,8% quest'anno. Impatto del Pnrr di tre punti al 2026". Servono oltre 20 miliardi per confermare le misure del governo Meloni. Giorgetti: "Taglio cuneo è un must"

ROMA – Avere l'Italia in procedura per deficit eccessivo significa mettere in conto una correzione dei conti per lo 0,5-0,6% del Pil ogni anno, circa 10-11 miliardi, fino a quando il rapporto tra deficit e Pil non scenderà sotto al 3%.

Significa anche, per le [nuove regole del Patto di stabilità Ue](#), mettere un tetto alla spesa primaria netta che non potrà crescere più del 2% nominale all'anno in media per sette anni (tra 1,8 e 2,1%, per la precisione), dal 2025 al 2031. Tenuto conto dell'inflazione significa: spesa ferma, così da consentire sia al deficit che soprattutto al debito di calare in modo graduale e sostenibile.

A queste conclusioni arriva il Rapporto annuale dell'Ufficio parlamentare di bilancio, presentato oggi alla Camera dei deputati.

Svolta epocale

Il Rapporto, ricco di contenuti e approfondimenti, illustrato dalla presidente dell'Upb Lilia Cavallari, ripercorre anche gli ultimi dieci anni di politiche di bilancio dell'Italia (coincidono con il compleanno dell'Upb), caratterizzate da una flessibilità disordinata sui conti e uno sguardo corto e miope rivolto solo all'anno successivo di programmazione.

Il nuovo Patto Ue, definito dalla Cavallari una «svolta epocale» per l'Italia, consente invece una programmazione pluriennale caratterizzata da un Piano di bilancio a medio termine che dura quanto la legislatura (5 anni). E che per i Paesi ad alto deficit (sopra il 3% del Pil) e alto debito (sopra il 60% del Pil) come l'Italia, contempla anche una «traiettoria» discendente della spesa in 7 anni, corredata da riforme e investimenti, per riportare in linea deficit e debito.

Cosa succede all'Italia

Il nuovo Patto di stabilità dovrebbe quindi consentire all'Italia di risolvere in modo costante, graduale e pluriennale i suoi tre problemi intrecciati: alto deficit, alto debito, alta spesa pubblica. Una tripletta che però può complicare la vita al governo Meloni. Se le previsioni Upb fossero confermate, Palazzo Chigi si troverebbe con le mani legate. Non deve fare subito una manovra correttiva (da 10-11 miliardi) solo perché nel Documento di economia e finanza (Def) di aprile ha presentato un quadro che già contempla quella correzione per gli anni a venire.

E la contempla perché per ora non conferma per il 2025 nessuna delle misure messe in cantiere l'anno scorso in manovra: dal taglio del cuneo e dell'Irpef al taglio del canone Rai, passando per il bonus mamme e la social card. Si tratta, secondo Upb, di 18 miliardi di misure. Il totale sale però «oltre 20 miliardi», attorno ai

23-24, se consideriamo anche il rinnovo del contratto dei lavoratori pubblici e altre spese indifferibili. Come fare?

La crescita rallenta

L'Upb per quest'anno prevede una crescita del Pil solo allo 0,8% contro l'1% stimato dal governo. Nel 2025 si sale all'1,1% contro l'1,2% governativo. I numeri divergono in modo più significativo nel biennio 2025-2026, allorché per l'Upb la crescita decelera allo 0,8 e 0,6 contro l'1,1 e lo 0,9 del governo.

«Nel trimestre in corso la fase ciclica sarebbe peggiorata», si legge nel Rapporto. «Alla persistente debolezza dell'industria si sarebbe aggiunta anche la frenata nell'edilizia, in seguito alla rimodulazione degli incentivi per il comparto residenziale. Tuttavia, l'attività dei servizi resta in crescita, sospinta anche dalla filiera del turismo».

Il commissario europeo all'Economia, Paolo Gentiloni, nel suo messaggio all'Upb ha puntato più sul bicchiere mezzo pieno, mettendo l'Italia tra i Paesi la cui crescita è stata "superiore alle attese" e prospettando un +0,9% quest'anno, in media Ue, e un +1,1% il prossimo, "leggermente al di sotto". Non ha mancato comunque l'occasione per un richiamo a "politiche di bilancio prudenti, indispensabili", continuando dall'altro lato "con gli investimenti pubblici". Il debito alto, d'altra parte, per dirla con la presidente Cavallari "limita la possibilità di effettuare interventi in disavanzo", è una "vulnerabilità", ma la prospettiva di un percorso di rientro è "una opportunità da cogliere" di "disegnare una politica di bilancio che guarda al futuro".

Uno sprone al quale il ministro all'Economia, Giancarlo Giorgetti, si è allineato. "Il Governo è ben consapevole che, nel contesto in cui ci troviamo, è necessario mantenere un approccio responsabile nella programmazione e nella gestione della politica di bilancio". Nonostante la premessa, sul cuneo il titolare delle Finanze non intende retrocedere: "Tra tutte le misure di cui si discute questo è un must. E' un impegno assolutamente inderogabile, la prima cosa che dobbiamo assicurare e la confermeremo".

I fattori di rischio

Quanto ai rischi, l'Upb ne elenca diversi, da quelli geopolitici per le guerre e le ripercussioni sugli scambi globali alle «rilevanti incertezze sull'evoluzione del Pnrr e degli investimenti nell'edilizia». I «fattori di rischio» sulle prospettive macroeconomiche dell'Italia nei prossimi anni «restano orientati al ribasso».

Le spese del Pnrr sono l'unica ancora di salvezza: «Potrebbero indurre un aumento del Pil per quasi 3 punti percentuali cumulativamente nel 2026, al di sotto di quanto stimato dal ministero dell'Economia per circa mezzo punto percentuale». Sempre che questa cruciale spesa per investimenti proceda. Non si hanno ancora evidenze di questo.

Il bivio del governo Meloni

Ecco dunque il bivio che si apre davanti al governo. Rinnovare solo due misure per il 2025 e lasciare andare gli altri bonus, ovvero riconfermare solo il taglio al cuneo contributivo e all'Irpef che costa 15 miliardi, di cui circa la metà dovrebbe essere coperta con fondi già in cassa o residui non spesi e l'altra metà da coprire con tagli di spesa. Oppure andare allo scontro con l'Europa, al momento però privo di senso perché manovre in deficit non sono più possibili.

https://www.repubblica.it/economia/2024/06/19/news/upb_deficit_manovra_conti_publici-423255318/?ref=RHLF-BG-P3-S2-T1

la Repubblica

L'Autonomia fa male alla Sanità, si allarga la faglia tra Sud e Nord

Michele Bocci

Dal 2001 la competenza è delle Regioni e le cose non vanno meglio. La legge Calderoli, secondo gli esperti, peggiorerà il quadro. Il Mezzogiorno arranca: con le nuove regole aumenteranno i viaggi per curarsi e chi ha più soldi avrà più medici e infermieri

Fino ad oggi le due linee hanno viaggiato parallele, con l'[Autonomia differenziata](#) potrebbero diventare divergenti.

Quella di sopra si indirizzerà verso l'alto, quella di sotto ancora più verso il basso.

Non c'è punto di osservazione migliore della Sanità per comprendere l'impatto che avrà la [riforma approvata mercoledì scorso](#).

Dal 2001 le competenze legate all'assistenza ai cittadini sono infatti in gran parte già assegnate alle Regioni.

Si è portato avanti un federalismo che avrebbe dovuto risollevarne chi era più in difficoltà. Spoiler: le cose non sono andate bene, perché le [diseguaglianze tra Nord e Sud](#) sono rimaste più o meno le stesse, come dimostrano i dati.

Ma l'Autonomia differenziata, secondo molti osservatori, tra i quali sindacati, ricercatori universitari e non, centri studi, partiti di opposizione, professionisti, farà di peggio e cioè rinforzerà alcuni di coloro che sono già forti e farà sprofondare chi è debole.

Soprattutto sposterà professionisti e pazienti verso le Regioni che lavorano di più e meglio.

Alla faccia del sistema sanitario pubblico e universale.

Infine, la riforma viene approvata mentre il ministero alla Salute guidato da Orazio Schillaci continua a fare provvedimenti di carattere nazionale come il dl sulle liste di attesa, che alle Regioni non dà finanziamenti ma regole.

Promossi e bocciati

Parlare di Nord e Sud significa semplificare. Ci sono infatti tre o quattro gruppi di Regioni dove l'assistenza è diversa. «Perché il Nord Est, ad esempio, va meglio del Nord Ovest», spiega Federico Spandonaro, professore a Tor Vergata che ha da poco presentato la dodicesima edizione del rapporto Crea sanità. In base alle performance, lo studio divide le Regioni tra quelle promosse con voti alti, quelle che hanno la sufficienza, quelle "rimandate" e quelle fortemente insufficienti. Nelle ultime due categorie ci sono Sardegna, Campania, Lazio, Umbria, Abruzzo e Puglia e infine Sicilia, Molise, Basilicata e Calabria.

«Le diseguaglianze in questo settore ci sono sempre state - dice Spandonaro - già nel '78 era stata fatta una legge per eliminarle. Di recente, per fortuna, il Sud è un po' cresciuto». Ma sono migliorate anche le realtà più virtuose, che tra l'altro offrono molte prestazioni "extra Lea", cioè al di fuori dei Livelli essenziali di assistenza, il minimo comun denominatore dei servizi sanitari. Sono dei precursori dei Lep, Livelli essenziali di prestazioni, voluti dalla nuova riforma.

I numeri del disastro

Ci sono un'infinità di numeri che raccontano la Sanità italiana. Bisogna partire dall'aspettativa di vita, legata a filo doppio all'assistenza.

Ebbene, se nel 2023 quella delle donne in Italia era di 85,1 anni, si passa dagli 86,5 anni del Trentino-Alto Adige agli 83,6 della Campania.

Per gli uomini la media è di 81,1 anni e in cima e in fondo alla classifica ci sono le stesse Regioni, con 82,2 e 79,4 anni. Di recente è stato sollevato anche il caso della mortalità neonatale.

Al Nord riguarda 1,14 italiani nati vivi ogni mille, al Centro 1,42 e al Sud 2,24 (per gli stranieri i tre dati sono 2,10, 2,91 e 3,97). «Il Sud non è cresciuto anche a causa dei piani di rientro per le realtà locali con i bilanci in rosso, che hanno molto limitato le possibilità di investimento», dice Guido Quilici, presidente del sindacato di medici ospedalieri Cimo.

Senza soldi non si attivano servizi. Secondo Istat al Nord ci sono 98,5 letti di residenze per anziani, Rsa, ogni 10 mila abitanti, al Centro sono 56,5 e al Sud 33,4.

I letti ospedalieri, dice il ministero alla Salute, sono 3,7 per mille abitanti in Piemonte, 2,6 in Sicilia e 2,2 in Calabria. Il rapporto Svimez "

Un Paese, due cure" ha ricordato che nel 2022 hanno aderito allo screening per il tumore alla mammella il 70% delle donne italiane tra 50 e 69 anni, ma si va dall'80% del Nord al 76% del Centro fino al 58% del Mezzogiorno.

Nel 2022 140 mila malati sono usciti da Sicilia, Calabria, Puglia e Campania per ricoverarsi in ospedale. Ben 62 mila di loro (il 44%) è andato in Lombardia (di gran lunga la più richiesta, con 32 mila ricoveri), Emilia-Romagna e Veneto. Un maxi esodo, che non si riesce ad arginare.

Ancora più viaggi per le cure

Con la riforma dell'Autonomia differenziata le cose peggioreranno. Ne è convinto Piero Di Silverio, segretario del sindacato dei medici Anaao.

«Alcuni cittadini delle zone con meno gettito fiscale, e meno soldi per la Sanità, andranno nel privato. E chi non può pagare? Cercherà di spostarsi nelle Regioni più ricche ed efficienti, aumentando il numero dei viaggi della speranza. Ma la domanda da parte di chi arriva da fuori potrebbe diventare troppo alta da sostenere per le realtà del Nord».

Che succederà a quel punto?

«Sempre grazie all'Autonomia differenziata - dice il sindacalista - le Regioni più sane potranno dire: "Non ho più budget per curare chi arriva da fuori, tra l'altro facendo aumentare anche le mie liste di attesa, quindi non accetto altri pazienti". Si azzera il principio solidaristico: chi curerà quei malati?».

L'esodo dei professionisti

Spandonaro è tra coloro che ritengono necessari altri due anni per l'avvio della riforma.

«Bisogna capire per quali materie chiederanno l'autonomia le Regioni più forti. Il vero rischio è la competizione, intanto sul personale».

In effetti la questione di medici, infermieri e altri professionisti della Sanità è la più sentita, anche da Di Silverio e Quilici.

«Con la possibilità di scrivere i propri contratti, chi ha più soldi a disposizione potrà assicurare paghe più alte - dice il capo di Anaa - Si creerà una mobilità professionale importante, soprattutto tra gli infermieri. E le Regioni più povere avranno difficoltà a reperire il personale, cosa che renderà peggiore il loro sistema sanitario e spingerà ancora più cittadini a cercare cure altrove. Così si creerà un'Autonomia selvaggia».

Il tutto, tra l'altro, con la grande incognita dei Lep, i Livelli essenziali delle prestazioni, che devono essere ancora definiti e soprattutto finanziati.

https://www.repubblica.it/politica/2024/06/23/news/sanita_italiana_sistema_cosa_cambia_come-423271706/?ref=RHLF-BG-P3-S1-T1



Osservatorio CPI
| Osservatorio conti pubblici italiani

L'evoluzione della spesa sanitaria italiana

Per il 2023, il finanziamento per il Servizio Sanitario Nazionale previsto dalla nuova Legge di Bilancio aumenterà di 4 miliardi rispetto al 2022, raggiungendo i 128 miliardi. Anche la spesa sanitaria pubblica corrente in termini nominali è prevista in aumento dal periodo pre-Covid di ben 15 miliardi. L'aumento non è sufficiente a tenere il passo con l'inflazione, talché, stando alle previsioni ufficiali, nel 2023, la spesa in termini reali tornerebbe poco sotto il livello del 2019. Oltre al finanziamento del Fondo Sanitario Nazionale nei prossimi anni vi saranno le risorse del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR). Con una dotazione totale di 191,5 miliardi di euro da investire tra il 2022 e il 2026, il PNRR destina 15,6 miliardi (8,2 per cento del totale) alla Missione Salute (M6). Occorre tuttavia fare chiarezza sulle riforme e sugli investimenti.

La spesa sanitaria prevista dalla Legge di Bilancio 2023

Per il 2023, le risorse per il Servizio Sanitario Nazionale sono previste in aumento di 4 miliardi rispetto al 2022.

A legislazione vigente per il 2023, il livello di finanziamento del fabbisogno sanitario standard ammontava a 126 miliardi, ossia 2 miliardi in più rispetto al 2022.

Nella Legge di Bilancio 2023 sono stati aggiunti altri 2 miliardi, portando il totale complessivo per il 2023 a 128 miliardi; di queste ulteriori risorse, la maggior parte (1,4 miliardi) andrà a coprire i maggiori costi delle fonti energetiche mentre 200 milioni saranno destinati all'aumento degli stipendi degli operatori del pronto soccorso

Pur contando su un aumento consistente di fondi, rispetto all'esperienza degli anni pre-Covid quando il finanziamento è aumentato di 1 miliardo all'anno, è solo il 3 per cento in più nonostante l'inflazione abbia raggiunto a novembre quasi il 12 per cento su base annua.

L'approccio che sembra essere stato adottato dal nuovo governo è quello quindi di dare precedenza ad altre misure (gli aiuti a famiglie e imprese per i rincari energetici) destinando al SSN solo le risorse che ci possiamo permettere.

L'evoluzione della spesa sanitaria pubblica italiana dal 2000

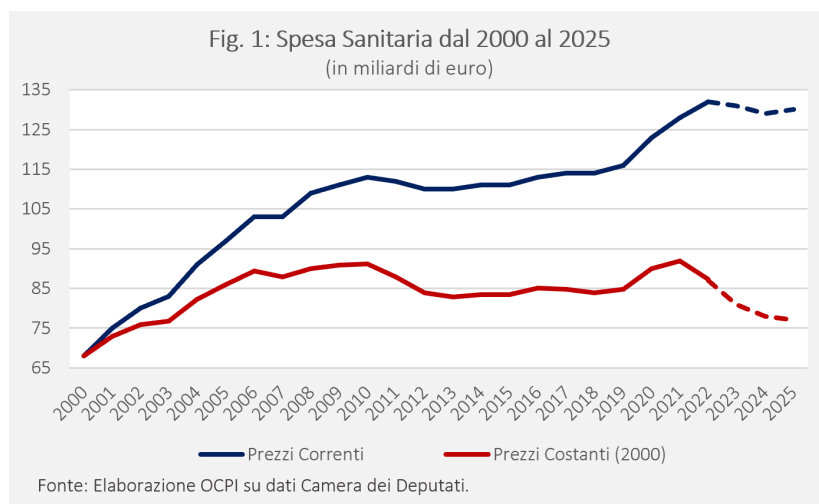
L'evoluzione programmatica del finanziamento condiziona naturalmente l'evoluzione della spesa. La Figura 1 riporta l'andamento della spesa sanitaria corrente di Contabilità Nazionale dal 2000 al 2025.^[1] Dalla Figura si può notare come la spesa nel 2023 aumenterà in termini nominali dal periodo pre-Covid di ben 15 miliardi, raggiungendo i 131 miliardi.

Tuttavia, se si considera la spesa sanitaria in termini reali (ovvero aggiustata per l'inflazione), l'aumento negli anni della pandemia viene cancellato dalla fiammata dell'inflazione. La spesa, valutata a prezzi costanti, torna poco sotto i valori del 2019.

Guardando alle tendenze di lungo periodo, fra il 2000 e il 2023 la spesa è quasi raddoppiata in termini nominali, da 68 a 131 miliardi di euro.

Tuttavia, se si considera la spesa al netto dell'inflazione, l'aumento si riduce al 19 per cento. L'aumento in termini reali si è verificato tutto nei primi anni del secolo; dopo la crisi finanziaria del 2008 e la successiva crisi dei debiti sovrani in Europa si osserva una riduzione seguita da un lungo periodo di stabilità, che si è concluso solo nel 2020 con l'esplosione della pandemia.

Questo aumento in termini reali rispetto al 2000 probabilmente non basta a tenere il passo con la crescente domanda di servizi sanitari. Basti pensare che negli ultimi 20 anni gli over 65 sono aumentati di 2,5 milioni.



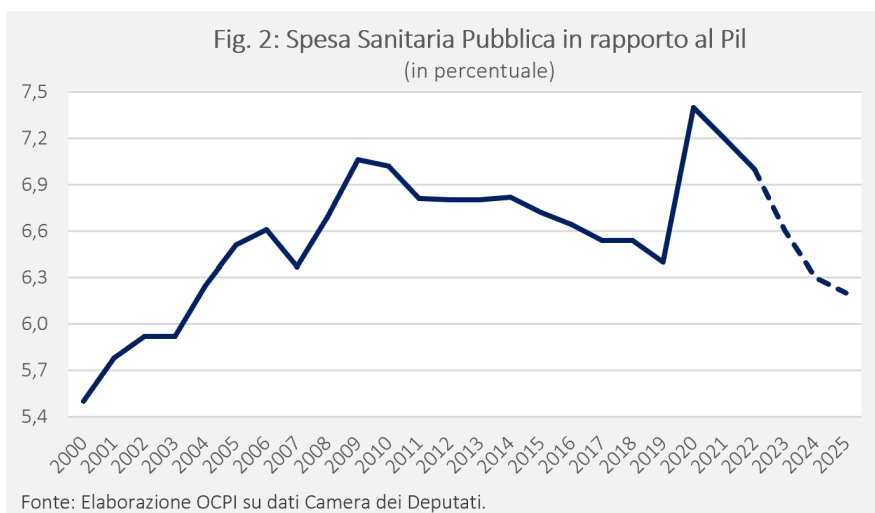
In base agli stanziamenti della legge di bilancio la riduzione della spesa al netto dell'inflazione continuerebbe anche negli anni successivi.

Ma occorre tenere conto che, ormai da molto tempo, ogni anno la legge di bilancio stanziava fondi addizionali per la sanità rispetto a quanto già previsto.

Si tratta di una cattiva prassi che impedisce agli operatori di programmare l'attività per gli anni a venire. Ma è una prassi seguita da tutti i governi che riflette lo stato di grande precarietà delle finanze pubbliche indotta dall'elevato livello del debito pubblico e dalla bassa crescita dell'economia.

Considerazioni analoghe si ottengono guardando al rapporto fra spesa sanitaria e prodotto interno lordo. L'incremento dei primi anni Duemila è estremamente significativo: fra il 2000 e il 2009, il rapporto spesa/Pil è salito dal 5,5 per cento al 7,1.

Questa crescita della spesa sanitaria, concentrata soprattutto in alcune regioni che sono state poi sottoposte a Piano di Rientro (in alcuni casi, con un commissario esterno) a partire dal 2007, ha contribuito alle difficoltà finanziarie del paese.



Negli anni successivi si sperimenta un faticoso rientro, ma il rapporto spesa/Pil è rimasto sempre su valori ben più alti di quelli dell'inizio del decennio.

Dopo l'impennata del 2020-2021, la riduzione che si è registrata nel 2022 avrebbe riportato il rapporto spesa/Pil attorno ai valori massimi del 2009 (7 per cento).

Nel 2023 si scenderebbe al 6,6 per cento, che rimane comunque uno dei valori più elevati dell'ultimo ventennio. Anche in questo caso, i dati per gli anni successivi al 2023 hanno uno scarso significato.

PNRR e sanità

Alla riduzione in termini reali del finanziamento e della spesa sanitaria corrente rispetto al 2022, si accompagnano tuttavia le risorse e le riforme previste dalla Missione Salute (M6) del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR).

Come noto, rispetto alla dotazione totale di 191,5 miliardi di euro da investire tra il 2022 e il 2026, il PNRR destina ben 15,6 miliardi (8,2 per cento del totale) alla sanità (oltre alle risorse, comprese nelle altre missioni, che hanno influenza sulla tutela della salute).

In particolare, la Missione 6 ha l'obiettivo di diffondere nuovi modelli per la tutela della salute attraverso lo sviluppo di diverse innovazioni organizzative.

Da un lato, lo sviluppo di reti di prossimità, di strutture intermedie e della telemedicina per l'assistenza sanitaria territoriale; dall'altro lato, la promozione dell'innovazione, della ricerca e della digitalizzazione del Servizio Sanitario Nazionale. In particolare, gli interventi della prima componente mirano a rafforzare le prestazioni erogate sul territorio tramite:

- (i) Il potenziamento e la creazione di strutture e presidi territoriali (come le Case della Comunità e gli Ospedali di Comunità);
- (ii) Il rafforzamento dell'assistenza domiciliare;
- (iii) Lo sviluppo della telemedicina; (iv) una più efficace integrazione tra tutti i servizi sociosanitari.

Sul fronte delle riforme, il DM 77/2022 ha già definito i nuovi modelli e i nuovi standard per l'assistenza territoriale coerentemente con quanto previsto dal PNRR.

Non si tratta di una novità assoluta: già con il Decreto del Ministero della Salute del 10 luglio 2007 (e quindi ben prima del PNRR), il governo italiano si era mosso in questa direzione attraverso il modello delle Case della Salute, ovvero delle strutture polivalenti in grado di erogare nella stessa struttura l'insieme delle prestazioni socio-sanitarie, favorendo al contempo l'integrazione territoriale esattamente come le Case della Comunità.

Ad oggi, l'implementazione di questo modello è molto differenziata sul territorio: in totale si dichiarano attive 493 Case della Salute (di cui il 56 per cento nel nord, il 26 per cento nel centro e il 18 per cento nel sud) e 163 Ospedali di Comunità (di cui il 74 per cento nel nord, il 21 per cento nel centro e il 5 per cento nel sud). Tuttavia, il Sottosegretario di Stato alla Salute Marcello Gemmato ha espresso più volte le sue perplessità in merito alla questione delle Case della Comunità e degli Ospedali di Comunità sostenendo che, una volta terminati i fondi del PNRR, diverrà insostenibile finanziare i costi ingenti per mantenerle sia da un punto di vista energetico che dal punto di vista del personale.

Il problema principale riguarda il fabbisogno di personale per l'attuazione della riforma, la cui spesa deve essere finanziata dal fabbisogno sanitario nazionale standard.

La Missione 6 prevede, infatti, 1350 Case della Comunità, 600 Centrali Operative Territoriali e 400 Ospedali di Comunità per un totale di circa 18.350 infermieri, 10.250 unità di personale di supporto, 2000 operatori socio-sanitari e 1350 assistenti sociali.

Per il sottosegretario, la soluzione ottimale sarebbe quella di puntare sul potenziamento della rete dei medici di famiglia e delle farmacie già presenti sul territorio evitando così di creare dei duplicati come le Case e gli Ospedali della Comunità con tutte le criticità che esse avranno.

Questa posizione si contrappone ad una visione alternativa che vede proprio i medici di medicina generale come attori chiave delle nuove Case e dei nuovi Ospedali di Comunità.

Sul fronte della riforma della medicina territoriale non si registrano però, al momento, grandi passi avanti.

Italia divisa in due sulle Performance sociosanitarie delle Regioni

Giu 20, 2024 | HOME - Primo Piano, Studi e Ricerca

Indici più alti al Centro Nord ma il Sud registra maggiori miglioramenti. Autonomia differenziata: l'analisi dei risultati in cinque anni nelle Regioni divise in quattro gruppi. Il Rapporto 2024 "Opportunità di tutela della Salute: le Performance Regionali"

Performance regionali: Veneto, Piemonte, Bolzano e Toscana (oltre 13,3 milioni di abitanti) promosse con livelli complessivi di tutela della salute migliori dalle altre e con un indice di Performance che supera il 50% del livello massimo (rispettivamente 60%, 55%, 54% e 53%). Friuli Venezia Giulia, Trento, Emilia-Romagna, Liguria, Valle d'Aosta, Marche e Lombardia (19,3 milioni di abitanti) promosse, ma con la sufficienza: raggiungono livelli di Performance tra 45 e 52 per cento. "Rimandate" con livelli tra il 37 e il 44% Sardegna, Campania, Lazio, Umbria, Abruzzo e Puglia (circa 18,9 milioni di abitanti). Fortemente insufficienti (livello di performance inferiore al 35%) Sicilia, Molise, Basilicata e Calabria (circa 7,5 milioni di abitanti).

Il 55% degli italiani, quindi vivono in Regioni con risultati soddisfacenti per la tutela della salute, mentre per il 45% le cose non vanno del tutto bene.

Questo il primo risultato che emerge dall'analisi delle opportunità di tutela della salute nelle Regioni, condotta dai 104 esperti raggruppati dal Crea Sanità, Centro per la Ricerca Economica Applicata in Sanità (per il quale operano ricercatori e docenti universitari nei campi dell'economia, del diritto, dell'epidemiologia, dell'ingegneria biomedica, della statistica medica) in un Panel multistakeholder diviso in cinque gruppi: Istituzioni, Management aziendale, Professioni sanitarie, Utenti, Industria medicale.

Inoltre, in questa annualità, gli esperti hanno ideato un sistema di monitoraggio 'dinamico' degli effetti dell'autonomia differenziata in Sanità, basandosi su un sottogruppo di indicatori di Performance selezionati dal Panel nel Rapporto Crea Sanità 2024 "Opportunità di tutela della Salute: le Performance Regionali", presentato oggi a Roma.

Gli indici dell'analisi e il loro peso

L'analisi – che non si limita alla valutazione degli aspetti sanitari ed economici, ma analizza anche quelli sociali e di equità dell'assistenza – è stata condotta in base a 20 indicatori articolati su cinque dimensioni: equità, appropriatezza, esiti, innovazione, economico-finanziaria e sociale (v. figura allegata), e il risultato dà la misura reale dell'efficacia dell'organizzazione e degli esiti dell'assistenza sociosanitaria, e permetterà anche di monitorare gli effetti dell'applicazione dell'autonomia differenziata dal Nord al Sud del Paese.

Le dimensioni Appropriatezza, Esiti e Sociale contribuiscono per oltre il 60% alla Performance: rispettivamente per il 26,6%, 23,9% e 16,2%; segue la dimensione Innovazione (11,4%), mentre Equità e dimensione Economico-finanziaria, contribuiscono rispettivamente per l'11,2% e il 10,7 per cento.

Gli Esiti e l'Appropriatezza (quest'ultima con l'eccezione dei rappresentanti delle Istituzioni) sono nelle prime tre posizioni per tutte le categorie di stakeholder; la dimensione Sociale anche, ma con l'eccezione dei rappresentanti del Management aziendale.

La dimensione Equità è in quarta posizione per tutte le categorie di stakeholder e l'Economico finanziaria è tra le ultime due per tutte le categorie, a eccezione del Management aziendale, per il quale è al secondo posto dopo l'Appropriatezza.

I miglioramenti negli ultimi cinque anni

Poiché la Performance ha una natura dinamica, quest'anno il rapporto offre anche una novità: la dinamica nel medio periodo delle opportunità di tutela della salute nelle Regioni: negli ultimi cinque anni si è registrato un miglioramento del 46% della Performance, che ha interessato tutte le ripartizioni geografiche e, in maggior misura le Regioni del Mezzogiorno (+75,9% in media), poi quelle del Nord-Est (+44,9%), quelle del Nord-Ovest (+40,9%) e del Centro (+37,4%).

Questo anche se il Sud è ancora indietro in termini di livello di Performance e i suoi indici, anche se in forte miglioramento rispetto alle altre aree geografiche, sono ancora bassi.

Negli ultimi anni quindi, si è realizzata secondo il CREA Sanità, una riduzione delle distanze in termini di opportunità di tutela della salute tra Meridione e Settentrione.

Questo anche perché, nonostante i margini di azioni ci siano (per raggiungere il 100% del valore dell'indice di performance), "non sembra – spiega il rapporto – che le Regioni con Performance migliori riescano a registrare significativi passi avanti: probabilmente ad indicare l'esistenza di limiti strutturali nell'attuale assetto del sistema sanitario".

Autonomia differenziata: quattro gruppi di Regioni a confronto

Per quanto riguarda l'autonomia differenziata, il CREA ha messo a punto la metodologia per monitorarne gli effetti, e darà i primi risultati non appena verrà concessa ad una o più Regioni. Nella prima fase di implementazione, sono state calcolate e poi comparate, per il periodo 2017- 2022, le dinamiche su dieci indicatori scelti dal Panel di esperti in gruppi di Regioni: il gruppo delle

Province/Regioni Autonome o a statuto speciale (Sicilia, Sardegna, Valle d'Aosta, Friuli-Venezia Giulia e Trentino-Alto Adige con Trento e Bolzano) verso le altre, quelle in Piano di Rientro (Abruzzo, Calabria, Campania, Lazio, Molise, Puglia, Sicilia) sempre verso le altre e quello delle Regioni che hanno richiesto l'autonomia differenziata nel 2017 (Lombardia, Veneto, Emilia Romagna), ancora una volta verso le altre.

I risultati sono stati aggregati in aree "cumulate" di miglioramento e peggioramento, ponderate con i pesi attribuiti agli indicatori dal Panel di esperti, e sono stati sintetizzati, per ogni gruppo di Regioni proposte per il confronto, in un indice numerico: l'"Indice Sintetico Ponderato" (ISP), misura del rapporto tra le aree di peggioramento e di miglioramento nel periodo considerato. Il valore "0" indica una complessiva compensazione fra i miglioramenti e i peggioramenti regionali, il valore "1" un miglioramento per tutte le Regioni del gruppo e "-1" un loro peggioramento.

Nel primo confronto, per le Province/Regioni Autonome o a Statuto Speciale l'ISP è di 0,38 e 0,40 per le altre. Quindi, nel periodo 2017- 2022 la dinamica nelle Province/Regioni Autonome o a Statuto Speciale è stata (leggermente) peggiore che nel gruppo delle altre.

Nel secondo confronto, le Regioni in Piano di rientro registrano un ISP pari a 0,44, verso lo 0,37 delle altre: le Regioni in Piano di Rientro sono andate meglio delle altre.

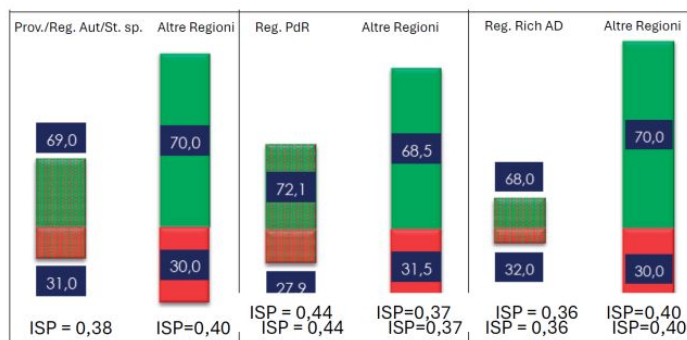
Infine, nel terzo confronto, le Regioni che hanno chiesto l'autonomia differenziata registrano un ISP pari a 0,36 verso lo 0,40 delle altre.

Indice di Performance (0 Perf. peggiore; 1 Perf. ottima)



Dinamica in 5 anni per singola Regione		
Indice di Performance 2022 e var. % indice 2022/2017		
	Indice Performance 2022	Variazione % 2022/2017
Veneto	0,60	70,2
Piemonte	0,55	19,3
P.A. di Bolzano	0,54	59,9
Toscana	0,53	2,8
Friuli Venezia Giulia	0,50	42,5
P.A. di Trento	0,50	14,9
Emilia Romagna	0,49	34,6
Liguria	0,48	58,1
Valle d'Aosta	0,47	36,2
Marche	0,46	28,3
Lombardia	0,45	50,1
Sardegna	0,44	35
Campania	0,41	87,6
Lazio	0,40	66,7
Umbria	0,39	51,6
Abruzzo	0,39	65,9
Puglia	0,37	75,3
Sicilia	0,33	127,3
Molise	0,31	41,3
Basilicata	0,27	72,4
Calabria	0,26	102,9

% Regioni in miglioramento e in peggioramento e Indice Sintetico Ponderato
(Rapporto tra aree "cumulate" ponderate di miglioramento e peggioramento)



Nota: i valori dell'Indice Sintetico Ponderato – ISP, che assume valori compresi tra -1 (tutte le Regioni del gruppo peggiorano) e 1 (tutte le Regioni del gruppo migliorano), rappresentano il rapporto tra l'area, cumulata di 10 indicatori ponderati con i pesi attribuiti dagli stakeholder, di miglioramento e l'area di peggioramento nel periodo 2017-2022.

Le dimensioni di analisi e gli indicatori analizzati

DIMENSIONE	INDICATORE
Appropriatezza	Tasso di accessi al pronto soccorso nei giorni feriali dalle ore 8:00 alle ore 20:00 di adulti con codice di dimissione bianco/verde
	Tasso di anziani trattati in assistenza domiciliare integrata
	Tasso di adesione alla prevenzione (vaccinale nei bambini e nell'anziano e <i>screening</i>)
	Tasso di ospedalizzazione (evitabile) per patologie croniche
Economico-finanziaria	Spesa sanitaria totale pro-capite standardizzata
	Incidenza della spesa per consumi sanitari privati delle famiglie sui consumi totali
	Spesa sanitaria pubblica pro-capite: <i>gap</i> rispetto alla media EU
Equità	Quota mobilità passiva effettiva per DRG a bassa e media complessità
	Quota di prestazioni con priorità B (entro 10 giorni) eseguite nei tempi previsti
	Quota di persone che rinuncia a prestazioni sanitarie (motivi economici, distanza liste d'attesa, orari scomodi, etc.)
Esiti	Tasso di popolazione che adotta stili di vita corretti
	Indice di salute mentale
	Mortalità per infarto miocardico acuto a 30 giorni dal ricovero
	Speranza di vita senza limitazioni funzionali (over 65 anni)
Innovazione	Tasso di attuazione del Fascicolo Sanitario Elettronico
	Quota interventi eseguiti con tecniche mininvasive
	Indice di implementazione rete oncologica
Sociale	Tasso di over 75 anni non autosufficienti in trattamento socio-sanitario residenziale
	Tasso di persone deboli o a rischio (anziani e poveri) che ricevono interventi per l'integrazione sociale
	Tasso di disabili e/o anziani, che ricevono assistenza domiciliare integrata con servizi sanitari

<https://panoramadellasanita.it/site/tutela-sociosanitaria-della-salute-e-autonomia-differenziata-italia-divisa-in-due-sulle-performance-sociosanitarie-delle-regioni/>

quotidianosanita.it

Arriva il via libera definitivo dalla Camera.

L'autonomia differenziata ora è legge

Giovanni Rodriguez

Il provvedimento definisce procedure legislative e amministrative da seguire per giungere ad una intesa tra lo Stato e le Regioni che chiedono ulteriori autonomie. L'attribuzione di funzioni relative alle ulteriori forme e condizioni particolari di autonomia è consentita subordinatamente alla determinazione dei livelli essenziali delle prestazioni (Lep). Proprio i Lep indicano la soglia costituzionalmente necessaria e costituiscono il nucleo invalicabile per rendere effettivi tali diritti su tutto il territorio nazionale

19 GIU -

L'aula della Camera questa mattina ha approvato in via definitiva il disegno di legge recate "Disposizioni per l'attuazione dell'autonomia differenziata delle Regioni a statuto ordinario ai sensi dell'articolo 116, terzo comma, della Costituzione" nel testo già licenziato dal Senato. L'autonomia differenziata ora è legge. Il provvedimento definisce procedure legislative e amministrative da seguire per giungere ad una intesa tra lo Stato e le Regioni che chiedono ulteriori autonomie.

Ma vediamo nel dettaglio cosa prevede il testo, così come modificato durante i lavori in commissione Affari Costituzionali.

Articolo 1 (Finalità)

L'articolo 1, comma 1, indica le finalità del disegno di legge, precisando come lo stesso sia volto a definire i principi generali per l'attribuzione alle Regioni a statuto ordinario di ulteriori forme e condizioni particolari di autonomia, ai sensi dell'articolo 116, terzo comma, della Costituzione, nonché le relative modalità procedurali di approvazione delle intese tra lo Stato e le singole regioni previste dal medesimo terzo comma.

Il successivo comma 2 stabilisce che l'attribuzione di funzioni relative alle ulteriori forme e condizioni particolari di autonomia, con riguardo a materie o ambiti di materie riferibili ai diritti civili e sociali che devono essere garantiti su tutto il territorio nazionale, è consentita subordinatamente alla determinazione dei livelli essenziali delle prestazioni di cui all'articolo 117, primo comma, lettera m), della Costituzione (Lep). I Livelli essenziali delle prestazioni (Lep) indicano la soglia costituzionalmente necessaria e costituiscono il nucleo invalicabile per rendere effettivi tali diritti su tutto il territorio nazionale.

Articolo 2 (Procedimento di approvazione delle intese fra Stato e Regione)

L'articolo 2 disciplina il procedimento di approvazione delle intese tra Stato e Regione. Il comma 1 prevede che sia la Regione, sentiti gli enti locali e secondo le modalità e le forme stabilite nell'ambito della propria autonomia statutaria, a deliberare la richiesta di attribuzione di ulteriori forme e condizioni particolari di autonomia, ai sensi dell'articolo 116, terzo comma, della Costituzione.

La richiesta è trasmessa al Presidente del Consiglio dei ministri e al Ministro per gli affari regionali e le autonomie, al quale compete di avviare il negoziato con la Regione interessata ai fini dell'approvazione dell'intesa. All'avvio del negoziato si procede dopo che sia stata acquisita la valutazione dei Ministri competenti per materia e del Ministro dell'economia e delle finanze, anche ai fini dell'individuazione delle necessarie risorse finanziarie da assegnare ai sensi dell'articolo 14 della legge n. 42 del 2009. Decorsi sessanta giorni dalla richiesta, viene comunque avviato il negoziato che, con riguardo a materie o ambiti di materie riferibili ai livelli essenziali delle prestazioni, è svolto per ciascuna singola materia o ambito di materia.

Il comma 2 specifica che l'atto o gli atti d'iniziativa di ciascuna Regione possono concernere una o più materie o ambiti di materie e le relative funzioni. Al fine di tutelare l'unità giuridica o economica, nonché di indirizzo rispetto a politiche pubbliche prioritarie, il Presidente del Consiglio dei ministri, anche su proposta del Ministro per gli affari regionali e le autonomie o dei Ministri competenti per materia, può limitare l'oggetto del negoziato ad alcune materie o ambiti di materie individuati dalla Regione nell'atto di iniziativa.

Il comma 3 dispone che spetti al Consiglio dei ministri, su proposta del Ministro per gli affari regionali e le autonomie, di approvare lo schema di intesa preliminare negoziato tra Stato e Regione, il quale deve essere corredato da una relazione tecnica. Alla riunione del Consiglio dei ministri partecipa il Presidente della Giunta regionale interessata.

Il comma 4 prevede che tale schema di intesa preliminare venga immediatamente trasmesso alla Conferenza unificata per l'espressione del parere, da rendersi entro sessanta giorni dalla data di trasmissione. Dopo che il parere è stato reso, lo schema di intesa preliminare è immediatamente trasmesso alle Camere per l'esame da parte dei competenti organi parlamentari, che si dovranno esprimere entro novanta giorni dalla data di trasmissione dello schema di intesa preliminare, udito il Presidente della Giunta regionale interessata.

Il comma 5 stabilisce che, valutato il parere della Conferenza unificata e sulla base degli atti di indirizzo resi dai competenti organi parlamentari – e, in ogni caso, decorsi novanta giorni –, il Presidente del Consiglio dei ministri o il Ministro per gli affari regionali e le autonomie predispongano lo schema di intesa definitivo, eventualmente al termine di un ulteriore negoziato con la Regione interessata, ove necessario. Il Presidente del Consiglio dei ministri, ove ritenga di non conformarsi in tutto o in parte agli atti di indirizzo, riferisce alle Camere con apposita relazione, nella quale fornisce adeguata motivazione della scelta effettuata. Lo schema di intesa definitivo è trasmesso alla Regione interessata, che lo approva secondo le modalità e le forme stabilite nell'ambito della propria autonomia statutaria, assicurando la consultazione degli enti locali. Entro quarantacinque giorni dalla data della comunicazione dell'approvazione da parte della Regione, lo schema di intesa definitivo, corredato di una relazione tecnica è deliberato dal CdM.

Il comma 6 dispone che, insieme allo schema di intesa definitivo, e sempre su proposta del Ministro per gli affari regionali e le autonomie, il Consiglio dei Ministri delibera un disegno di legge di approvazione dell'intesa, della quale quest'ultima costituisce un allegato. Alla seduta del Consiglio dei Ministri per

l'esame dello schema di disegno di legge e dello schema di intesa definitivo partecipa il Presidente della Giunta regionale.

Il comma 7 prevede che, dopo essere stata approvata dal Consiglio dei ministri, l'intesa definitiva è immediatamente sottoscritta dal Presidente del Consiglio dei ministri e dal Presidente della Giunta regionale.

Il comma 8 stabilisce che il disegno di legge di approvazione dell'intesa e la medesima intesa allegata sono immediatamente trasmessi alle Camere per la deliberazione, ai sensi dell'articolo 116, terzo comma, della Costituzione, il quale configura quella in questione come un a legge rinforzata, prescrivendo che ciascuna Camera la approvi a maggioranza assoluta dei rispettivi componenti.

Articolo 3 (Delega al Governo per la determinazione dei LEP ai fini dell'attuazione dell'articolo 116, terzo comma, della Costituzione)

L'articolo 3, integrando la procedura delineata dalla legge di bilancio 2023, stabilisce alcuni passaggi procedurali per la determinazione dei livelli essenziali delle prestazioni (Lep) e dei relativi costi e fabbisogni standard ai fini dell'attuazione dell'articolo 116, terzo comma, della Costituzione in materia di autonomia differenziata. Si prevede, in particolare, la trasmissione di ciascuno schema di decreto del Presidente del Consiglio dei ministri recante la determinazione dei Lep alle Camere, per l'espressione del parere entro quarantacinque giorni.

Nelle materie di cui all'articolo 116, terzo comma, della Costituzione, i Lep sono determinati nelle materie o negli ambiti di materie seguenti:

- a) organizzazione della giustizia di pace;*
- b) norme generali sull'istruzione;*
- c) tutela dell'ambiente, dell'ecosistema e dei beni culturali;*
- d) tutela e sicurezza del lavoro;*
- e) istruzione;*
- f) ricerca scientifica e tecnologica e sostegno all'innovazione per i settori produttivi;*
- g) tutela della salute;*
- h) alimentazione;*
- i) ordinamento sportivo;*
- j) governo del territorio;*
- k) porti e aeroporti civili;*
- l) grandi reti di trasporto e di navigazione;*
- m) ordinamento della comunicazione;*
- n) produzione, trasporto e distribuzione nazionale dell'energia;*
- o) valorizzazione dei beni culturali e ambientali e promozione e organizzazione di attività culturali.*

I decreti previsti dal presente articolo definiscono le procedure e le modalità operative per monitorare l'effettiva garanzia in ciascuna Regione dell'erogazione dei Lep in condizioni di appropriatezza e di efficienza nell'utilizzo delle risorse, nonché la congruità tra le prestazioni da erogare e le risorse messe a disposizione. Per ciascuna delle Regioni che hanno sottoscritto intese, l'attività di monitoraggio è svolta dalla Commissione paritetica. La Commissione paritetica riferisce annualmente sugli esiti del monitoraggio alla Conferenza unificata.

I Lep possono essere aggiornati periodicamente in coerenza e nei limiti delle risorse finanziarie disponibili, anche al fine di tenere conto della necessità di adeguamenti tecnici prodotta dal mutamento del contesto socioeconomico o dall'evoluzione della tecnologia, con decreti del Presidente del Consiglio dei ministri, su proposta dei Ministri competenti, di concerto con il Ministro per gli affari regionali e le autonomie e il Ministro dell'economia e delle finanze. I decreti di cui al primo periodo sono adottati solo successivamente o contestualmente all'entrata in vigore dei provvedimenti legislativi che stanziavano le occorrenti risorse finanziarie. Sugli schemi di decreto è acquisito il parere della Conferenza unificata, da rendere entro venti giorni, decorsi i quali gli stessi schemi di decreto sono trasmessi alle Camere per il relativo parere da parte delle Commissioni parlamentari competenti per materia e per i profili finanziari, che deve essere espresso nel termine di trenta giorni, decorso il quale i decreti possono essere adottati.

Sulla base delle ipotesi tecniche formulate dalla Commissione tecnica per i fabbisogni standard, i costi e fabbisogni standard sono determinati e aggiornati con cadenza almeno triennale con uno o più decreti del Presidente del Consiglio dei ministri.

Nelle more dell'entrata in vigore dei decreti legislativi previsti dal presente articolo, ai fini della determinazione dei Lep, continua ad applicarsi quanto previsto dalla manovra 2023 (commi da 791 a 801-bis).

Articolo 4 (Trasferimento delle funzioni)

L'articolo 4 stabilisce i principi per il trasferimento delle funzioni, con le relative risorse umane, strumentali e finanziarie, attinenti a materie o ambiti di materie riferibili ai Lep, che può avvenire soltanto dopo la determinazione dei Lep medesimi e dei relativi costi e fabbisogni standard, nei limiti delle risorse rese disponibili nella legge di bilancio.

Per le funzioni relative a materie o ambiti di materie diverse da quelle riferibili ai Lep, il trasferimento può essere effettuato nei limiti delle risorse previste a legislazione vigente.

Articolo 5 (Principi relativi all'attribuzione delle risorse finanziarie, umane e strumentali corrispondenti alle funzioni oggetto di conferimento)

L'intesa di cui all'articolo 2 stabilisce i criteri per l'individuazione dei beni e delle risorse finanziarie, umane, strumentali e organizzative necessari per l'esercizio da parte della Regione di ulteriori forme e condizioni particolari di autonomia, che sono determinati con decreto del Presidente del Consiglio dei ministri, su proposta del Ministro per gli affari regionali e le autonomie, di concerto con il Ministro dell'economia e delle finanze e i Ministri competenti per materia, su proposta di una Commissione paritetica Stato-Regione-Autonomie locali, disciplinata dall'intesa medesima.

Fanno parte della Commissione, per lo Stato, un rappresentante del Ministro per gli affari regionali e le autonomie, un rappresentante del Ministro dell'economia e delle finanze e un rappresentante per ciascuna delle amministrazioni competenti e, per la Regione, i corrispondenti rappresentanti regionali, oltre a un rappresentante dell'Associazione nazionale dei comuni italiani (AnCI) e un rappresentante dell'Unione delle province d'Italia (Upi). In tutti i casi in cui si debba procedere alla determinazione delle risorse umane, la Commissione paritetica sente i rappresentanti delle organizzazioni sindacali maggiormente rappresentative. Al funzionamento della Commissione paritetica si provvede nell'ambito delle risorse umane, finanziarie e strumentali disponibili a legislazione vigente.

Articolo 6 (Ulteriore attribuzione di funzioni amministrative a enti locali)

Le funzioni amministrative trasferite alla Regione sono attribuite, dalla Regione medesima, contestualmente alle relative risorse umane, strumentali e finanziarie, ai comuni, salvo che, per assicurarne l'esercizio unitario, siano conferite a province, città metropolitane e Regione, sulla base dei principi di sussidiarietà, differenziazione ed adeguatezza.

Articolo 7 (Durata delle intese e successione di leggi nel tempo)

L'articolo 7, comma 1, del disegno di legge disciplina innanzitutto la durata delle intese, che ciascuna di esse dovrà individuare, comunque in un periodo non superiore a dieci anni.

Con le stesse modalità previste nell'articolo 2, su iniziativa dello Stato o della Regione interessata, anche sulla base di atti di indirizzo adottati dalle Camere secondo i rispettivi Regolamenti, l'intesa può essere modificata. L'intesa prevede inoltre i casi, i tempi e le modalità con cui lo Stato o la Regione possono chiedere la cessazione della sua efficacia, che è deliberata con legge a maggioranza assoluta delle Camere. In ogni caso, lo Stato, qualora ricorrano motivate ragioni a tutela della coesione e della solidarietà sociale, conseguenti alla mancata osservanza, direttamente imputabile alla Regione sulla base del monitoraggio di cui alla presente legge, dell'obbligo di garantire i Lep, dispone la cessazione integrale o parziale dell'intesa, che è deliberata con legge a maggioranza assoluta delle Camere.

Articolo 8 (Monitoraggio)

La Commissione paritetica procede annualmente alla valutazione degli oneri finanziari derivanti, per ciascuna Regione interessata, dall'esercizio delle funzioni e dall'erogazione dei servizi connessi alle ulteriori forme e condizioni particolari di autonomia, secondo quanto previsto dall'intesa, in coerenza con gli obiettivi programmatici di finanza pubblica e, comunque, garantendo l'equilibrio di bilancio. La Commissione paritetica fornisce alla Conferenza unificata e alle Camere adeguata informativa degli esiti della valutazione degli oneri finanziari.

La Commissione paritetica provvede inoltre annualmente alla ricognizione dell'allineamento tra i fabbisogni di spesa già definiti e l'andamento del gettito dei tributi compartecipati per il finanziamento

delle medesime funzioni. Qualora la suddetta ricognizione evidenzi uno scostamento dovuto alla variazione dei fabbisogni ovvero all'andamento del gettito dei medesimi tributi, anche alla luce delle variazioni del ciclo economico, il Ministro dell'economia e delle finanze, di concerto con il Ministro per gli affari regionali e le autonomie, previa intesa in sede di Conferenza unificata, adotta, su proposta della Commissione paritetica, le necessarie variazioni delle aliquote di compartecipazione definite nelle intese garantendo comunque l'equilibrio di bilancio e nei limiti delle risorse disponibili. Sulla base dei dati del gettito effettivo dei tributi compartecipati rilevati a consuntivo, si procede, di anno in anno, alle conseguenti regolazioni finanziarie relative alle annualità decorse, sempre nei limiti delle risorse disponibili.

La Corte dei conti riferisce annualmente alle Camere sui controlli effettuati.

Articolo 9 (Clausole finanziarie)

Dall'applicazione della presente legge e di ciascuna intesa non devono derivare nuovi o maggiori oneri a carico della finanza pubblica. Il finanziamento dei Lep sulla base dei relativi costi e fabbisogni standard è attuato nel rispetto degli equilibri di bilancio.

Per le singole Regioni che non siano parte delle intese approvate è garantita l'invarianza finanziaria nonché il finanziamento delle iniziative finalizzate ad attuare le previsioni di cui all'articolo 119, terzo, quinto e sesto comma, della Costituzione. Le intese, in ogni caso, non possono pregiudicare l'entità e la proporzionalità delle risorse da destinare a ciascuna delle altre Regioni, anche in relazione ad eventuali maggiori risorse destinate all'attuazione dei Lep. È comunque garantita la perequazione per i territori con minore capacità fiscale per abitante.

Articolo 10 (Misure perequative e di promozione dello sviluppo economico, della coesione e della solidarietà sociale)

L'articolo 10 stabilisce, al comma 1, misure perequative e di promozione dello sviluppo economico, della coesione, della solidarietà sociale individuando anche alcune fonti per le relative risorse.

Il comma 2 stabilisce che il Governo debba informare le Camere e la Conferenza unificata circa le attività poste in essere ai sensi del comma 1 del presente articolo.

Articolo 11 (Disposizioni transitorie e finali)

L'articolo 12, in primo luogo, prevede che l'esame degli atti di iniziativa delle regioni in materia di autonomia differenziata già presentati al Governo prosegua secondo la procedura prevista dal provvedimento in esame.

In secondo luogo, ribadisce che anche per le regioni a statuto speciale e le province autonome si applica l'articolo 10 della legge costituzionale n. 3 del 2001 di riforma del Titolo V, sul riconoscimento anche a tali enti territoriali delle forme di maggiore autonomia previste da tale legge.

Infine, reca la clausola di salvaguardia per l'esercizio del potere sostitutivo del Governo ai sensi dell'articolo 120, secondo comma, della Costituzione.

https://www.quotidianosanita.it/governo-e-parlamento/articolo.php?articolo_id=122917

CAMERA DEI DEPUTATI N. 1665**DISEGNO DI LEGGE****APPROVATO DAL SENATO DELLA REPUBBLICA***il 23 gennaio 2024 (v. stampato Senato n. 615)*PRESENTATO DAL MINISTRO PER GLI AFFARI REGIONALI E LE AUTONOMIE
(CALDEROLI)Disposizioni per l'attuazione dell'autonomia differenziata delle
Regioni a statuto ordinario ai sensi dell'articolo 116, terzo comma,
della Costituzione*Trasmesso dal Presidente del Senato della Repubblica
il 24 gennaio 2024*<https://www.quotidianosanita.it/allegati/allegato1718782186.pdf>**Liste di attesa****quotidianosanita.it****Le liste d'attesa sono un problema complesso****Claudio Maria Maffei****03 GIU -**

Gentile direttore,

l'Italia dibatte sul linguaggio utilizzato dal Presidente del Consiglio Meloni nel suo incontro col Presidente della Regione Campania De Luca, ma gli italiani in tema di sanità non si debbono preoccupare di come il Presidente del Consiglio dice le cose, ma si debbono preoccupare delle cose che dice. [Sabato qui su Qs](#) abbiamo trovato delle sue dichiarazioni virgolettate sulle liste di attesa che ci fanno capire bene quanto il Presidente poco ne sappia e quanto faccia finta di saperne su un tema così sentito.

Riporto quelle affermazioni per poi commentarle. Prima citazione: "questo è il Governo che ha messo più soldi sulla sanità nella storia repubblicana, sono numeri, non sono opinioni e ha legato quelle risorse alla soluzione di due problemi che nessuno aveva affrontato cioè l'abbattimento delle liste d'attesa e la cronica carenza di medici e di personale sanitario". Seconda citazione: "E nella proposta ci saranno anche soluzioni per effettuare le visite, le prestazioni sanitarie, che si faranno anche di sabato e di domenica, abolire il tetto di spesa per le assunzioni dei medici, coinvolgere di più gli specializzandi, sanzionare quei dirigenti sanitari che non dovessero rispettare gli obiettivi di riduzione delle liste d'attesa e premiandoli se invece lo faranno". Terza citazione: "Vogliamo aiutare le Regioni che hanno la competenza sulla sanità sulle liste d'attesa, dando gli strumenti più efficaci per abbattere i tempi".

Isoliamo da queste frasi tre affermazioni meritevoli di un particolare commento: quello Meloni sarebbe il primo Governo ad affrontare le liste di attesa, nel Decreto o quel che sarà ci saranno soluzioni nuove

(apertura anche nei fine settimana, maggiore coinvolgimento degli specializzandi, abolizione del tetto di spesa per i medici, maggiore coinvolgimento degli specializzandi, un sistema di premi e punizioni) ed è previsto un maggior supporto alle Regioni. Premettiamo al commento di queste affermazioni che pensare di risolvere oggi con un Decreto Legge o addirittura una Legge un problema di sistema come le liste di attesa e parlare di queste ultime senza citare quelle per le prestazioni chirurgiche e quelle per le prestazioni territoriali critiche, come quelle dell'area della salute mentale e della residenzialità di tutti i tipi, sono già segni di una mancanza di conoscenza che suggerirebbe una pausa di studio e riflessione.

Il Governo Meloni non è primo, ma buon ultimo nell'elenco dei Governi che si è occupato di liste di attesa. La prima normativa risale alla [Legge 23 dicembre 1994, n. 724](#), cui hanno fatto seguito tra l'altro tre Piani Nazionali triennali di contenimento o governo delle liste di attesa ([2006-2008](#), [2010-2012](#) e [2019-2021](#)). Le soluzioni "nuove" di cui parla il Presidente Meloni o sono vecchie, anzi vecchissime (come quella sulla apertura nei fine settimana), o sono vecchie e discutibili (come il maggiore ricorso agli specializzandi già [fortemente criticato dalla CIMO nell'agosto del 2020](#)), o sono vecchie e illogiche nella loro formulazione (come la riduzione del tetto di spesa solo per i medici) o sono assurde, provocatorie e autolesioniste (come la introduzione di un generico sistema di premi e punizioni).

Quanto agli strumenti più efficaci alle Regioni, il problema non è dare alle Regioni più strumenti, ma più risorse e soprattutto più controlli, questi ultimi specie quando a governarle da poco è il centrodestra. Io tormento e continuerò a tormentare il Direttore di Qs con reportage dalle Marche, modello di Regione virtuosa per il Presidente del Consiglio, in cui i fondi pubblici compresi quelli europei finanziano una sanità governata quasi esclusivamente in funzione del consenso elettorale. Il che si traduce in una dispersione della offerta concausa importante delle liste di attesa, specie quelle di area chirurgica, compresa quella oncologica.

Ma accanto alle affermazioni da evitare nell'intervento del Presidente Meloni ci sono vuoti altrettanto, se non più, colpevoli e imbarazzanti: nessun riferimento alla necessità di aver una medicina generale in grado di governare la domanda e di effettuare una serie di accertamenti di primo livello, nessun riferimento alla necessità di togliere dai CUP tutte le prestazioni di controllo e monitoraggio da gestirsi con percorsi di presa in carico supportati dalla telemedicina, nessun riferimento all'effetto disastroso di libera professione e crescita del privato sulle prescrizioni indotte e nessun riferimento alla possibilità di ottenere benefici dalla applicazione dei DM 70 e 77 di cui ormai Governo e Ministro si sono dimenticati. Le liste di attesa sono un problema complesso che non si comprime per forza di misure straordinarie e improvvisate, sono un problema con cui un sistema sanitario maturo deve imparare a convivere adattando di continuo le misure necessarie per governarlo. Ma la sanità populista non è all'altezza della complessità del problema e ama slogan e misure a effetto, come tali inutili quando non dannose.

https://www.quotidianosanita.it/lettere-al-direttore/articolo.php?articolo_id=122567

quotidianosanita.it

Liste di attesa: non bisogna trattarle come fossero un reato

Claudio Maria Maffei

18 GIU -

Gentile direttore,

il [Decreto sulle liste di attesa appena approvato](#) è presentato e [commentato qui su Qs](#) è una espressione di una (in)cultura di governo della sanità che continuo a definire populista. Una (in)cultura in cui si tende alla ipersemplicificazione e alla ricerca di soluzioni semplici e popolari e per questo inefficaci. Il Decreto è stato fatto uscire in un periodo elettorale ed è stato venduto dalla Presidente del Consiglio Giorgia Meloni, come si può leggere in [alcune dichiarazioni riportate qui su Qs](#), come l'ennesima promessa mantenuta. Vale la pena di ricordare ancora una volta come la lunghezza delle liste di attesa sia un sintomo di un problema complesso e per sua natura gestibile, ma non risolvibile.

Le liste di attesa (che dobbiamo ricordare ancora una volta non sono solo quelle delle prestazioni ambulatoriali, come colpevolmente le considera il Decreto) sono una espressione di uno squilibrio di sistema che occorre continuamente ricomporre tra una domanda non governata e una risposta inadeguata e mal organizzata dentro un quadro, oggi, di grande debolezza strutturale del Ssn.

Niente di tutto questo si ritrova nel Decreto che invece è pieno di passaggi che dimostrano la visione delle liste di attesa come una sorta di reato da perseguire con misure straordinarie che un Governo forte ha finalmente deciso di adottare.

Ecco le misure previste dal Decreto che vanno nella direzione dei maggiori controlli e del rafforzamento delle pene:

- la istituzione all'Articolo 1 della Piattaforma Nazionale delle liste di attesa che accanto ad altre funzioni dovrebbe essere una sorta di Grande Fratello sulla gestione delle liste di attesa nelle Regioni/Province e Aziende;
- la istituzione all'Art.2 presso il Ministero della salute l'Organismo di verifica e controllo sull'assistenza sanitaria, che tra l'altro può avvalersi del supporto del Comando Carabinieri per la tutela della salute, e accedere presso le aziende e gli enti del Servizio Sanitario Nazionale e gli erogatori privati accreditati per verificare e analizzare le disfunzioni emergenti a seguito del controllo delle agende di prenotazione sulla segnalazione del cittadino, degli enti locali e delle associazioni di categoria utenti. A conclusione degli accertamenti, gli esiti delle verifiche svolte dall'Organismo costituiscono elementi di valutazione del Ministero della salute ai fini dell'applicazione delle misure sanzionatorie e premiali nei confronti dei responsabili a livello regionale o aziendale, inclusa la revoca o il rinnovo dell'incarico.

Questa idea di puntare sulle sanzioni è stata immediatamente fatta propria dalla Regione Sicilia che, [abbiamo letto ieri su Qs](#), ha previsto per i nuovi Direttori Generali "obiettivi specifici e concreti legati in particolare alla riduzione delle liste d'attesa, con un monitoraggio trimestrale e una verifica annuale del raggiungimento degli stessi, pena la decadenza automatica anche dopo il primo anno dall'insediamento." Per il resto il Decreto presenta poche vere novità e molte inutili e a volte addirittura irritanti ripetizioni di misure in atto da anni (vedi gli artt. 3e 4 sulla gestione delle agende e sull'aumento della offerta) nonostante il richiamo iniziale alla "straordinaria necessità e urgenza di definire misure volte a garantire la tempestiva attuazione di un programma straordinario per la riduzione delle liste di attesa per le prestazioni sanitarie, al fine di superare le criticità connesse all'accessibilità e alla fruibilità delle prestazioni e garantire l'erogazione dei servizi entro tempi appropriati, rispetto alla patologia e alle necessità di cura". A questa straordinarietà del problema corrisponde l'assoluta ordinarietà delle misure adottate.

L'idea di un maggior controllo e monitoraggio sulle Regioni del livello centrale sarebbe buona, anzi doverosa.

Ma questo controllo con la maggioranza delle Regioni governate dal centro-destra non si farà e faranno la fine di quelli previsti, ma non fatti o fatti in modo random, sulla applicazione del DM 70 e del Piano Nazionale della Cronicità.

Del resto che senso ha monitorare le liste di attesa se non si monitorano i processi fortemente collegati del riordino delle reti ospedaliere e della presa in carico della cronicità? Il mancato riordino delle reti ospedaliere sottrae importanti risorse alla offerta ambulatoriale e la mancata operatività dei percorsi di presa in carico della cronicità trasferiscono un carico insopportabile sulle liste di attesa gestite dai CUP. Ma occuparsene è più difficile, meno "notiziabile" e soprattutto fa mettere il naso sulle Regioni "amiche" (del Governo, non dei cittadini).

E quindi meglio fare la voce grossa con i medici che prescrivono troppo e fanno troppa attività libero-professionale e con i Direttori Generali chiamati a gestire reti assistenziali illogiche cui la politica non vuole mettere mano.

https://www.quotidianosanita.it/lettere-al-direttore/articolo.php?articolo_id=122891

quotidianosanita.it

Decreto liste d'attesa. La domanda supera l'offerta. Mantoan (Agenas): "Una tempesta perfetta. Piattaforma nazionale strategica per monitoraggio e appropriatezza"

Ester Maragò

In media in Italia, nel 2023, il numero di prestazioni totali erogate (escluse quelle di laboratorio) è diminuito rispetto al 2019 dell'8% e quello delle prime visite erogate è diminuito mediamente del 10%. Questi i dati presentati dal Direttore di Agenas Mantoan, audito in Commissione Affari Sociali al Senato sulla conversione in Legge del DL "Liste d'attesa". Dalla Piattaforma nazionale liste di attesa un aiuto per promuovere l'appropriatezza

27 GIU -

Le prescrizioni, nel 2023 rispetto al 2019, aumentano in ogni Regione, ma quando si parla di prestazioni erogate, con qualche eccezione, tutte le Regioni sono in difficoltà. E così le liste d'attesa si allungano sempre di più.

È quanto si evince dai [dati](#) presentati questa mattina dal Direttore di Agenas **Domenico Mantoan** ascoltato nel corso dell'audizione al Senato, in Commissione Affari sociali, sulla conversione in Legge del DL "Liste d'attesa", il cui impianto per Mantoan è sicuramente positivo. Ma la strada della rimonta per contrastare le liste d'attesa non sembra sia proprio in discesa.

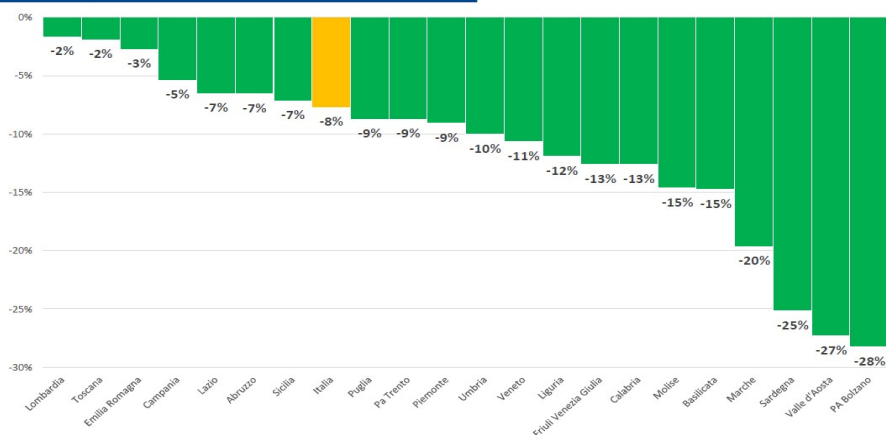
"Il problema delle liste d'attesa c'è sempre stato, ma in questo momento c'è una tempesta perfetta", ha detto Mantoan.

Dopo il Covid il sistema sanitario nazionale non riesce infatti a tornare ai livelli di produzione del 2019.

Lo scenario. Nel 2023 rispetto al 2019, il numero di medici è rimasto sostanzialmente stabile con un lievissimo incremento dell'1%, il numero dei ricoveri è diminuito del 3%, le prescrizioni ambulatoriali sono aumentate del 44% e quelle per Rm muscoloscheletriche di ben il 60%.

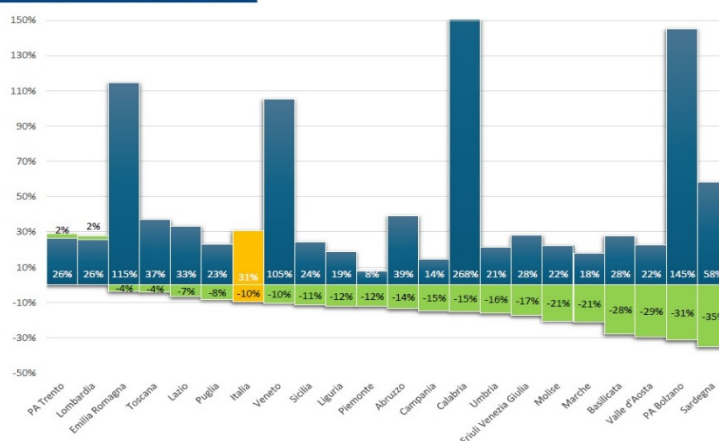
La capacità delle Regioni di erogare le prestazioni è però scesa dal 2019: in media in Italia il numero di prestazioni totali erogate (sono escluse quelle di laboratorio) è diminuito dell'8%. È minimo lo scarto in Lombardia e nella provincia di Trento (-2%), seguite dall'Emilia Romagna (-3%), ma in ben 14 Regioni le percentuali superano la media nazionale con picchi di -25% in Sardegna, -27% e -28% in Valle d'Aosta e nella provincia di Bolzano.

Variazione % anni 2023-2019 delle prestazioni totali erogate escluse prestazioni di laboratorio



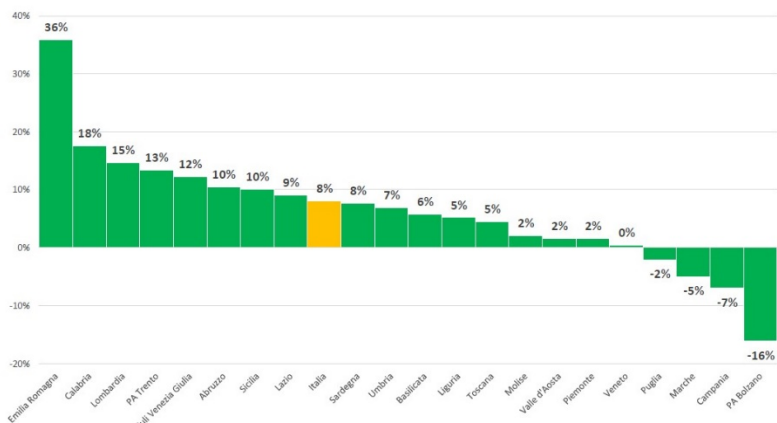
È soprattutto sul fronte delle prime visite erogate che i sistemi regionali arrancano: rispetto al periodo pre-pandemia quelle prescritte sono aumentate del 31% (in Calabria addirittura del 268%, ma solo perché la regione ha iniziato a caricare rispetto al 2019, i dati delle tessere sanitarie), ma le prime visite erogate sono diminuite mediamente del 10%. Fanno eccezione sempre la provincia di Trento e la Lombardia che, al contrario, le hanno incrementate del 2%. In Sardegna, ad esempio, a fronte di un incremento di prime visite prescritte del 58% rispetto al 2010 quelle erogate sono diminuite del 35%.

Variazione % anni 2023-2019 delle prime visite prescritte e delle prime visite erogate



Al contrario, il numero di prestazioni di risonanze magnetiche erogate è in aumento (+8% medio a fonte di una richiesta di prescrizione che in media cresce del 38%): in Emilia Romagna sono aumentate di ben il 36%, ma in generale sono cresciute nella stragrande maggioranza delle Regioni. Sul fronte opposto Puglia, Marche, Campania e Bolzano che segna una diminuzione del 16%.

Variazione % anni 2023-2019 delle RMN erogate



Commentando il dato sulle Rmn, Mantoan ha lanciato un suggerimento: “Se vogliamo affrontare le criticità del sistema sanitario dobbiamo anche ammodernarlo: dobbiamo dare più competenze alle professioni sanitarie. Le grandi macchine sono utilizzate dai tecnici di radiologia e se vogliamo che lavorino 12 ore al giorno per sei giorni alla settimana, credo che occorra dare più competenze e togliere alcune limitazioni legate a vecchie concezioni del passato”.

Un aiuto dall’istituzione della Piattaforma nazionale liste d’attesa. Mantoan guarda quindi con favore all’istituzione prevista dal DI 73, della piattaforma nazionale delle liste d’attesa presso l’Agenas: “È una cosa estremamente positiva, i dati generali, di prestazione e di prenotazione potranno essere incrociati. E questo consentirà di misurare in modo preciso e uniforme i tempi di attesa, di conoscere tempestivamente la situazione e valutare l’effetto degli interventi e delle politiche adottate. E quindi di promuovere l’appropriatezza e il rispetto dei criteri dei Raggruppamenti di attesa omogenea stabiliti dalle regioni”.

https://www.quotidianosanita.it/governo-e-parlamento/articolo.php?articolo_id=123114

quotidianosanita.it

Gli enti intermedi per l’efficienza, l’appropriatezza ed il governo delle liste d’attesa

Antonio Salvatore

Direttore del Dipartimento Salute di ANCI Campania

Vicepresidente della Fondazione Triassi per il management sanitario

17 GIU - Gentile direttore,

da circa trent’anni quasi tutte le Regioni d’Italia si sono dotate di strutture a supporto degli enti del SSN. Sono i c.d. “enti intermedi”, fortemente eterogenei quanto a natura giuridica, autonomia e funzioni, collocati comunemente tra i Dipartimenti regionali della salute e gli enti del SSR

In base ad un recente studio condotto da Agenas, nel 2022, si contano in Italia 32 enti intermedi in 16 Regioni diverse, con funzioni e responsabilità notevolmente cresciute nel corso del tempo. Si va da Holding regionali, alle Tecnostrutture, alle Centrali di servizio e finanche ai Network aziendali.

L’ente intermedio più diffuso è la Centrale di servizio, e la scelta della sua configurazione dipende in gran parte dalle specificità dei sistemi sanitari regionali. Inoltre, in alcune Regioni, sono presenti più enti intermedi, come in Lombardia, Piemonte, Veneto e in Emilia – Romagna. In ciascuna di queste regioni è comunque presente almeno una Centrale di servizio.

Tuttavia l'ampiezza delle funzioni attribuite alle Centrali di servizio varia da regione a regione. La "centralizzazione degli acquisti" e lo "sviluppo dei sistemi ICT" rappresentano le funzioni attribuite a quasi tutte le Centrali di servizio attualmente costituite. Tali funzioni sono presenti in tutte e sei le holding regionali che si occupano anche di valutazione HTA, di logistica e di sistemi informativi.

Alle cinque Tecnostrutture, invece, sono affidate perlopiù funzioni di supporto tecnico-scientifico alla programmazione regionale ed al controllo epidemiologico.

Notevoli sono i benefici conseguiti dai sistemi sanitari regionali grazie alla preziosa attività svolta dagli enti intermedi. In Campania, ad esempio, la centralizzazione dei pagamenti su SORESA Spa ha consentito di ridurre drasticamente i tempi di pagamento portandoli a poco più di 20 giorni.

Insomma, gli enti intermedi hanno un ruolo fondamentale nell'ambito dei sistemi sanitari regionali, e lo avranno ancora di più con l'implementazione dei servizi assistenziali territoriali.

A parere di chi scrive, una delle aree di miglioramento potrebbe essere costituita dal potenziamento delle funzioni attribuite a tali enti in materia di CUP, FSE e di attività di controllo e vigilanza anche in ordine ai criteri di efficienza e di appropriatezza nella erogazione dei servizi e delle prestazioni sanitarie e sul corretto funzionamento del sistema di gestione e di governo delle liste d'attesa.

A tal riguardo, giova ricordare che il DL 7 giugno 2024 n. 73 (il Decreto) prevede, tra l'altro, la istituzione, presso il Ministero della Salute, di un Organismo di verifica e controllo dell'assistenza sanitaria erogata dagli operatori pubblici e dai privati accreditati.

Tuttavia, analizzando la relazione tecnica posta a sostegno del Decreto, emerge che il fabbisogno di spesa per il personale aggiuntivo previsto per l'operatività dell'Organismo ascende – a regime – a circa 2,7 mln di euro l'anno, inclusi i costi dei concorsi pubblici per il reclutamento del personale.

Ciò induce fondatamente a ritenere che l'assetto organizzativo di tale Organismo potrebbe essere inadeguato rispetto all'ampia platea dei soggetti da verificare, rendendo parzialmente efficace la sua istituzione e la conseguente attività ispettiva.

https://www.quotidianosanita.it/lettere-al-direttore/articolo.php?articolo_id=122864



Liste di attesa addio? La risposta del Consiglio dei Ministri in due provvedimenti

Ieri il Consiglio dei ministri, su proposta del Presidente, Giorgia Meloni, e del Ministro della salute, Orazio Schillaci, ha approvato due provvedimenti, un decreto-legge e un disegno di legge, che introducono misure per la riduzione dei tempi delle liste d'attesa e per garantire le prestazioni sanitarie

Isabella Faggiano

Per una visita specialistica urgente, ovvero da fissare entro e non oltre 72 ore, si attendono anche due mesi. Due anni per un esame radiologico di screening e tre mesi per un intervento per la rimozione di un tumore. Tempi di attesa lunghissimi che hanno rischiato di mandare al collasso la Sanità italiana e costretto molti, troppi, cittadini a rinunciare alle cure.

Ora, tutto questo dovrebbe diventare solo un brutto ricordo: il Consiglio dei ministri, su proposta del Presidente, Giorgia Meloni, e del Ministro della salute, Orazio Schillaci, ha approvato due provvedimenti che introducono **misure per la riduzione dei tempi delle liste d'attesa e per garantire le prestazioni sanitarie**. Nello specifico, si tratta di un decreto-legge e un disegno di legge.

La Piattaforma nazionale delle liste di attesa

Il decreto legge prevede l'istituzione, presso l'Agenzia nazionale per i servizi sanitari (AGENAS), della **Piattaforma nazionale delle liste di attesa**, interoperabile con le piattaforme delle liste di ciascuna regione e provincia autonoma.

La Piattaforma nazionale, attraverso il monitoraggio dei dati delle agende di prenotazione di tutta Italia, permetterà l'attivazione di un meccanismo di audit per rilevare le aree dove si verificano inefficienze o anomalie. Questo nuovo strumento di controllo è in linea con l'obiettivo fissato nel Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR) di "Potenziamento del Portale della Trasparenza".

L'Organismo di verifica e controllo sull'assistenza sanitaria

Ma questa non sarà l'unica novità in tema di monitoraggio del Sistema nazionale: per rafforzare ulteriormente queste attività, lo stesso decreto prevede l'istituzione, presso il Ministero della Salute dell'**Organismo di verifica e controllo sull'assistenza sanitaria**, che avrà il compito di verificare il corretto funzionamento del sistema di gestione delle liste di attesa e dei relativi piani operativi per il recupero. L'Organismo, con il supporto dei Carabinieri per la tutela della salute, potrà accedere prendere visione, su segnalazione dei cittadini, degli enti locali e delle associazioni di categoria degli utenti, di tutte le agende sanitarie, pubbliche e private-accreditate, per verificare e analizzare i disservizi denunciati. Inoltre, sempre a seguito di segnalazioni da parte di cittadini, potrà acquisire documentazione dalle regioni e dalle province autonome.

Gli esiti delle verifiche effettuate saranno decisive per ogni singola struttura sanitaria: i responsabili a livello regionale o aziendale potranno essere sanzionati o premiati, soggetti a revoca o rinnovo dell'incarico.

Il Centro unico di prenotazione si 'allarga'

Chiamando il Centro unico di prenotazione (CUP) regionale o infra-regionale, dove attualmente sono disponibili solo prestazioni erogate dai servizi sanitari pubblici, **sarà possibile accedere anche alle agende dei privati accreditati, ospedalieri e ambulatoriali**.

Tutti i CUP d'Italia dovranno avere un sistema di disdetta delle prenotazioni: al cittadino sarà ricordata la data di erogazione della prestazione tramite l'invio di un apposito promemoria e, in caso di disdetta, si attiverà automaticamente un sistema di ottimizzazione delle agende di prenotazione per riassegnare la prestazione annullata. Il tutto, secondo linee guida omogenee di livello nazionale.

Agende separate per i PDTA

I percorsi diagnostico-terapeutico-assistenziali (PDTA) avranno delle agende dedicate, le aziende sanitarie e ospedaliere avranno il divieto di sospendere o chiudere le attività di prenotazione relative ai Livelli essenziali di assistenza (Lea) e si raddoppiano le sanzioni per la sospensione o chiusura delle attività di prenotazione.

Nell'eventualità che i tempi previsti dalle classi di priorità indicate dal Piano Nazionale di Governo delle liste di attesa 2019-2021 non possano essere rispettati, le direzioni generali aziendali dovranno **garantire l'erogazione delle prestazioni richieste attraverso l'utilizzo dell'attività libero-professionale** intramuraria o del sistema privato accreditato, anche al di fuori degli accordi contrattuali vigenti, sulla base della tariffa nazionale vigente.

I direttori generali delle aziende sanitarie dovranno vigilare sul rispetto di tale disposizione, provvedendo anche a disporre azioni disciplinari e di responsabilità erariale nei confronti dei soggetti ai quali sia imputabile la mancata erogazione della prestazione nei confronti dell'assistito.

Prestazioni anche nel weekend

Le visite diagnostiche e specialistiche potranno essere effettuate anche nei giorni di sabato e domenica con orario prolungato.

Ogni azienda sanitaria e ospedaliera dovrà assicurare il corretto ed equilibrato rapporto tra l'attività istituzionale e la corrispondente attività libero-professionale.

Previste agevolazioni anche per il personale sanitario: *chi svolgerà degli straordinari nell'ambito dei piani di riduzione delle liste d'attesa, a seguito dell'entrata in vigore del decreto, godrà di un'imposta sostitutiva dell'Irpef e delle relative addizionali, che riduce al 15% il prelievo tributario sugli emolumenti percepiti.*

Il disegno di legge

L'appropriatezza prescrittiva

Allo smaltimento delle liste di attesa contribuiranno, poi, anche le disposizioni contenute nel disegno di legge

“Misure di garanzia sulle prestazioni sanitarie”, approvato ieri dal Consiglio dei ministri. Per garantire l'appropriatezza prescrittiva ed erogativa delle prestazioni sanitarie, attraverso questo disegno di legge si obbliga il medico di medicina generale o il pediatra di famiglia ad attribuire, nella propria prescrizione, la classe di priorità.

*Ancora, sarà istituito il **Sistema nazionale di governo delle liste di attesa (SINGLA)** comprensivo di strutture, strumenti, e competenze, volto a riunire in un unico organismo diverse funzionalità.*

A governare il SINGLA sarà una Cabina di Regia, presieduta dal Ministero della salute.

È prevista anche la creazione del nuovo “Registro delle segnalazioni”, presso il Ministero della salute, che i cittadini possono utilizzare per segnalare disservizi in materia di prestazioni sanitarie.

Le regioni e le province autonome avranno la possibilità di aumentare, entro un limite massimo, il tetto di spesa ai fini dello smaltimento delle liste d'attesa e di destinare alla contrattazione integrativa risorse aggiuntive per valorizzare le professionalità dei dirigenti sanitari e degli operatori delle professioni infermieristiche, ostetriche, tecniche, della riabilitazione, della prevenzione.

Le novità per il personale medico e sanitario

E ancora: deroghe per l'avvalimento degli specialisti ambulatoriali interni già in servizio a tempo indeterminato e l'incremento delle retribuzioni orarie delle prestazioni aggiuntive del personale medico.

*La messa “a regime” della possibilità, per i medici specializzandi, di assumere, su base volontaria e fuori dal periodo di formazione, incarichi libero professionali per i servizi di emergenza del Servizio sanitario nazionale, per un periodo di 12 ore settimanali (in luogo delle attuali 8). Una **deroga per consentire alle regioni e agli enti del SSN il reclutamento del personale sanitario dirigenziale e non**, con contratto di lavoro autonomo anche di collaborazione coordinata e continuativa.*

Interventi sui limiti di spesa per l'acquisto di prestazioni sanitarie da soggetti privati accreditati, prevedendo che tali limiti siano rideterminati nei seguenti valori: di quattro punti percentuali per l'anno 2025 e di cinque punti percentuali a decorrere dall'anno 2026.

Si precisa che le risorse sono prioritariamente destinate alle prestazioni di ricovero e ambulatoriali, erogate dalle strutture sanitarie private accreditate dotate di pronto soccorso, inserite nella rete di emergenza.

Nuove assunzioni senza limiti

Nel testo del ddl è inoltre prevista: la possibilità, per le aziende ospedaliere universitarie che non possono far fronte alle esigenze assistenziali con l'organico funzionale di tipo universitario, di stipulare contratti con il personale medico o sanitario anche con contratti a tempo indeterminato, oltre che a tempo determinato.

Riconosciuta anche la possibilità, nell'ambito dei **nuovi servizi assicurati dalle farmacie del Servizio sanitario nazionale**, di dispensare anche i dispositivi medici necessari al trattamento dei pazienti in assistenza domiciliare, residenziale e semiresidenziale.

Sarà avviata l'estensione delle misure di premialità già previste a favore di determinate regioni, anche a quelle che garantiscono il rispetto dei tempi massimi di attesa per l'erogazione delle prestazioni sanitarie rientranti nei livelli essenziali di assistenza.

Premi e sanzioni per i dirigenti

I direttori generali delle ASL, delle aziende ospedaliere e degli altri enti del SSN che raggiungeranno gli obiettivi avranno diritto ad un incremento, fino al dieci per cento, della retribuzione.

A contrario, in caso di mancato raggiungimento dei traguardi annuali relativi alla riduzione delle liste di attesa saranno soggetti a specifiche misure sanzionatorie.

È stata autorizzata una spesa di 60 milioni di euro annui dal 2026, per un triennio, per **interventi nel campo della salute mentale** e finalizzati al rafforzamento dei dipartimenti di salute mentale regionali, al reinserimento dei pazienti con disturbi mentali, alla presa in carico di soggetti con disturbi mentali e della nutrizione alimentare.

Non sono previsti limiti per l'assunzione del personale che opererà per l'attuazione degli obiettivi prefissati. Infine, novità anche nell'ambito formativo: prevista la nascita della "Scuola Nazionale dell'Alta Amministrazione Sanitaria" per una formazione più appropriata e specifica di dirigenti e direttori sanitari.

https://www.sanitainformazione.it/politica/liste-di-attesa-addio-ecco-la-risposta-del-consiglio-dei-ministri-in-due-provvedimenti/?mkt_tok=MDIwLVNDVC0wNjQAAAGTkrqLhzua7g3meqHFc5OZtkGZYBGB16y7ERb2cfT7_ZHEa9Giy1bfTdQ3LjFOMzyzYp-ORU5-ZR9LE707XvoDuEUHUikwIFcx3b-QA2II

quotidianosanita.it

Decreto liste d'attesa. Federsanità: "Necessario lavorare su appropriatezza prescrittiva e domanda di salute"

"La riduzione dei tempi delle liste di attesa delle prestazioni ambulatoriali passa attraverso iniziative di ottimizzazione della struttura dell'offerta e di incremento del numero delle stesse. Lavorare, però, esclusivamente sul potenziamento dell'offerta senza parallelamente avviare iniziative finalizzate al perseguimento dell'appropriatezza prescrittiva espone il sistema al 'rischio' di una crescita della domanda non collegata ai reali bisogni".

25 GIU -

"Nell'accogliere con favore il provvedimento che prova ad affrontare il problema delle liste di attesa, introducendo nuove soluzioni e rafforzando alcuni principi, è necessario, sottolineare tre aspetti più generali e di metodo dei quali si ritiene sia necessario tener conto nei prossimi provvedimenti legislativi, direttamente collegati al decreto legge recante "Misure urgenti per la riduzione dei tempi delle liste di attesa delle prestazioni sanitarie".

Così **Fabrizio d'Alba**, Presidente nazionale di Federsanità e Dg dell'AOU Policlinico Umberto I di Roma, in audizione questa mattina presso la X Commissione del Senato, in merito al ddl 1161 (dl 73/2024 - liste di attesa).

“La riduzione dei tempi delle liste di attesa delle prestazioni ambulatoriali certamente passa attraverso iniziative di ottimizzazione della struttura dell'offerta e di incremento del numero delle stesse. Lavorare, però, esclusivamente sul potenziamento dell'offerta senza parallelamente avviare iniziative finalizzate al perseguimento dell'appropriatezza prescrittiva espone il sistema al “rischio” di una crescita della domanda non collegata ai reali bisogni sanitari dei cittadini determinando un incremento di spesa per il sistema sanitario nazionale a fronte di nessun miglioramento dello Stato di salute dei cittadini stessi. Non lavorare sul versante della corretta qualificazione della domanda – ha sottolineato il Presidente d'Alba – espone peraltro “al rischio” che i due principali attori di tale processo, ovvero i cittadini ed i professionisti della salute, non siano “sollecitati”, i primi ad un “uso responsabile” della risorsa pubblica ed i secondi a avere o mantenere una costante tensione nel perseguimento degli obiettivi di appropriatezza prescrittiva”. Per quanto più strettamente riferito a tutte le previsioni collegate ai sistemi di misurazione di risultati e performance nonché ad attività di vigilanza e controllo è necessario, secondo Federsanità, che preliminarmente si sottolinei come debbano essere distinte due fattispecie:

1. I comportamenti “opportunistici” dei soggetti erogatori relativi in particolare alla messa a disposizione delle agende di prenotazione e più in generale della programmazione delle attività ambulatoriali (da sanzionare);
2. Il mancato rispetto dei tempi massimi che potrebbe dipendere da fatti esogeni alle regioni, alle strutture ed ai professionisti (da non sanzionare).

“Un ulteriore elemento di criticità di carattere generale – ha detto d'Alba – è che nel decreto la gestione delle attività ambulatoriali, con particolare riferimento alla gestione delle agende e delle liste d'attesa, sia considerata in maniera autonoma come se fosse indipendente e svincolata, sotto il versante operativo, dalle altre attività e servizi garantiti di cui agli altri setting assistenziali”.

https://www.quotidianosanita.it/governo-e-parlamento/articolo.php?articolo_id=123034



Ddl Liste d'attesa/ La Cgil boccia misure del 'pacchetto Schillaci'. Ugl: superare tetto assunzioni per coprire carenze organico. Fnopi: bene riconoscimento infermieri comunità

“Un provvedimento approvato per puro scopo di propaganda in vista delle elezioni europee, con misure che non giustificano la decretazione d'urgenza e per le quali manca spesso la copertura economica e in cui si rimanda ampiamente a futuri decreti ministeriali”.

Così Cgil nazionale e Fp Cgil in audizione in Senato, presso la Commissione Affari sociali, sanità, lavoro pubblico e privato, previdenza sociale, sul [disegno di legge 73/2024](#) che contiene le misure messe a punto dal ministro della Salute Schillaci per contrastare il fenomeno delle liste d'attesa sanitarie.

Il testo (relatore Ignazio Zullo, FdI), licenziato dal Consiglio dei ministri il 4 giugno, “scade” il 6 agosto. Confederazione e Categoria nella memoria depositata in Commissione sottolineano che “nulla di quanto contenuto nel testo pare giustificare la finalità dello strumento legislativo previsto dall'articolo 77 Costituzione”, visto che “si tratta per lo più di misure di monitoraggio, vigilanza e controllo o di misure già previste o non vietate e in parte già utilizzate nel nostro ordinamento, o di carattere programmatico.

Misure - aggiungono - spesso prive di copertura economica e ricche di rinvii a futuri decreti ministeriali, da cui si conferma l'assenza dei criteri di necessità e urgenza che giustificano l'uso del decreto-legge”.

Per questi motivi, ritengono “difficile escludere che il provvedimento sia stato approvato dal Cdm del 4 giugno per puro scopo di propaganda elettorale, con la continua promessa di abrogazione delle previsioni vigenti in materia di tetto di spesa che però non è presente nel testo, mentre ancora una volta si affronta la carenza di personale facendo lavorare più chi è in servizio anziché aumentare gli organici”.

Più sfumata la posizione di Ugl: secondo il segretario generale Paolo Capone «la sanità pubblica nazionale necessita di investimenti importanti, in termini finanziari, professionali e organizzativi. Bisogna, inoltre, valorizzare gli elementi positivi derivanti dalla sinergia fra il pubblico e il privato, avendo sempre riguardo all'erogazione dei livelli essenziali delle prestazioni».

Con riferimento alle misure previste nel decreto-legge 73/2024, l'istituzione di una Piattaforma nazionale delle liste di attesa, è utile in quanto aiuta a rendere più efficiente il sistema. L'istituzione di un Organismo di verifica e controllo sull'assistenza sanitaria, è condivisibile, ma è auspicabile l'individuazione di momenti di confronto stabili con le organizzazioni sindacali».

Inoltre, il potenziamento dell'offerta assistenziale in relazione alle visite diagnostiche e specialistiche, che prevede l'apertura anche nei giorni di sabato e di domenica e l'orario prolungato, «andrebbe reso più cogente, attraverso l'introduzione di una percentuale minima di prestazioni aggiuntive erogate». Infine, il superamento del tetto di spesa per l'assunzione di personale sanitario, «chiesto da tempo dall'Ugl - sottolinea Capone - si rende necessario per coprire le carenze di organico, anche nell'ottica del rafforzamento dei servizi della medicina territoriale, in linea con gli obiettivi indicati nel Piano nazionale di ripresa e resilienza».

Il Consigliere nazionale della Fnopi Carmelo Gagliano ha espresso apprezzamento in particolare per il superamento del tetto di spesa già previsto per l'assunzione di personale, che auspichiamo venga finanziato a regime con le necessarie risorse, e la detassazione prevista per gli straordinari».

E, ha sottolineato, «sosteniamo il riconoscimento dell'infermiere di famiglia e di comunità, una figura strategica per contrastare le liste d'attesa, ma soprattutto rispetto ai nuovi bisogni assistenziali di una popolazione sempre più anziana e composta da persone con patologie croniche e degenerative. Si tratta di professionisti capaci di intercettare i bisogni di assistenza inespressi, consentendo di intervenire precocemente e prima del manifestarsi del problema attraverso tutti i servizi della rete sanitaria e socio-sanitaria territoriale.

La Fnopi - ha avvisato - auspica che questo provvedimento rappresenti l'inizio di un percorso coraggioso che conduca tutti a prendere decisioni drastiche sulle tematiche che coinvolgono e riguardano il futuro delle professioni sanitarie e quindi il benessere dei cittadini come l'abolizione indispensabile del tetto di spesa per il personale sanitario. Consentire agli infermieri di operare in modo appropriato significa poter dare risposte adeguate ai bisogni reali delle persone».

<https://www.sanita24.ilsole24ore.com/art/in-parlamento/2024-06-18/ddl-liste-d-attesa-cgil-boccia-misure-pacchetto-schillaci-ugl-superare-tetto-assunzioni-coprire-carenze-organico-151800.php?uuid=AFdesWxB&cmpid=nlqf>



Pacchetto liste d'attesa/ Flat tax “vulnus” della Costituzione, valorizzare i medici con stipendi più alti

Roberto Caselli

Nella seduta del 4 giugno il Consiglio dei ministri ha accantonato la bozza di decreto legge circolata nei giorni precedenti, che il ministro Schillaci aveva predisposto per cercare di abbattere le liste di attesa nelle strutture sanitarie pubbliche e ha distribuito il contenuto, con molte integrazioni e modifiche, in due documenti: un decreto legge con le misure più urgenti di carattere organizzativo (che contiene anche novità per la tassazione delle prestazioni aggiuntive del personale sanitario) e un disegno di legge contenente in particolare le misure di carattere economico e contrattuale.

In questo breve commento, chi scrive ritiene opportuno richiamare l'attenzione dei parlamentari, in vista della discussione del decreto legge, che dovrà essere convertito il legge entro 60 giorni, esclusivamente sul trattamento fiscale previsto per le prestazioni aggiuntive.

Su questo punto si prende atto che l'articolo 7 del Dl “recante misure urgenti per la riduzione dei tempi delle liste di attesa per l'erogazione delle prestazioni sanitarie” prevede, all'articolo 7, titolato “Imposta sostitutiva sulle prestazioni aggiuntive del personale sanitario”, al primo comma che i compensi erogati per lo svolgimento delle prestazioni aggiuntive ai medici, nell'ambito dell'attività intramuraria, sono soggetti a un'imposta sostitutiva dell'imposta sul reddito delle persone fisiche e delle addizionali regionali e comunali pari al 15 per cento.

Lo stesso trattamento fiscale è previsto, al secondo comma, per i compensi erogati per lo svolgimento delle prestazioni aggiuntive agli infermieri ed agli altri operatori del comparto sanità.

I commi successivi autorizzano, per l'attuazione di quanto previsto al primo comma, una spesa di 175,4 milioni di euro per l'anno 2025, di 116,7 milioni per l'anno 2026 e 116 ,3 milioni per l'anno 2027 e per l'attuazione di quanto previsto al secondo comma, una spesa di 22,7 milioni per l'anno 2025, di 15,4 milioni per l'anno 2026, di 15,4 milioni per l'anno 2027.

Il quinto comma prevede che le imposte sostitutive si applichino sui compensi erogati a partire dalla data di entrata in vigore del decreto. Per il primo periodo d'imposta, cioè per tutto il 2024, i compensi continuano a essere assoggettati alle ritenute ordinarie, salva la determinazione delle imposte sostitutive da parte del contribuente nella dichiarazione dei redditi, con relativo accredito in sede di conguaglio fiscale. Nei periodi d'imposta successivi le predette imposte sostitutive dovranno essere applicate dall'azienda. Per l'accertamento, la riscossione, le sanzioni e il contenzioso, si applicano, in quanto compatibili, le ordinarie disposizioni in materia di imposte dirette.

La formulazione dell'articolo è tutt'altro che chiara e sarà bene che in sede di conversione in legge sia rivista, in modo da non generare equivoci. La lettura di questo testo fa pensare a una contraddizione fra l'entrata in vigore immediata dell'imposta sostitutiva e la copertura finanziaria che parte dal 2025.

L'ipotesi che, in attesa di chiarimenti ufficiali, appare plausibile è che da un punto di vista della "competenza economica" gli oneri per questa tassazione agevolata riguardano gli esercizi dal 2024 al 2026, mentre da un punto di vista di "cassa", visto che è previsto che i beneficiari potranno ottenere uno sgravio parziale sulle imposte pagate tramite ritenute di acconto, solo su presentazione della dichiarazione dei redditi l'anno successivo (in modo da non obbligare le aziende erogatrici a nuove procedure di liquidazione), gli oneri riguardano gli esercizi al 2025 al 2027.

Soffermiamoci ora sulla correttezza costituzionale sull'imposta sostitutiva dell'Irpef e delle addizionali regionali e comunali del 15%, conosciuta anche come "flat-tax" o "tassa piatta" o "tassa separata" (come figurava nella bozza di Dl accantonata).

Il reiterato ricorso a questo tipo di tassazione agevolata, con un'aliquota del 15% contro quella ordinaria del 43% sulla quota di redditi oltre 50.000 euro (oltre tutto senza un limite massimo di fatturato), costituisce a parere di chi scrive un nuovo "vulnus" alla nostra Carta Costituzionale, in quanto si scontra con il principio di uguaglianza sancito dall'art. 3 (Tutti i cittadini sono eguali davanti alla Legge...) e con quelli, relativi agli obblighi, sanciti dall'articolo 53, sia nel primo comma: "Tutti sono tenuti a concorrere alle spese pubbliche in ragione della loro capacità contributiva", sia del secondo comma: "Il sistema tributario è informato a criteri di progressività".

Sono purtroppo già numerosi i ricorsi a questa formula, che oltre a privilegiare le rendite (finanziarie e immobiliari) rispetto ai redditi da lavoro, ha già creato una disuguaglianza fra i redditi di lavoro dipendente e di pensione da una parte e quelli di lavoro autonomo dall'altra.

Se ora si comincia a creare discriminazioni anche nell'ambito del lavoro dipendente e di quello assimilato (come quello relativo all'intramoenia), creando una tassazione ibrida, si può prevedere che ogni comparto, pubblico o privato, invocherà, in sede di trattativa per i rinnovi contrattuali, analoghi benefici su incrementi economici legati alla produttività od al lavoro straordinario o su erogazioni "una tantum".

L'estendersi dei privilegi contrasta inoltre con la pesante situazione debitoria del nostro Paese; ricordiamo che il Patto di stabilità prevede che, per mantenere il rapporto fra il debito pubblico e il Pil, per i prossimi anni dovremo abbattere il debito di 13 miliardi di euro ogni anno, per cui non si può continuare a favorire alcune categorie di contribuenti, spostando sempre i sacrifici a carico solo di una parte dei contribuenti e delle generazioni future.

È vero che i medici e gli altri operatori della sanità pubblica coinvolti nei piano di recupero delle liste di attesa meritano un trattamento economico migliore dell'attuale, ma a parere di chi scrive si dovrebbe intervenire sul compenso lordo, non sulle modalità di tassazione: in altre parole dovrebbe aumentare lo stanziamento per compensi lordi più alti, che si avvicinino a quelli in vigore in altri Paesi dell'Unione Europea, che lo Stato recupererebbe peraltro attraverso un maggior introito dell'Erario per le maggiori ritenute fiscali che sarebbero operate.

La flat tax, oltre a costituire una forma di privilegio ingiustificabile dal punto di vista dei principi costituzionali, che dovremmo considerare un vincolo e non una semplice raccomandazione, comporta anche l'esonero dalle addizionali Irpef regionali e comunali, come se la presenza dei beneficiari sul territorio e l'utilizzo da parte loro dei servizi pubblici locali non costasse nulla alla comunità.

Non solo: quando una Regione, come avvenuto recentemente in Toscana, deve coprire un deficit nella gestione della sanità pubblica, ricorre a un aumento delle addizionali Irpef, in modo che solo i pensionati e i lavoratori dipendenti e una parte degli altri contribuenti, la cui tassazione rispecchia i principi costituzionali, sono gravati di questo costo eccezionale, come se la sanità pubblica non fosse usufruita anche da chi vive di rendita finanziaria o immobiliare, da chi svolge attività di lavoro autonomo in regime forfettario e da chi si trova nelle condizione prevista dal decreto legge.

<https://www.sanita24.ilsole24ore.com/art/lavoro-e-professione/2024-06-06/pacchetto-liste-d-attesa-flat-tax-vulnus-costituzione-valorizzare-medici-stipendi-piu-alti-102659.php?uuid=AFT0QcnB&cmpid=nlqf>

Liste d'attesa, nel "pacchetto Schillaci" un "déjà vu" che non induce all'ottimismo

Claudio Testuzza

Il previsto decreto per la soluzione delle liste d'attesa ha avuto un marcato ridimensionamento essendo stato modificato in due disposizioni: una per aspetti ritenuti più urgenti, il decreto legge vero e proprio, e un disegno di legge di più largo respiro che avrà bisogno di un iter parlamentare. Nell'ambito del decreto una novità importante è rappresentata da una modifica fiscale che dovrebbe aiutare la produttività del personale sanitario a favorire lo smaltimento delle liste d'attesa.

Si tratta della flat tax al 15% sugli straordinari svolti al fine di un più attivo fronte delle attività ambulatoriali.

Il provvedimento scatterà subito per i criteri di "necessità e urgenza", però le coperture partiranno soltanto dal 2025.

È quanto si legge nell'articolo 7 aggiunto nel testo finale del decreto, che appunto introduce l'imposta piatta sostitutiva a fronte dell'attuale imposta prevista al 43% per i redditi superiori ai 50.000 euro annui che raggiunge e supera il 45% se si considerano le addizionali comunali e regionali.

Le cifre autorizzate dal Mef per i medici, sono 175,4 milioni per il 2025, 116,7 milioni per il 2026 e 116,3 mln per il 2027; e per gli infermieri e altro personale del comparto, l'autorizzazione di spesa è pari a 22,7 mln per il prossimo anno, a 15,4 mln per il 2026 e a 15,4 mln per il 2027.

Nel complesso, 462 milioni in un triennio. Un evidente vantaggio per i sanitari interessati a queste attività, ma di cui resteranno privi di effetto alcune specialità quale gli anestesisti-rianimatori, gli addetti alle direzioni sanitarie, e alcuni servizi predisposti solamente al ricovero.

Rileviamo che compensi a fisco ridotto, peraltro giustamente, non si considerano concorrenti all'imponibile per l'esonero sulla quota dei contributi previdenziali.

Altre disposizioni sono rappresentate dall'istituzione di una piattaforma nazionale per liste attese presso Agenas, l'agenzia delle Regioni, che serve ad avere i dati regionali e dal Singla, il Sistema nazionale di governo delle liste di attesa, della cui validità sarà il tempo a dirne la validità.

Tutto il resto è solamente un "déjà vu" con cui si riempiono gli articoli del decreto ma che non annoverano nessuna sostanziale novità.

Nel Dl si chiede la realizzazione dei Cup, centri di prenotazioni, regionali e infraregionali, dove siano visibili anche le agende del privato convenzionato.

I Cup regionali erano già stati previsti nel 2016, ai sensi dell'art. 54 comma 4, lett. b) del D.Lgs. n. 50/2016, successivamente nel 2018, quando vennero anche stanziati 400 milioni di euro e elencate le modalità di prenotazione.

Le Regioni per avere l'ultima tranche di finanziamento, a ottobre 2021, dovevano tra l'altro dimostrare di avere a Cup tutte le agende del pubblico e del privato. Ma ancora tutto è in alto mare e la stessa regione Lombardia, la più incisiva nella loro attuazione ha prodotto un bando nel 2023 e spera di poterlo realizzare nel 2025.

Viene evidenziata l'importanza della procedura per disdire le prenotazioni, almeno entro due giorni dall'appuntamento. E chi non si presenta, ha ribadito Giorgia Meloni, paga. Divieto anche di agende chiuse. Si tratta di misure già indicate nelle linee guida nazionali del sistema Cup, che risalgono al lontano 2009.

Poi, se i tempi sono lunghi, si afferma che si debbano garantire al cittadino la prestazione ricorrendo alla libera professione intramoenia o ai privati accreditati.

Sarebbe la novità più importante, ma ha un problema: non prevede risorse economiche e quindi non è chiaro come le Regioni dovranno pagare l'attività in più. Schillaci ha detto che ci sono ancora soldi non spesi tra i 500 milioni l'anno messi dal governo nel 2022 e 2023 per le liste di attesa e confermati dalla ultima manovra. In verità l'unico stanziamento attuale è indirizzato all'aumento del tetto dei privati accreditati. Privati che a detta, dell'Area studi di Mediobanca, hanno visto aumentare del 5,5 per cento i ricavi ma solo dell'1,7 per cento la spesa accreditata (i pagamenti statali per gli istituti convenzionati) con la differenza, ovviamente, a carico dei cittadini.

Le visite diagnostiche e specialistiche, dice il dl, si faranno anche sabato e domenica.

Anche per queste attività, già previste da anni e anni da varie Regioni, come Veneto, Emilia, Campania, Lombardia non c'è copertura per cui bisognerà trovare fondi fra le cifre dei bilanci degli anni passati ancora non spese.

Che, poi, il medico non debba lavorare più in intramoenia rispetto l'attività svolta per servizio era un assioma introdotto dall'allora ministro della sanità Bindi quando fu introdotta tale condizione.

In particolare, l'abolizione dal 2025 del tetto sul personale coinciderà con la piena applicazione delle nuove regole sulla valutazione puntuale del fabbisogno di personale. Si dà mandato, ancora una volta dopo tanti anni di reiterati appelli, al direttore generale dell'azienda di verificare che i tempi siano rispettati. Ma siccome si è dubbiosi che questo ulteriore appello abbia i suoi frutti, viene creato un sistema di monitoraggio con un organismo di verifica e controllo che dipende dal ministero della Salute

Basteranno queste iniziative, e le loro riproposizioni, a garantire ai cittadini una sanità forte dell'universalità, solidarietà e uniformità delle cure?
Ce lo auguriamo, ma restiamo pessimisti.

<https://www.sanita24.ilsole24ore.com/art/aziende-e-regioni/2024-06-06/liste-d-attesa-pacchetto-schillaci-deja-vu-che-non-induce-all-ottimismo-121230.php?uuid=AFfnCinB&cmpid=nlqf>



Pacchetto liste d'attesa, la flat tax entra nel decreto legge ma con stanziamenti disponibili solo dal 2025

di Radiocor Plus

- **PDF** [Il testo aggiornato del decreto legge sulle liste d'attesa](#)
- **PDF** [Il testo aggiornato del Disegno di legge sulle liste d'attesa](#)

La flat tax al 15% sugli straordinari che il personale sanitario potrà acconsentire a fare per smaltire le liste d'attesa in sanità, introdotta dal decreto-legge che insieme a un più corposo Ddl compone il pacchetto di misure licenziato ieri dal Consiglio dei ministri, scatterà subito per i criteri di 'necessità e urgenza' ma le coperture partiranno soltanto dal 2025. E' quanto si legge nell'articolo 7 aggiunto nel testo finale del decreto, che appunto introduce l'imposta piatta sostitutiva a fronte dell'attuale 43%. Queste le cifre autorizzate dal Mef: per i medici, sono 175,4 milioni per il 2025, 116,7 milioni per il 2026 e 116,3 mln per il 2027; per gli infermieri e altro personale del comparto, l'autorizzazione di spesa è pari a 22,7 mln per il prossimo anno, a 15,4 mln per il 2026 e a 15,4 mln per il 2027. Nel complesso, 462 milioni in un triennio.

<https://www.sanita24.ilsole24ore.com/art/dal-governo/2024-06-05/pacchetto-liste-d-attesa-flat-tax-entra-decreto-legge-ma-stanziamenti-disponibili-solo-2025-134644.php?uuid=AFb82dmB&cmpid=nlqf>



Liste di attesa in sanità: un problema di tutti

Gilberto Gentili, Coordinatore Nazionale Chronic on

Le inchieste sulla sanità curate dalla trasmissione di Retequattro "Fuori dal coro", incentrate per gran parte sulle liste di attesa e sul mancato rispetto delle classi di priorità, stanno provocando una serie di reazioni a catena che incidono considerevolmente sulle analisi che siamo soliti fare sulla sanità italiana. Va doverosamente premesso che l'inchiesta ha riguardato e continua a riguardare sia regioni governate dal centro destra che quelle in capo al centro sinistra. Vanno quindi rigettate le accuse di parzialità o di opportunità politica.

Appare invece messo a fuoco quanto già noto a tutti. In Italia la garanzia della esecuzione delle prestazioni non esiste e il rispetto di norme pur datate (legge 266 del 2005, articolo 1 , decreto legislativo n. 124/1998) viene disatteso o addirittura occultato per quanto concerne trasparenza e accessibilità alle liste di attesa e ristoro delle spese sostenute dai cittadini, quando il Servizio pubblico non sia in grado di assicurare la prestazione nei tempi compresi nelle classi di priorità.

In questa direzione appaiono francamente inadeguate le strenue difese o la manipolazione del problema sotto forma di soluzioni estemporanee quali le liste di presa in carico o di galleggiamento, o altre fantasiose definizioni che gli addetti ai Cup devono usare evitando accuratamente di parlare di chiusura e che non

spostano di un centimetro il problema mantenendo l'effettuazione della prestazione oltre il limite temporale della richiesta.

Rispetto a questa che pare una "debacle" del Ssn va però, a mio avviso, proposta una lettura più sistemica che focalizzi il ruolo delle direzioni generali, degli erogatori, delle Regioni.

Il top management delle aziende viene costantemente coinvolto dalle analisi e accusato, nella migliore delle ipotesi, di non porre rimedio al problema. I direttori generali e sanitari sono investiti anche "rudemente" dei singoli casi e appare singolare che non ci siano state levate di scudi a favore di una categoria colpevolizzata all'estremo e accusata delle peggiori malefatte, al punto di vedersi contestare il premio economico normativamente previsto ed erogato previa valutazione regionale.

In realtà, le liste di attesa post Covid sono sicuramente la conseguenza del blocco prestazionale avvenuto tra il 2019 e il 2023 cui si è aggiunta la carenza medica e ancor di più infermieristica che ha, di fatto, ostacolato i piani di recupero con una ricaduta negativa in tutte o quasi le regioni. Non si vuole certamente ricorrere alla teoria del "mal comune", ma evidenziare come il problema sia pressoché ubiquitario e sostanzialmente riproducibile per branca interessata (stesse tipologie in tutta la penisola), con ciò implicitamente dimostrandosi che governarlo risulta difficilissimo.

Va detto con chiarezza che l'aumento prestazionale è spesso una via perversa poiché i sistemi tendono ad adeguare le richieste ai volumi della offerta, producendo molto spesso un incremento della inappropriatazza. Non dimentichiamoci che le direzioni generali sono vincolate al pareggio di bilancio e al rispetto dei tetti del personale.

Esistono poi contratti normativamente obsoleti che definiscono tetti prestazionali su base oraria (specialistica ambulatoriale), di fatto rendendo difficile anche per gli operatori la effettuazione di una corretta presa in carico.

Quello che appare evidente è che la problematica del rispetto dei tempi di attesa appare un mostro a tre teste: programmazione, prescrizione, produzione.

Le 3P si concatenano a partire dalla programmazione che attraverso una corretta analisi del bisogno dovrebbe determinare le risorse da assegnare alle aziende per essere tradotte in azioni produttive i cui volumi definiscono i confini qualita-quantitativi ove si inserisce la prescrizione.

Chiaro che alle aziende andrà richiesta la ottimizzazione delle risorse assegnate, ma non potrà essere addebitata la inadempienza dovuta alla impossibilità di reclutare professionisti, se adeguatamente dimostrata.

Le Regioni devono programmare l'offerta, promuovendo in primo luogo la aggregazione della stessa in centri dove si possano ottimizzare la fruizione di tecnologie e l'apertura per almeno otto ore al giorno. Le future case della comunità hub possono, a mio avviso, essere i luoghi fisici dove si concentrano tecnologie e operatori.

Le Asl a loro volta dovranno garantire livelli produttivi che rispettino i volumi postulati.

I prescrittori vanno coinvolti e, se necessario, controllati su un uso corretto delle classi di priorità. La consapevolezza e la conoscenza dei limiti deve condurre alla sistematizzazione e socializzazione del problema ovvero alla conoscenza della tipologia dell'offerta, ancora più utile se individuata collegialmente, ed alla consapevolezza che la mancata congruità delle richieste, se può risolvere un caso singolo oggi "accontentando" il paziente, ne crea cento domani, rendendo il tutto incontrollabile.

Ciò che voglio affermare, pur se in sintesi, è il fatto che il sistema deve agire globalmente, non tanto per evitare di "sparare solo sul pianista", quanto per condividere e spalmare le progettualità e le responsabilità su ogni parte del sistema.

La presenza in appositi gruppi di lavoro dei cittadini, ovvero dei loro rappresentanti, appare auspicabile per condividere e affrontare sinergicamente il problema.

Si può pensare di rieditare il vecchio motto "pensare globalmente e agire localmente" usato nei temi della tutela ambientale, che offre una chiave di lettura estremamente suggestiva anche nell'affrontare questi processi decisionali ed allocativi di risorse.

Diventa quindi indispensabile agire sulla implementazione dei sistemi di tele medicina e sulle procedure organizzative della presa in carico, centrali nel trattamento dei pazienti cronici, ivi compresi gli oncologici. Dobbiamo ridurre il numero di cittadini che si presenta al Cup, definendo percorsi che diano tempi e accessi certi e che, conseguentemente, facilitino il cammino nei tortuosi meandri della offerta sanitaria. Discorso a parte lo merita il ricorso agli specializzandi.

Lo studio recentissimo dell'Anaa, condotto attraverso una intervista ai medici specializzandi, ha evidenziato un quadro di estremo disagio sia per gli aspetti formativi che per quanto attiene servizio e lavoro svolti.

La quasi totalità degli intervistati ha lamentato un utilizzo che prefigura un vero e proprio sfruttamento. Un congruo utilizzo di questa forza lavoro, affiancando aziende territoriali ed ospedaliere alle Università, può certamente aiutare e concorrere alla soluzione del problema.

Resta da esaminare il ruolo del privato. Il suo ruolo deve sempre più integrarsi con il pubblico in un piano di offerta unico. Le liste di prenotazione devono essere ugualmente accessibili, ma è vero anche che non si può proporre o imporre la riconversione produttiva di una struttura mutandone il target, ovvero chiedere di riconvertire la produzione con contratti di convenzione annuali.

La ridefinizione del rapporto con il privato va costruita in archi di tempo che consentano e ammortizzino gli investimenti e che si focalizzino in settori ove il pubblico ha maggiori difficoltà.

Bene quindi un convenzionamento che esca dallo storico, ma con regole accessibili a soggetti che per loro natura devono ricavare profitto dai loro investimenti, senza demonizzazioni o visioni populistiche senza senso. Il privato è già e non da pochi anni parte essenziale del sistema pubblico in un rapporto dicotomico che prevede sinergie e non contrapposizione.

Chiaro poi che tutto il processo deve condurre a una profonda riflessione sul finanziamento del Ssn e sulle prestazioni da garantire con capacità di ridurre le sacche di inappropriata e fornire una assistenza su setting modulari e flessibili, specie sul versante territoriale ove è auspicabile un rapido e decisivo ricorso alle tecnologie e, laddove possibile, alla intelligenza artificiale per garantire equità ed accesso ai nostri cittadini.

<https://www.sanita24.ilsole24ore.com/art/aziende-e-regioni/2024-06-05/liste-attesa-sanita-problema-tutti-120806.php?uuid=AFbo8ZmB&cmpid=nlqf>



Liste d'attesa: Il governo punti su appropriatezza, le aziende pronte a valorizzare meglio i professionisti

martedì 25 Giugno 2024

Nell'audizione in commissione del Senato il presidente Migliore rilancia tre proposte per il governo della domanda e dell'offerta nelle prestazioni sanitarie

"Abbiamo chiesto al governo di integrare il provvedimento sulle liste d'attesa puntando in modo più incisivo sull'appropriatezza prescrittiva, rendendo obbligatorio nelle prescrizioni l'inserimento del codice di codifica del quesito diagnostico (codice ICD9) e almeno per le 69 prestazioni più critiche come radiografie, tac e risonanze magnetiche, anche l'indicazione del livello di priorità (codice Rao)". Lo ha chiesto il presidente Fiaso (Federazione italiana aziende sanitarie e ospedaliere), Giovanni Migliore, nel suo intervento in audizione alla X Commissione del Senato, sul Ddl di conversione in legge del decreto-legge 73/2024 (misure urgenti per la riduzione dei tempi delle liste di attesa delle prestazioni sanitarie).

"L'obbligo di inserimento dei codici, senza oneri aggiuntivi per la finanza pubblica – ha evidenziato Migliore – permetterebbe di verificare con facilità l'appropriatezza della prescrizione attraverso l'analisi automatica della coerenza tra i diversi codici inseriti e consentirebbe, attraverso l'esame dei flussi, alle aziende di intervenire eventualmente sui prescrittori".

La Fiaso ha depositato in commissione un documento articolato in cui si prendono in esame anche altri aspetti del decreto, tra cui quello del trattamento delle direzioni aziendali.

"La piattaforma nazionale delle liste di attesa in linea con quanto avevamo chiesto – ha aggiunto il presidente Fiaso – renderà più evidente lo straordinario impegno quotidiano del Servizio sanitario nazionale che, attualmente, è già in grado di assicurare più di un milione di prestazioni specialistiche al giorno ai nostri cittadini (dati AGENAS 2023). È necessario, tuttavia, essere consapevoli che in sanità, per caratteristica specifica del settore, nonostante si aumenti l'offerta, questa viene immediatamente saturata dalla domanda, peraltro in misura tendenzialmente illimitata. In quest'ottica avevamo proposto di incrementare la trasparenza e la fruibilità del sistema attraverso un monitoraggio unico nazionale, dinamico e "real-time".

La Fiaso, si legge nel documento, accoglie con favore il superamento del tetto di spesa previsto per l'assunzione di personale sanitario e la defiscalizzazione dei compensi erogati per lo svolgimento delle

prestazioni aggiuntive e si spinge a chiedere anche la deroga a quanto previsto dai contratti di lavoro per una migliore valorizzazione dei professionisti.

"Le Aziende sanitarie – ha spiegato Migliore – potrebbero in questo modo acquistare direttamente le prestazioni effettuate fuori dall'orario di servizio dai propri medici dipendenti con tariffe concordate e i medici, il cui salario è inferiore a quello percepito dai colleghi in ambito europeo, avrebbero l'opportunità di integrare la propria attività e il proprio reddito all'interno del perimetro aziendale".

"C'è ormai – ha chiuso Migliore – un generale senso di diffidenza che affligge il rapporto tra cittadini e professionisti sanitari. Occorre invece rinnovare il patto fondativo di solidarietà, investendo di più nella comunicazione istituzionale delle aziende sanitarie e utilizzando meglio i nuovi media".

<https://www.fiaso.it/liste-dattesa-il-governo-punti-su-appropriatezza-le-aziende-pronte-a-valorizzare-meglio-i-professionisti/>

Osservatori sanità



Rapporto Crea/ Italia divisa in due sulle performance sociosanitarie delle Regioni. Primo il Veneto, ultima la Calabria

- [**PDF** L'Executive Summary Crea 2024](#)

Il 55% degli italiani vive in Regioni con risultati soddisfacenti per la tutela della salute, mentre per il 45% le cose non vanno del tutto bene.

Questo il primo risultato che emerge dall'analisi delle opportunità di tutela della salute nelle Regioni, condotta dai 104 esperti raggruppati dal Crea Sanità, Centro per la ricerca economica applicata in sanità (per il quale operano ricercatori e docenti universitari nei campi dell'economia, del diritto, dell'epidemiologia, dell'ingegneria biomedica, della statistica medica) in un Panel multistakeholder diviso in cinque gruppi: istituzioni, management aziendale, professioni sanitarie, utenti, industria medicale.

Nel dettaglio l'analisi regionale mostra un territorio italiano così suddiviso: Veneto, Piemonte, Bolzano e Toscana (oltre 13,3 milioni di abitanti) promosse con livelli complessivi di tutela della salute migliori dalle altre e con un indice di performance che supera il 50% del livello massimo (rispettivamente 60%, 55%, 54% e 53%).

Friuli-Venezia Giulia, Trento, Emilia-Romagna, Liguria, Valle d'Aosta, Marche e Lombardia (19,3 milioni di abitanti) promosse, ma con la "sufficienza" che configura livelli di performance tra 45 e per 50 per cento.

"Rimandate" con livelli tra il 37% e il 44% Sardegna, Campania, Lazio, Umbria, Abruzzo e Puglia (circa 18,9 milioni di abitanti). Fortemente insufficienti (livello di performance inferiore al 35%) Sicilia, Molise, Basilicata e Calabria (circa 7,5 milioni di abitanti).

Inoltre, in questa annualità, gli esperti hanno ideato un sistema di monitoraggio 'dinamico' degli effetti dell'autonomia differenziata in Sanità, basandosi su un sottogruppo di indicatori di Performance selezionati dal Panel nel Rapporto Crea Sanità 2024 "Opportunità di tutela della Salute: le Performance Regionali", presentato oggi a Roma.

Gli indici dell'analisi e il loro peso

L'analisi - che non si limita alla valutazione degli aspetti sanitari ed economici, ma analizza anche quelli sociali e di equità dell'assistenza - è stata condotta in base a 20 indicatori articolati su cinque dimensioni: equità, appropriatezza, esiti, innovazione, economico-finanziaria e sociale, e il risultato dà la misura reale dell'efficacia dell'organizzazione e degli esiti dell'assistenza sociosanitaria, e permetterà anche di monitorare gli effetti dell'applicazione dell'autonomia differenziata dal Nord al Sud del Paese.

Le dimensioni Appropriatelyzza, Esiti e Sociale contribuiscono per oltre il 60% alla Performance: rispettivamente per il 26,6%, 23,9% e 16,2%; segue la dimensione Innovazione (11,4%), mentre Equità e Dimensione Economico-finanziaria, contribuiscono rispettivamente per l'11,2% e il 10,7 per cento. Gli Esiti e l'Appropriatelyzza (quest'ultima con l'eccezione dei rappresentanti delle Istituzioni) sono nelle prime tre posizioni per tutte le categorie di stakeholder; la dimensione Sociale anche, ma con l'eccezione dei rappresentanti del Management aziendale.

La dimensione Equità è in quarta posizione per tutte le categorie di stakeholder e l'Economico-finanziaria è tra le ultime due per tutte le categorie, a eccezione del Management aziendale, per il quale è al secondo posto dopo l'Appropriatelyzza.

I miglioramenti negli ultimi cinque anni

Poiché la Performance ha una natura dinamica, quest'anno il rapporto offre anche una novità: la dinamica nel medio periodo delle opportunità di tutela della salute nelle Regioni: negli ultimi cinque anni si è registrato un miglioramento del 46% della Performance, che ha interessato tutte le ripartizioni geografiche e, in maggior misura le Regioni del Mezzogiorno (+75,9% in media), poi quelle del Nord-Est (+44,9%), quelle del Nord-Ovest (+40,9%) e del Centro (+37,4%).

Questo anche se il Sud è ancora indietro in termini di livello di Performance e i suoi indici, anche se in forte miglioramento rispetto alle altre aree geografiche, sono ancora bassi.

Negli ultimi anni quindi, si è realizzata secondo il Crea Sanità, una riduzione delle distanze in termini di opportunità di tutela della salute tra Meridione e Settentrione.

Questo anche perché, nonostante i margini di azioni ci siano (per raggiungere il 100% del valore dell'indice di performance), "non sembra – si legge nel rapporto - che le Regioni con Performance migliori riescano a registrare significativi passi avanti: probabilmente a indicare l'esistenza di limiti strutturali nell'attuale assetto del sistema sanitario".

Autonomia differenziata: quattro gruppi di Regioni a confronto

Per quanto riguarda l'autonomia differenziata, il Crea ha messo a punto la metodologia per monitorarne gli effetti, e darà i primi risultati non appena verrà concessa a una o più Regioni.

Nella prima fase di implementazione, sono state calcolate e poi comparate, per il periodo 2017- 2022, le dinamiche su dieci indicatori scelti dal Panel di esperti in gruppi di Regioni: il gruppo delle Province/Regioni Autonome o a statuto speciale (Sicilia, Sardegna, Valle d'Aosta, Friuli-Venezia Giulia e Trentino-Alto Adige con Trento e Bolzano) raffrontato con il gruppo di quelle in Piano di rientro (Abruzzo, Calabria, Campania, Lazio, Molise, Puglia, Sicilia) sempre verso le altre e quello delle Regioni che hanno richiesto l'autonomia differenziata nel 2017 (Lombardia, Veneto, Emilia Romagna), ancora una volta verso le altre.

I risultati sono stati aggregati in aree "cumulate" di miglioramento e peggioramento, ponderate con i pesi attribuiti agli indicatori dal Panel di esperti, e sono stati sintetizzati, per ogni gruppo di Regioni proposte per il confronto, in un indice numerico: l'"Indice Sintetico Ponderato" (ISP), misura del rapporto tra le aree di peggioramento e di miglioramento nel periodo considerato.

Il valore "0" indica una complessiva compensazione fra i miglioramenti e i peggioramenti regionali, il valore "1" un miglioramento per tutte le Regioni del gruppo e "-1" un loro peggioramento.

Nel primo confronto, per le Province/Regioni Autonome o a Statuto Speciale l'ISP è di 0,38 e 0,40 per le altre. Quindi, nel periodo 2017- 2022 la dinamica nelle Province/Regioni Autonome o a Statuto Speciale è stata (leggermente) peggiore che nel gruppo delle altre.

Nel secondo confronto, le Regioni in Piano di rientro registrano un ISP pari a 0,44, verso lo 0,37 delle altre: le Regioni in Piano di Rientro sono andate meglio delle altre.

Infine, nel terzo confronto, le Regioni che hanno chiesto l'autonomia differenziata registrano un ISP pari a 0,36 verso lo 0,40 delle altre.

<https://www.sanita24.ilsole24ore.com/art/aziende-e-regioni/2024-06-20/rapporto-crea-italia-divisa-due-performance-sociosanitarie-regioni-primo-veneto-ultima-calabria-104552.php?uuid=AFZAczzB&cmpid=nlqf>

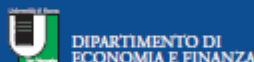
“Opportunità di tutela della Salute: le *Performance Regionali*”

Executive summary



**XII edizione
2024**

D. d'Angela
B. Polistena
F. Spandonaro



XII Edizione

https://www.creasanita.it/wp-content/uploads/2024/06/DEF_Le-Performance-Regionali_2024-1.pdf

Italia divisa in due sulle performance sociosanitarie. Veneto, Piemonte, Bolzano e Toscana al top. Insufficienti Sicilia, Molise, Basilicata e Calabria. Il rapporto Crea

Friuli-Venezia Giulia, Trento, Emilia-Romagna, Liguria, Valle d'Aosta, Marche e Lombardia (19,3 milioni di abitanti) promosse, ma con la sufficienza: raggiungono livelli di Performance tra 45 e per cento. "Rimandate" con livelli tra il 37 e il 44% Sardegna, Campania, Lazio, Umbria, Abruzzo e Puglia (circa 18,9 milioni di abitanti). Il 55% degli italiani, quindi vivono in Regioni con risultati soddisfacenti per la tutela della salute, mentre per il 45% le cose non vanno del tutto bene

20 GIU -

Performance regionali: Veneto, Piemonte, Bolzano e Toscana (oltre 13,3 milioni di abitanti) promosse con livelli complessivi di tutela della salute migliori dalle altre e con un indice di Performance che supera il 50% del livello massimo (rispettivamente 60%, 55%, 54% e 53%). Friuli-Venezia Giulia, Trento, Emilia-Romagna, Liguria, Valle d'Aosta, Marche e Lombardia (19,3 milioni di abitanti) promosse, ma con la sufficienza: raggiungono livelli di Performance tra 45 e per cento. "Rimandate" con livelli tra il 37 e il 44% Sardegna, Campania, Lazio, Umbria, Abruzzo e Puglia (circa 18,9 milioni di abitanti). Fortemente insufficienti (livello di performance inferiore al 35%) Sicilia, Molise, Basilicata e Calabria (circa 7,5 milioni di abitanti).

Il 55% degli italiani, quindi vivono in Regioni con risultati soddisfacenti per la tutela della salute, mentre per il 45% le cose non vanno del tutto bene.

Questo il primo risultato che emerge dall'analisi delle opportunità di tutela della salute nelle Regioni, condotta dai 104 esperti raggruppati dal Crea Sanità, Centro per la Ricerca Economica Applicata in Sanità (per il quale operano ricercatori e docenti universitari nei campi dell'economia, del diritto, dell'epidemiologia, dell'ingegneria biomedica, della statistica medica) in un Panel multistakeholder diviso in cinque gruppi: Istituzioni, Management aziendale, Professioni sanitarie, Utenti, Industria medicale.

Inoltre, in questa annualità, gli esperti hanno ideato un sistema di monitoraggio 'dinamico' degli effetti dell'autonomia differenziata in Sanità, basandosi su un sottogruppo di indicatori di Performance selezionati dal Panel nel Rapporto Crea Sanità 2024 "Opportunità di tutela della Salute: le Performance Regionali", presentato oggi a Roma.

Gli indici dell'analisi e il loro peso

L'analisi - che non si limita alla valutazione degli aspetti sanitari ed economici, ma analizza anche quelli sociali e di equità dell'assistenza - è stata condotta in base a 20 indicatori articolati su cinque dimensioni: equità, appropriatezza, esiti, innovazione, economico-finanziaria e sociale, e il risultato dà la misura reale dell'efficacia dell'organizzazione e degli esiti dell'assistenza sociosanitaria, e permetterà anche di monitorare gli effetti dell'applicazione dell'autonomia differenziata dal Nord al Sud del Paese.

Le dimensioni Appropriatezza, Esiti e Sociale contribuiscono per oltre il 60% alla Performance: rispettivamente per il 26,6%, 23,9% e 16,2%; segue la dimensione Innovazione (11,4%), mentre Equità e dimensione Economico-finanziaria, contribuiscono rispettivamente per l'11,2% e il 10,7 per cento. Gli Esiti e l'Appropriatezza (quest'ultima con l'eccezione dei rappresentanti delle Istituzioni) sono nelle prime tre posizioni per tutte le categorie di stakeholder; la dimensione Sociale anche, ma con l'eccezione dei rappresentanti del Management aziendale.

La dimensione Equità è in quarta posizione per tutte le categorie di stakeholder e l'Economico-finanziaria è tra le ultime due per tutte le categorie, a eccezione del Management aziendale, per il quale è al secondo posto dopo l'Appropriatezza.

I miglioramenti negli ultimi cinque anni

Poiché la Performance ha una natura dinamica, quest'anno il rapporto offre anche una novità: la dinamica nel medio periodo delle opportunità di tutela della salute nelle Regioni: negli ultimi cinque anni si è registrato un miglioramento del 46% della Performance, che ha interessato tutte le ripartizioni geografiche e, in maggior misura le Regioni del Mezzogiorno (+75,9% in media), poi quelle del Nord-Est (+44,9%), quelle del Nord-Ovest (+40,9%) e del Centro (+37,4%).

Questo anche se il Sud è ancora indietro in termini di livello di Performance e i suoi indici, anche se in forte miglioramento rispetto alle altre aree geografiche, sono ancora bassi.

Negli ultimi anni quindi, si è realizzata secondo il Crea Sanità, una riduzione delle distanze in termini di opportunità di tutela della salute tra Meridione e Settentrione. Questo anche perché, nonostante i margini

di azioni ci siano (per raggiungere il 100% del valore dell'indice di performance), "non sembra – spiega il rapporto - che le Regioni con Performance migliori riescano a registrare significativi passi avanti: probabilmente ad indicare l'esistenza di limiti strutturali nell'attuale assetto del sistema sanitario".

Autonomia differenziata: quattro gruppi di Regioni a confronto

Per quanto riguarda l'autonomia differenziata, il Crea ha messo a punto la metodologia per monitorarne gli effetti, e darà i primi risultati non appena verrà concessa ad una o più Regioni. Nella prima fase di implementazione, sono state calcolate e poi comparate, per il periodo 2017- 2022, le dinamiche su dieci indicatori scelti dal Panel di esperti in gruppi di Regioni: il gruppo delle Province/Regioni Autonome o a statuto speciale (Sicilia, Sardegna, Valle d'Aosta, Friuli-Venezia Giulia e Trentino-Alto Adige con Trento e Bolzano) verso le altre, quelle in Piano di Rientro (Abruzzo, Calabria, Campania, Lazio, Molise, Puglia, Sicilia) sempre verso le altre e quello delle Regioni che hanno richiesto l'autonomia differenziata nel 2017 (Lombardia, Veneto, Emilia Romagna), ancora una volta verso le altre.

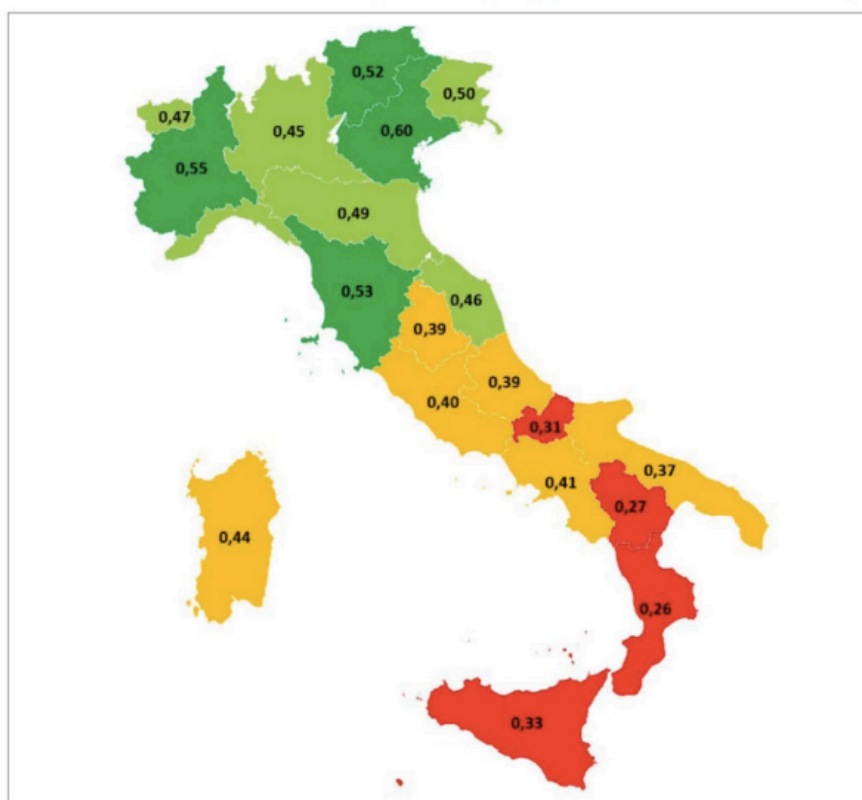
I risultati sono stati aggregati in aree "cumulate" di miglioramento e peggioramento, ponderate con i pesi attribuiti agli indicatori dal Panel di esperti, e sono stati sintetizzati, per ogni gruppo di Regioni proposte per il confronto, in un indice numerico: l'"Indice Sintetico Ponderato" (ISP), misura del rapporto tra le aree di peggioramento e di miglioramento nel periodo considerato. Il valore "0" indica una complessiva compensazione fra i miglioramenti e i peggioramenti regionali, il valore "1" un miglioramento per tutte le Regioni del gruppo e "-1" un loro peggioramento.

Nel primo confronto, per le Province/Regioni Autonome o a Statuto Speciale l'ISP è di 0,38 e 0,40 per le altre. Quindi, nel periodo 2017- 2022 la dinamica nelle Province/Regioni Autonome o a Statuto Speciale è stata (leggermente) peggiore che nel gruppo delle altre.

Nel secondo confronto, le Regioni in Piano di rientro registrano un ISP pari a 0,44, verso lo 0,37 delle altre: le Regioni in Piano di Rientro sono andate meglio delle altre.

Infine, nel terzo confronto, le Regioni che hanno chiesto l'autonomia differenziata registrano un ISP pari a 0,36 verso lo 0,40 delle altre.

Indice di Performance (0 Perf. peggiore; 1 Perf. ottima)



Dinamica in 5 anni per singola Regione		
Indice di Performance 2022 e var. % indice 2022/2017		
	Indice Performance 2022	Variazione % 2022/2017
Veneto	0,60	70,2
Piemonte	0,55	19,3
P.A. di Bolzano	0,54	59,9
Toscana	0,53	2,8
Friuli Venezia Giulia	0,50	42,5
P.A. di Trento	0,50	14,9
Emilia Romagna	0,49	34,6
Liguria	0,48	58,1
Valle d'Aosta	0,47	36,2
Marche	0,46	28,3
Lombardia	0,45	50,1
Sardegna	0,44	35
Campania	0,41	87,6
Lazio	0,40	66,7
Umbria	0,39	51,6
Abruzzo	0,39	65,9
Puglia	0,37	75,3
Sicilia	0,33	127,3
Molise	0,31	41,3
Basilicata	0,27	72,4
Calabria	0,26	102,9

https://www.quotidianosanita.it/studi-e-analisi/articolo.php?articolo_id=122895



Rapporto SDO/ Ricoveri in risalita a 7,6 milioni e l'8,3% ancora in mobilità passiva. Schillaci: dal 2026 piena attuazione delle cure sul territorio secondo PNRR

«I dati relativi al 2022 indicano che oltre 7,6 milioni di persone hanno trovato negli ospedali una risposta alle proprie necessità di salute, mostrando una ripresa delle attività post Covid, anche se ancora al di sotto dei livelli pre-pandemici.

Ma questa fotografia è un'occasione di riflessione sul grande tema dell'appropriatezza, in questo rapporto in chiaroscuro: il tasso di ospedalizzazione è in risalita mentre ci sono indicatori in miglioramento come la riduzione della degenza media pre-operatoria e meno dimissioni da reparti chirurgici con Drg medico».

Il flash sul rapporto SDO relativo a dati 2022, appena presentato a Roma, arriva dal ministro della Salute Orazio Schillaci, che a fronte di una parziale ripresa dei ricoveri dopo la pandemia ha voluto tenere i riflettori accesi sul ricorso improprio all'ospedale.

Che «resta una criticità dovuta essenzialmente al crescente numero di persone affette da patologie croniche a cui vanno date risposte sul territorio - ha avvisato -. La demografia italiana è profondamente cambiata e su questo bisogna fare una riflessione attenta. È questo il setting assistenziale più appropriato, cioè il territorio per tutti i bisogni di salute non urgenti. Le risposte - ha detto il ministro - arrivano perché grazie ai fondi del PNRR sono state attivate in alcune zone case e ospedali di comunità».

Ma «solo nel 2026 vedremo il cambiamento reale con la messa a terra di tutti gli interventi previsti nel PNRR - ha ricordato -: presidi capillari nel territorio, potenziamento dell'assistenza domiciliare integrata e della telemedicina, a cui tengo in maniera particolare.

Altro fattore figlio dell'inappropriatezza e soprattutto delle disuguaglianze di salute è la mobilità passiva con l'8,3% dei ricoveri effettuato fuori Regione.

Nel dettaglio, ha ricordato il ministro, presentano un indice di attrattività superiore alla media Emilia Romagna, Lombardia, Veneto, Toscana e Lazio. Sul fronte opposto Campania, Puglia e Calabria. «C'è - ha commentato - purtroppo dimostra che ancora troppi cittadini prevalentemente del Sud devono muoversi per avere le migliori cure e ad affrontare costi notevoli sia economici che psicologici. Voglio ribadirlo anche oggi: la riduzione delle disuguaglianze è al centro dell'agenda politica sanitaria».

<https://www.sanita24.ilsole24ore.com/art/dal-governo/2024-06-12/rapporto-sdo-dati-ricoveri-risalita-76-milioni-e-l-83percento-ancora-mobilita-passiva-schillaci-2026-piena-attuazione-cure-territorio-secondo-pnrr-171744.php?uuid=AFmslStB&cmpid=nlqf>

quotidianosanita.it

Ricoveri ospedalieri in ripresa nel 2022, ma rimane il gap pre-pandemia. Torna a crescere la mobilità sanitaria regionale.

di E. Mar.

Realizzate in totale 7.358.727 dimissioni: +4,8% rispetto al 2021, -10,2% rispetto al 2019. Aumentano i volumi delle giornate di degenza e gli accessi: + 3% ma rimane un gap del -9,2% rispetto al 2019. Diminuisce lievemente la degenza media dei ricoveri per acuti in regime ordinario: dai 7,4 del 2021 passa a 7,2 giorni

18 GIU -

Una macchina che si è rimessa in moto dopo la pandemia anche se non ancora a regime rispetto ai ritmi del 2019. È questa la sintesi dell'attività di ricovero e cura degli ospedali italiani, pubblici e privati nel 2022.

Le dimissioni nei reparti per acuti, di riabilitazione e lungodegenza, in tutti i regimi di ricovero (ordinario e day hospital) sono cresciute del 4,8% rispetto all'anno precedente, ma sono ancora lontane dai livelli raggiunti prima della pandemia (-10,2% rispetto al 2019).

Anche i volumi delle giornate e gli accessi sono di conseguenza aumentati del 3%, ma rimane un gap del -9,2% rispetto al 2019. La degenza media dei ricoveri per acuti in regime ordinario diminuisce lievemente: i pazienti nel 2022 hanno trascorso in ospedale 7,2 giorni rispetto ai 7,4 del 2021; anche la degenza media per riabilitazione in regime ordinario è scesa a 26,3 giorni rispetto ai 27 giorni del 2021.

Più sensibile il calo della degenza media dei reparti di lungodegenza, che passa da 26,1 giorni nel 2021 a 24,5 nel 2022.

Ma il 2022, con l'uscita dall'emergenza Covid, segna anche una ripresa della mobilità tra le Regioni finalizzata al ricovero ospedaliero: il tasso di ospedalizzazione per acuti in regime ordinario per pazienti residenti in Regioni diverse da quella della struttura di ricovero sale a 7,13 per 1.000 abitanti, a fronte del 6,5 per 1.000 abitanti del 2021. Quanto è costato tutto questo al Ssn? A conti fatti nel 2022 la spesa si è attestata a 27 miliardi di euro, in aumento del 2,6% rispetto ai 26,3 miliardi di euro del 2021.

Questa la fotografia dell'attività di ricovero e cura degli ospedali italiani, pubblici e privati scattata dal **Rapporto 'Scheda di dimissione ospedaliera - Sdo' 2022 del Ministero della Salute.**

Un Rapporto che diventa sempre più "puntuale": la banca dati Sdo conquista infatti un elevato livello di completezza della rilevazione, pari al 99,4% per gli Istituti pubblici, al 99,8% per gli Istituti privati accreditati e al 91,7% per gli Istituti privati non accreditati, con una copertura complessiva del 99,2%. Nel 2022 sono pervenute complessivamente 7.646.540 schede, 327.666 in più rispetto al 2021, con un incremento del 4,5% (sono comprese quelle relative ai neonati sani in reparto 'Nido' e quelle inviate da Istituti non censiti nell'anagrafica nazionale)

Vediamo alcuni dati in sintesi

Attività di ricovero.

Nel 2022 il numero complessivo di dimissioni nei reparti per acuti, di riabilitazione e lungodegenza (escludendo gli Istituti non censiti nell'anagrafica e le dimissioni dei neonati sani) passa da 7.019.750 a 7.358.727 unità, con un incremento di circa il 4,8% rispetto al 2021 (e un decremento del 10,2% rispetto al 2019, anno pre-pandemico).

Il volume di giornate e accessi diurni passa da 50.889.870 a 52.428.952, con un aumento di circa il 3% rispetto al 2021 (e un decremento del 9,2% rispetto al 2019).

Tabella 1. Distribuzione delle dimissioni per tipo di attività e regime di ricovero - Anni 2019-2022

ATTIVITÀ/REGIME RICOVERO	DIMISSIONI					
	2019	2020	2021	2022	var % 2022-2021	var % 2022-2019
Acuti - Regime ordinario	6.006.392	4.910.582	5.209.001	5.413.992	3,9	-9,9
Acuti - Regime diurno	1.748.138	1.251.653	1.482.425	1.588.792	7,2	-9,1
Riabilitazione - Regime ordinario	311.979	235.725	238.901	262.689	10,0	-15,8
Riabilitazione - Regime diurno	28.402	18.543	22.574	24.177	7,1	-14,9
Lungodegenza	98.681	72.966	66.849	69.077	3,3	-30,0
TOTALE	8.193.592	6.489.469	7.019.750	7.358.727	4,8	-10,2

Tra le attività non è compresa la voce "Nido" e non sono comprese le schede inviate da Istituti non censiti nell'anagrafica delle strutture, per le quali non è possibile attribuire il tipo di Istituto.

Fonte: elaborazione su banca dati SDO anni 2019-2022

Tabella 2. Distribuzione di giornate/accessi per tipo di attività e regime di ricovero - Anni 2019-2022

ATTIVITÀ/REGIME RICOVERO	GIORNATE/ACCESSI					
	2019	2020	2021	2022	var % 2022-2021	var % 2022-2019
Acuti - Regime ordinario	42.289.312	36.727.653	38.565.640	39.200.563	1,6	-7,3
Acuti - Regime diurno	4.411.874	3.369.832	3.897.716	4.220.112	8,3	-4,3
Riabilitazione - Regime ordinario	8.161.735	6.472.344	6.446.568	6.912.585	7,2	-15,3
Riabilitazione - Regime diurno	447.949	268.432	370.462	403.014	8,8	-10,0
Lungodegenza	2.403.690	1.793.361	1.609.484	1.692.678	5,2	-29,6
TOTALE	57.714.560	48.631.622	50.889.870	52.428.952	3,0	-9,2

Tra le attività non è compresa la voce "Nido" e non sono comprese le schede inviate da Istituti non censiti nell'anagrafica delle strutture, per le quali non è possibile attribuire il tipo di Istituto.

9

Entrando nel dettaglio, il numero di dimissioni per acuti in regime ordinario è stato pari a 5.413.992 unità (+3,9% sul 2021, ma -9,9 rispetto al 2019), con un incremento dell'1,6%, del volume di giornate di ricovero che arriva a 39.200.563. Le dimissioni per acuti in regime diurno (1.588.792) aumentano del 7,2% (-9,1 rispetto al 2019), con un +8,3% dei corrispondenti accessi, pari a 4.220.112.

Cresce del 10% rispetto all'anno precedente il numero di dimissioni per riabilitazione in regime ordinario (262.689 unità) e il corrispondente volume di giornate di degenza (6.912.585) che registra un +7,2%; in regime diurno, la riabilitazione incrementa il numero di dimissioni del 7,1%, (arrivando a 24.177 unità) e aumenta anche il corrispondente volume di accessi dell'8,8% (403.014 unità).

Più contenuta la crescita dell'attività di lungodegenza: + 3,3% rispetto al 2021 (69.077 dimissioni) con un gap di ben -30% rispetto al 2019, mentre il corrispondente volume di giornate erogate aumenta del 5,2% rispetto al 2021, raggiungendo 1.692.678 unità (-29,6% rispetto 2019)

La degenza media. Nei reparti per acuti il rapporto tra giornate erogate in regime diurno (DH) e in regime ordinario (RO) è pari a 0,11 (0,09 nel 2021).

La degenza media per acuti in regime ordinario è di 7,2 giorni (in lieve diminuzione rispetto al 2021, quando il valore si era attestato a 7,4); la degenza media per riabilitazione in regime ordinario diminuisce, passando da 27 giorni nel 2021 a 26,3 giorni nel 2022; in calo anche quella media per lungodegenza, che passa da 26,1 giorni nel 2021 a 24,5 nel 2022.

La complessità dei ricoveri acuti in regime ordinario resta sostanzialmente stabile: il peso medio passa da 1,33 a 1,31. Stabile anche il numero medio di diagnosi compilate per scheda (2,6) e il numero medio di procedure, che passa da 3,4 a 3,3.

L'attività per acuti in regime ordinario è nettamente prevalente in ogni fascia d'età, seguita dall'attività per acuti in regime diurno.

Rispetto al 2021, nel 2022 il tasso di ospedalizzazione in Italia, standardizzato per età e sesso, registra un incremento in tutte le sue componenti (acuti, riabilitazione, lungodegenza), passando da 107,8 dimissioni per mille abitanti nel 2021 a 112,8.

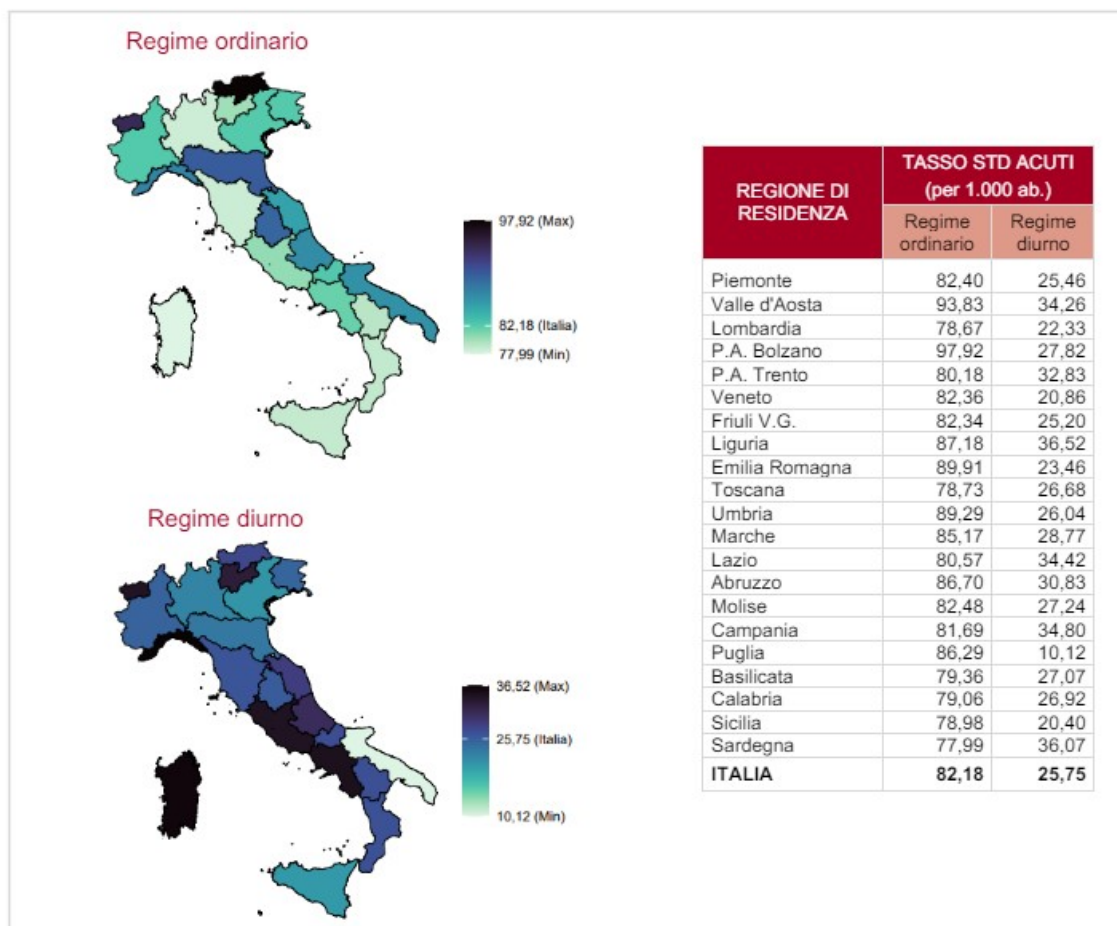
In particolare, il tasso di ospedalizzazione per acuti passa dalle 103,3 dimissioni per 1.000 abitanti a 107,9, con 82,2 dimissioni in regime ordinario e 25,8 in regime diurno (nell'anno 2021 i valori erano, rispettivamente, pari a 79,3 e 24,1 dimissioni per mille abitanti).

Il tasso di ospedalizzazione in regime ordinario fuori Regione si attesta a 7,1 per 1.000 abitanti, mentre è pari a 2,6 in regime diurno (in aumento rispetto al 2021 quando erano, rispettivamente, pari a 6,5 e 2,5).

I valori più elevati di tasso di ospedalizzazione fuori Regione in regime ordinario si osservano in Molise (27), Basilicata (23,8), Valle d'Aosta (18,4) e Calabria (16,8), mentre i valori più bassi si registrano in Lombardia (4,1), P.A. Bolzano (4,7), Sardegna (5,1) ed Emilia Romagna (5,3).

Per quanto riguarda il regime diurno, i tassi di ospedalizzazione per acuti fuori Regione più elevati si osservano ancora in Molise (10,7 per 1.000 abitanti) e Basilicata (7,8), seguite da Abruzzo (7,0), Calabria (6,2) e Umbria (6,1), mentre i valori più bassi si rilevano in Lombardia (1,1), P.A. Bolzano (1,5), Lazio (1,8) e Sicilia (1,9).

Grafico 3. Tasso di ospedalizzazione standardizzato (per età e sesso) per 1.000 abitanti. Attività per acuti in regime ordinario e diurno, per Regione - Anno 2022



Tasso di ospedalizzazione calcolato sui soli ricoveri di residenti in Italia e dimessi da strutture pubbliche e private accreditate. Esclusi i casi con tipo attività, regime di ricovero o genere errati. La standardizzazione è effettuata rispetto alla popolazione italiana al Censimento 2001.

Fonte: elaborazione su banca dati SDO anno 2022 [cfr. Tavola 5.5]

Attività ospedaliera per i DRG a rischio di inappropriately erogati in regime di ricovero ordinario.

Il Rapporto entra nel merito del rischio di inappropriately, quindi ricoveri effettuati in regime ordinario anziché in regime diurno o anche ambulatoriale, per poter essere più efficientemente erogate, con minor aggravio di risorse per il Ssn ed un miglioramento dell'appropriately organizzativa e nell'uso delle risorse ospedaliere.

Nel 2022, su un totale di 1.628.805 ricoveri, il 59,4% è stato erogato in regime diurno (967.426 dimissioni, +6,6% rispetto al 2021) e il 40,6% in regime ordinario (661.379 dimissioni, + 7,2% rispetto al 2021, di cui 268.639 con durata di 1 giorno (+11,1% rispetto al 2021).

Il rapporto fotografa poi il trend del tasso di ospedalizzazione dal 2013 al 2022: l'andamento di lento e costante decremento delle inappropriately registrato fino al 2019 - risultato di scelte organizzative mirate a ridurle indirizzandole verso setting alternativi al ricovero ospedaliero - registra un brusco crollo nel 2020, raggiungendo il valore più basso mai rilevato dal flusso Sdo (99,0 ricoveri per mille abitanti), e una inversione di tendenza nel 2021 (108,2 per 1.000), con un incremento graduale che continua nel 2022 (112,8 per 1.000).

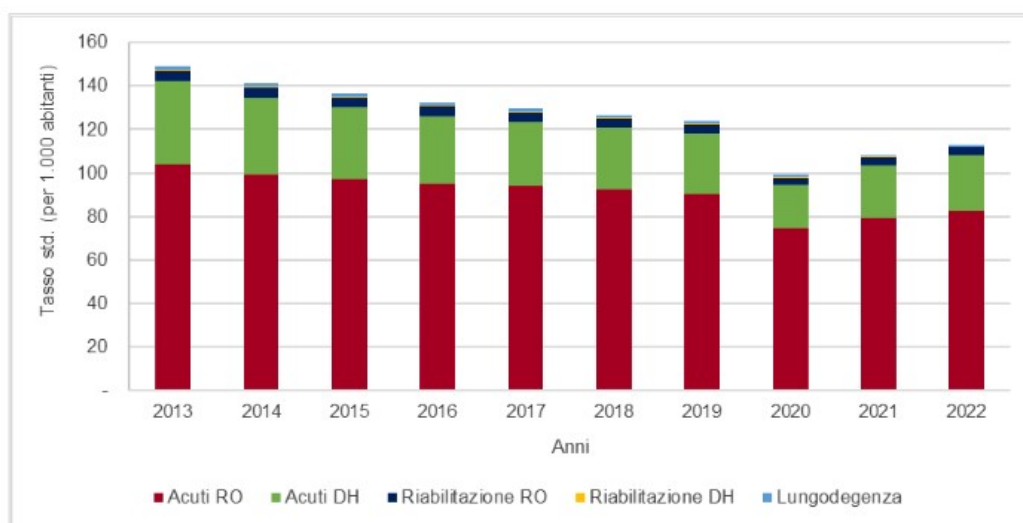
In particolare, il tasso di ospedalizzazione per acuti in regime ordinario passa da 103,7 per 1.000 abitanti nel 2013 a 90,1 nel 2019, con un minimo di 74,4 nel 2020, per poi portarsi a 79,3 nel 2021 e a 82,2 nel 2022. Il tasso di ospedalizzazione per acuti in regime diurno passa da 38,2 nel 2013 a 27,8 nel 2019, con un minimo di 20,2 nel 2020 e un successivo incremento fino a 24,1 nel 2021 e 25,7 nel 2022.

Tavola 4.7 - Distribuzione dei ricoveri ad alto rischio di inappropriata per regione, tipo DRG e regime di ricovero - Attività per Acuti - Anno 2022

REGIONE	DRG LEA MEDICI						DRG LEA CHIRURGICI						TOTALE DRG LEA					
	REGIME DIURNO		REGIME ORDINARIO				REGIME DIURNO		REGIME ORDINARIO				REGIME DIURNO		REGIME ORDINARIO			
	Numero	%	Ricoveri di 1 giorno	Ricoveri oltre 1 giorno	%	Numero	%	Ricoveri di 1 giorno	Ricoveri oltre 1 giorno	%	Numero	%	Ricoveri di 1 giorno	Ricoveri oltre 1 giorno	%			
Piemonte	31.806	64,1	5.277	12.558	35,9	35.284	51,8	27.060	5.728	48,2	67.090	57,0	32.337	18.286	43,0			
Valle d'Aosta	1.618	72,5	138	476	27,5	872	47,1	689	289	52,9	2.490	61,0	827	765	39,0			
Lombardia	26.619	27,2	18.319	53.061	72,8	119.290	69,1	28.731	24.522	30,9	145.909	53,9	47.050	77.583	46,1			
P.A. Bolzano	2.799	38,7	972	3.467	61,3	7.465	66,0	1.722	2.123	34,0	10.264	55,3	2.694	5.590	44,7			
P.A. Trento	3.977	55,8	575	2.581	44,2	8.460	81,5	795	1.122	18,5	12.437	71,0	1.370	3.703	29,0			
Veneto	14.527	36,2	6.776	18.834	63,8	45.708	61,2	19.047	9.937	38,8	60.235	52,5	25.823	28.771	47,5			
Friuli V.G.	8.141	47,3	1.932	7.151	52,7	13.108	57,9	6.364	3.174	42,1	21.249	53,3	8.296	10.325	46,7			
Liguria	25.826	70,6	2.512	8.260	29,4	13.792	61,3	5.697	2.996	38,7	39.618	67,1	8.209	11.256	32,9			
Emilia Romagna	14.546	29,6	8.939	25.587	70,4	57.436	59,8	24.946	13.743	40,2	71.982	49,6	33.885	39.330	50,4			
Toscana	24.409	58,6	4.810	12.434	41,4	41.527	69,3	12.558	5.875	30,7	65.936	64,9	17.368	18.309	35,1			
Umbria	4.511	42,7	1.228	4.827	57,3	9.646	67,0	2.791	1.969	33,0	14.157	56,7	4.019	6.796	43,3			
Marche	13.768	70,9	1.306	4.335	29,1	15.742	62,7	6.199	3.150	37,3	29.510	66,3	7.505	7.485	33,7			
Lazio	74.969	67,3	11.006	25.427	32,7	60.582	64,5	18.630	14.736	35,5	135.551	66,0	29.636	40.163	34,0			
Abruzzo	7.120	56,1	1.316	4.262	43,9	13.090	68,5	2.241	3.774	31,5	20.210	63,5	3.557	8.036	36,5			
Molise	2.916	57,6	359	1.785	42,4	2.297	70,0	330	656	30,0	5.213	62,5	689	2.441	37,5			
Campania	79.552	74,6	6.462	20.650	25,4	50.387	68,2	9.434	14.094	31,8	129.939	72,0	15.896	34.744	28,0			
Puglia	5.426	20,2	4.933	16.455	79,8	5.006	21,5	6.300	11.945	78,5	10.432	20,8	11.233	28.400	79,2			
Basilicata	4.974	63,5	541	2.319	36,5	4.097	69,2	710	1.113	30,8	9.071	66,0	1.251	3.432	34,0			
Calabria	12.334	65,5	1.179	5.316	34,5	8.542	63,2	2.326	2.647	36,8	20.876	64,5	3.505	7.963	35,5			
Sicilia	16.112	44,1	3.593	16.862	55,9	35.520	72,8	2.756	10.495	27,2	51.632	60,5	6.349	27.357	39,5			
Sardegna	21.626	67,8	2.413	7.880	32,2	21.999	71,3	4.727	4.125	28,7	43.625	69,5	7.140	12.005	30,5			
ITALIA	397.576	54,0	84.586	254527	46,0	569.850	63,9	184.053	138213	36,1	967.426	59,4	268.639	392.740	40,6			

La mobilità interregionale nel periodo 2013-2022 (l'attività per acuti, riabilitazione e lungodegenza in regime ordinario e diurno) mostra dopo la flessione generalizzata della mobilità rilevata nel 2020 per effetto della pandemia e i primi segnali di ripresa osservati nel 2021, nel 2022 aumenta la percentuale dei ricoveri in mobilità per ciascun tipo di attività e regime di ricovero (tranne acuti day hospital), tendendo ai valori del periodo precedente al Covid-19 e in alcuni casi superandoli.

Grafico 4. Trend tasso di ospedalizzazione standardizzato (per età e sesso) per 1.000 abitanti, per tipo di attività e regime di ricovero - Anni 2013-2022



Fonte: elaborazione su banca dati SDO anni 2013-2022

I dati del 2022 registrano comunque una sostanziale stabilità rispetto al 2021 per gli indicatori di appropriatezza organizzativa, con una percentuale di dimissioni da reparti chirurgici con DRG medico del 24,01% (era 24,73% nel 2021), una percentuale di ricoveri diurni di tipo diagnostico del 34,37% (36,69% nel 2021), una percentuale di ricoveri brevi del 8,86% per i ricoveri 0-1 giorno (8,41% nel 2021) e del 24,07% per i ricoveri 2-3 giorni (23,42% nel 2021).

La percentuale di ricoveri con degenza oltre soglia con DRG medico in pazienti con età di 65 anni e oltre si attesta a 6,05% (5,37% nel 2021).

Per quanto riguarda i tassi di ospedalizzazione per alcune condizioni cliniche - quali ad esempio il diabete non controllato e con complicanze, l'insufficienza cardiaca, l'asma nell'adulto, le malattie polmonari croniche ostruttive, l'influenza nell'anziano e le patologie correlate all'alcol - nel 2022 si nota, con poche eccezioni, un'ulteriore ripresa del tasso di ospedalizzazione (dimissioni per 100.000 abitanti), già registrata nel 2021 rispetto all'anno precedente, senza però ancora raggiungere i livelli del 2019. Di seguito i tassi riscontrati: - diabete non controllato: 6,82 dimissioni per 100.000 abitanti (6,79 nel 2021 e 10,22 nel 2019); - asma nell'adulto: 3,25 (2,47 nel 2021 e 5,04 nel 2019); - insufficienza cardiaca nella fascia di età uguale o superiore ai 18 anni: 241,77 (236,44 nel 2021 e 301,12 nel 2019); - insufficienza cardiaca nella fascia di età uguale o superiore a 65 anni: 756,91 (743,31 nel 2021 e 994,67 nel 2019); - influenza nell'anziano: 5,27 (0,46 nel 2021 e 12,40 nel 2019); - patologie correlate all'alcol: 19,80 (21,90 nel 2021 e 24,36 nel 2019); - malattie polmonari croniche ostruttive: 30,95 (25,11 nel 2021 e 48,74 nel 2019); - amputazione dell'arto inferiore in pazienti diabetici: 13,09 (12,61 nel 2021 e 13,56 nel 2019); - diabete con complicanze: 21,22 (21,02 nel 2021 e 27,45 nel 2019). Nel 2022 la percentuale di riammissioni non programmate (avvenute entro 30 giorni dal precedente episodio di ricovero) per schizofrenia e disturbo bipolare è, rispettivamente, pari a 12,49% e 7,98% (12,58% e 7,69% nel 2021, 14,55% e 8,79% nel 2019).

Indicatori economici

In particolare, per il genere maschile la remunerazione è di circa 394,7 milioni di all'età 0 anni (383,5 nel 2021) e di circa 368,9 milioni di euro in corrispondenza dell'età 90 anni e oltre (383,5 nel 2021); per il genere femminile il valore è pari a circa 316,4 milioni di euro in corrispondenza dell'età 0 anni (309,9 nel 2021) e circa 691,6 milioni di euro per la classe 90 anni e oltre (645,7 nel 2021).

Il trend della remunerazione delle prestazioni di ricovero ospedaliero a carico del SSN negli anni dal 2013 al 2022 (sono stati considerati i ricoveri in Istituti pubblici e privati accreditati, esclusi i solventi), il cui ammontare è determinato prevalentemente dalla componente acuti in regime ordinario e dalle componenti acuti in regime diurno e riabilitazione in regime ordinario, passa da 29,1 miliardi di euro nel 2013 a 27 miliardi di euro nel 2022 (26,3 miliardi di euro nel 2021, 24,2 nel 2020 e 28,4 nel 2019).

In particolare, nel 2022 la remunerazione complessiva si attesta a circa 25 miliardi di euro per l'attività per acuti (di cui circa 22,9 in regime ordinario e 2,1 in regime diurno), circa 1,7 miliardi di euro per l'attività di riabilitazione (di cui circa 1,6 miliardi di euro in regime ordinario e 79 milioni di euro in regime diurno), e circa 250,5 milioni di euro per l'attività di lungodegenza, per un totale di circa 27,0 miliardi di euro (in aumento del 2,6% rispetto al 2021, quando la remunerazione teorica si era fermata a 26,3 miliardi di euro nel 2021, ma inferiore ai 28,4 miliardi del 2019).

https://www.quotidianosanita.it/studi-e-analisi/articolo.php?articolo_id=122897



<https://www.quotidianosanita.it/allegati/allegato1718706831.pdf>

Nel 2021 in Italia la spesa sanitaria pro capite era meno della metà di quella della Germania. Siamo tra i Paesi Ue con i livelli più bassi di posti letto ospedalieri. Bene su tassi tumori, obesità e mortalità evitabile. Il rapporto Istat

Si conferma un divario tra le aree geografiche del Paese: il Mezzogiorno, con 2,7 posti letto per mille abitanti, si posiziona al di sotto della media nazionale (3,1 per mille abitanti). Nel 2022 il recupero di parte dell'attività ospedaliera si accompagna anche ad un aumento dell'emigrazione ospedaliera in tutte le regioni. Nel 2021 il Nord-est ha il tasso di mortalità evitabile più basso, pari a 16,9 decessi per 10mila abitanti, mentre il Mezzogiorno quello più alto, cioè 21,8 decessi.

20 GIU -

Nel 2021, in Italia la spesa sanitaria pubblica è di gran lunga inferiore rispetto a quella di altri paesi europei. A parità di potere di acquisto, a fronte di 3.051 dollari per abitante spesi in Italia nel 2021, Finlandia, Belgio e Irlanda superano i 4 mila dollari per abitante; Austria, Danimarca, Francia, Lussemburgo, Paesi Bassi e Svezia superano i 5 mila dollari di spesa, mentre la Germania, con i suoi 6.424 dollari per abitante, si conferma al primo posto per spesa pro capite.

A certificarlo è il nuovo rapporto Istat "Noi Italia 2024". Ma non solo. Il confronto europeo evidenzia che **in Italia, nel 2022, la quota di spesa sanitaria privata sulla spesa sanitaria complessiva (pubblica e privata) è uguale al 24,1%**. I paesi in cui i contributi della spesa privata sono maggiori si registrano in Grecia (40,8%) e Portogallo (36,6%); tutti gli altri Paesi dell'Ue presentano quote inferiori al 30% e i contributi minori spettano a Germania (13,5%) e Lussemburgo (13,0%).

Nell'ultimo quinquennio, dopo anni segnati da una costante diminuzione della dotazione di posti letto, l'offerta ospedaliera sembra essersi assestata in quasi tutte le regioni italiane. Nel 2021 l'assistenza ospedaliera si è avvalsa di 995 istituti di cura.

I posti letto ospedalieri sono pari a 3,1 per mille abitanti. Francia e Germania hanno, rispettivamente, 5,6 e 7,8 posti letto per mille abitanti.

Si conferma un divario tra le aree geografiche del Paese: il Mezzogiorno, con 2,7 posti letto per mille abitanti, si posiziona al di sotto della media nazionale (3,1 per mille abitanti), a differenza del Nord-ovest e del Nord-est che, con 3,3 posti letto per mille abitanti, superano il valore nazionale. I valori più bassi si registrano in Calabria e Campania (rispettivamente 2,2 e 2,5). I valori più alti si osservano in: Valle d'Aosta/Vallée d'Aoste (3,7), Provincia autonoma di Trento (3,7) ed Emilia-Romagna (3,6). L'Italia è tra i Paesi dell'Ue con i livelli più bassi di posti letto per mille abitanti.

Nel 2022, non si registra un pieno recupero del decremento dell'attività ospedaliera rilevato nel 2020, in conseguenza della pandemia da Covid. I ricoveri ospedalieri per 100 mila abitanti in regime ordinario, per le malattie del sistema circolatorio, sono il 12,8% più bassi rispetto al 2019 (da 1.810 nel 2019 a 1.578 nel 2022); quelli per tumori sono inferiori del 5,2% (da 1.102 a 1.044). Il recupero dei ricoveri per malattie del sistema circolatorio resta più consistente per i maschi (nel 2022 il tasso di ricovero è inferiore del 10,6% rispetto al 2019), mentre per i tumori risulta più consistente per le femmine (-2,9% nel 2022 rispetto al 2019).

La ripresa non è omogenea nei Paesi dell'Unione Europea: in Ungheria, Slovacchia, Estonia e Lettonia, i ricoveri risultano ancora in diminuzione. Rispetto agli altri Paesi, in Italia, con livelli di ospedalizzazione medio-bassi per queste patologie, si registra un lieve incremento dei ricoveri per malattie del sistema circolatorio (+3,1%) e per tumori (+2,2%).

Nel 2022, il recupero di parte dell'attività ospedaliera, dopo la crisi pandemica del 2020, si accompagna anche ad un **aumento dell'emigrazione ospedaliera in tutte le regioni**, rispetto all'anno precedente. Le regioni che risultano più attrattive, ossia con un'immigrazione ospedaliera di entità maggiore dell'emigrazione ospedaliera, sono principalmente nel Centro-Nord; tra esse, l'Emilia-Romagna con un indice di attrazione pari a 3,0 nel 2022, e con un'immigrazione ospedaliera in costante aumento dal 2018.

Nel 2021, il tasso di mortalità evitabile (i decessi sotto i 75 anni che potrebbero essere evitati con un'assistenza sanitaria adeguata e stili di vita più salutari) è di 19,2 decessi per 10 mila abitanti. La mortalità evitabile è costituita da due componenti: la mortalità trattabile, cioè la mortalità che potrebbe essere contenuta grazie a una tempestiva prevenzione secondaria e a trattamenti sanitari adeguati (il cui

tasso è pari a 6,4 decessi per 10 mila abitanti), e la mortalità prevenibile, che può essere evitata con efficaci interventi di prevenzione primaria e di salute pubblica (il cui tasso è pari a 12,8 decessi per 10 mila abitanti). I maschi hanno un tasso di mortalità evitabile più alto delle femmine (rispettivamente 25,5 e 13,4 per 10 mila abitanti). In particolare, lo svantaggio maschile è principalmente dovuto alla componente prevenibile, ossia quella maggiormente legata agli stili di vita (abuso di alcol, maggiore propensione a fumare, non adeguata alimentazione, eccetera) e ai comportamenti più a rischio (eventi accidentali, attività lavorativa, eccetera).

Nel 2020, l'Italia presenta una mortalità evitabile tra le più basse in ambito europeo. Anche i tassi di mortalità per tumori e per malattie del sistema circolatorio sono inferiori a quelli della maggior parte dei Paesi europei e a quelli della media europea.

L'Italia si conferma tra i Paesi con il più basso valore del tasso di mortalità infantile (2,6 per mille nati vivi, mentre la media Ue è di 3,3 per mille), valore simile a quello della Spagna.

Nel 2021, la mortalità evitabile presenta delle forti disuguaglianze territoriali: il Nord-est ha il tasso di mortalità evitabile più basso, pari a 16,9 decessi per 10mila abitanti, mentre il Mezzogiorno quello più alto, cioè 21,8 decessi.

Le differenze territoriali sono più accentuate per la componente della mortalità trattabile che prevenibile. Le regioni presentano profili diversi per le due componenti della mortalità evitabile: alcune hanno solo una componente più elevata della media nazionale e non entrambe, indicando come sia necessario adottare politiche differenziate sul territorio.

L'Italia presenta una mortalità evitabile tra le più basse in ambito europeo.

Nel 2021, i decessi per Covid sono 63.651 con un tasso pari a 8,2 decessi per 10mila abitanti, inferiore rispetto al 2020. Anche i tassi di mortalità delle principali cause di morte, cioè le malattie dell'apparato cardiocircolatorio (26,7 decessi per 10 mila abitanti) e i tumori (23,3 decessi per 10 mila abitanti) sono diminuiti rispetto all'anno precedente.

Le disuguaglianze di genere continuano a essere più marcate per i tumori. Anche per il 2021, si conferma lo svantaggio del Mezzogiorno per la mortalità dovuta alle malattie del sistema circolatorio (31,6 decessi per 10 mila abitanti), rispetto a tutte le altre ripartizioni, mentre il Nord-ovest presenta il tasso più alto per la mortalità per tumore (23,8 decessi per 10mila abitanti).

I tassi di mortalità per tumori e per malattie del sistema circolatorio, più bassi della media Ue, sono inferiori a quelli della maggior parte dei paesi europei.

Nel 2021, in Italia il tasso di mortalità infantile, importante indicatore del livello di sviluppo e benessere di un Paese, è pari a 2,6 decessi per mille nati vivi, leggermente superiore al 2020. Nel Mezzogiorno, si registra il tasso mortalità infantile più alto di tutto il Paese (3,2 decessi per mille nati vivi). L'Italia si conferma tra i paesi con il più basso valore del tasso di mortalità infantile.

Nel 2021, in Italia, si registra un incremento, rispetto all'anno precedente, delle percentuali di persone obese (11,4%), di fumatori (19,6%) e di consumatori di alcol a rischio (15,3%). In particolare, tra le ripartizioni, la quota di fumatori più alta si rileva nel Centro (20,7%), mentre nel Nord-est è più alta la quota di consumatori di alcol a rischio (18,1%) e nel Mezzogiorno quella di persone obese (13,0%).

Nel 2022, per quanto riguarda l'abitudine al fumo, l'Italia, con una percentuale di fumatori uguale al 19,8% della popolazione (di 15 anni o più), si colloca in posizione pressoché centrale nella classifica dei Paesi Ue; nelle prime posizioni, si trovano Francia (25,3%), Grecia e Ungheria (24,9%), mentre il fenomeno è meno diffuso in Svezia (9,7%) e Finlandia (12,0%).

Riguardo l'obesità, nel 2022, l'Italia presenta una percentuale di persone obese uguale all'11,4% della popolazione di 18 anni o più; questo dato la colloca tra i Paesi con i valori più bassi insieme a Paesi Bassi (13,9%), Francia (14,4%) e Spagna (14,9%), mentre i più alti si osservano per Ungheria (23,9%), Finlandia (23,0%) e Lettonia (21,6%).

https://www.quotidianosanita.it/studi-e-analisi/articolo.php?articolo_id=122953

Noi Italia *in breve*

100 statistiche per capire il Paese in cui viviamo

Edizione 2024

La piattaforma web **Noi Italia - 100 statistiche per capire il Paese in cui viviamo** contiene una selezione di oltre 100 indicatori statistici relativi a diversi fenomeni del nostro Paese (demografici, economici, sociali e ambientali), delle differenze regionali che lo caratterizzano e della sua collocazione nel contesto europeo.

Gli indicatori sono organizzati in sei aree tematiche (Popolazione e società, Istruzione e lavoro, Salute e welfare, Industria e servizi, Ambiente e agricoltura, Economia e finanza pubblica) articolate in 19 settori. Ogni settore è corredato da una sintesi descrittiva sull'andamento dei fenomeni e delle differenze territoriali, da grafici, un glossario e da riferimenti a pubblicazioni e *link* utili.

Per ogni settore e contesto territoriale (Italia, Regioni, Europa), è inoltre possibile consultare una *dashboard* interattiva che consente la visualizzazione, la condivisione e il download di dati e grafici, nonché la personalizzazione delle tavole di dati e il relativo *download* in formato *csv*.

La nuova edizione è consultabile alla pagina <https://noi-italia.istat.it/>.

POPOLAZIONE E SOCIETÀ

Popolazione

Al 1° gennaio 2023, con il 13,2% dei 449 milioni di abitanti dell'Unione europea (Ue), l'Italia (59 milioni) si conferma tra i primi paesi per importanza demografica, dopo Germania (84 milioni) e Francia (68 milioni). Oltre un terzo dei residenti è concentrato in sole tre regioni: Lombardia, Lazio e Campania.

Nel 2022, in Italia, il calo della popolazione (-0,1% rispetto all'anno precedente), anche se di intensità minore, rispetto agli anni della pandemia da *COVID-19*, è frutto di una **dinamica naturale** sfavorevole, caratterizzata da un eccesso dei decessi sulle nascite, solo in parte compensata dall'aumento della **dinamica migratoria**, contraddistinta da movimenti migratori con l'estero, di segno positivo. Il decremento demografico, rispetto al 2021, interessa quasi esclusivamente il Mezzogiorno (-0,4%). In decisa controtendenza, invece, il recupero di popolazione al Nord (+0,2%), dovuto in larga parte a una dinamica migratoria particolarmente favorevole, mentre risulta pressoché stabile la popolazione nel Centro Italia.

Tra gli spostamenti interni dei residenti, uno su tre interessa la tradizionale direttrice dei flussi che dal Mezzogiorno si dirige verso il Centro-nord. L'Emilia-Romagna e la Provincia autonoma di Trento evidenziano i tassi migratori interregionali più elevati (rispettivamente +3,8 per mille e + 3,0 per mille), Basilicata e Calabria i più bassi (-5,3 per mille, per entrambe).

Non si ferma la crescita dell'**indice di vecchiaia** che, al 1° gennaio 2023, raggiunge quota 193,1 (anziani ogni cento giovani), con un aumento di +5,5 punti percentuali rispetto al 2022. Tra le regioni, Liguria (270,9) e Sardegna (252,8) detengono i valori più elevati, mentre la Campania (148,6) e la Provincia autonoma di Bolzano/*Bozen* (131,8) i valori più bassi. In ambito Ue, l'Italia è il Paese con il più alto indice di vecchiaia.

<https://www.quotidianosanita.it/allegati/allegato1718883165.pdf>

Le conseguenze dell'inverno demografico italiano#conibambini

Il 2022 segna un nuovo record negativo delle nascite nel nostro paese. Secondo le prime stime, l'anno scorso sono nati un terzo di bambini in meno rispetto al 2008. Approfondiamo queste tendenze a livello comunale.

- **392.598** nuovi nati nel 2022 secondo le stime. Quasi un terzo in meno del 2008.
- Le conseguenze **dell'inverno demografico** saranno pagate soprattutto dai più deboli.
- **4 su 5** i comuni in cui si prevede un calo demografico entro 10 anni.
- Anche nelle grandi città è previsto un **calo dei minori**.
- **Catania** e **Bolzano** sono le città dove vivono più neonati.

Prosegue l'inverno demografico del nostro paese. Gli ultimi dati Istat confermano il declino di nascite: le prime stime per il 2022 parlano di 393mila nuovi nati. Circa il 2% in meno dell'anno precedente, in cui si era già registrato il record negativo dall'unità d'Italia.

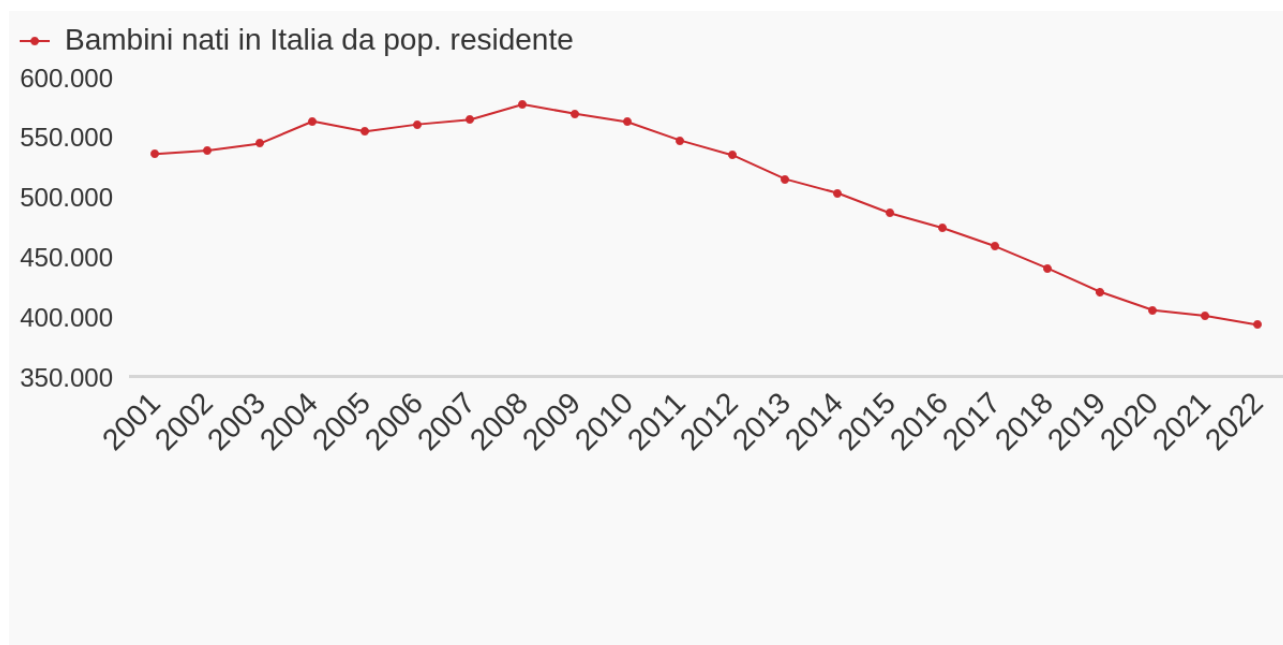
Addirittura quasi un terzo in meno rispetto al 2008, l'anno che ha segnato il picco nella serie storica recente.

-31,9% nuovi nati tra 2008 e 2022.

Dopo l'effimera crescita demografica registrata attorno alla metà degli anni duemila, con la grande recessione iniziata nel 2008 il numero di nuovi nati è calato progressivamente. Da allora la curva discendente non si è più arrestata, portando gli **osservatori** a parlare di un vero e proprio "inverno demografico". Una situazione in cui il tasso di natalità crolla, l'età media della popolazione aumenta e il numero dei decessi supera ampiamente quello dei nati.

Nel 2022 è proseguito il calo delle nascite nel nostro paese

Numero di bambini nati vivi per ogni anno, dal 2001 al 2022



FONTE: elaborazione openpolis – Con i Bambini su dati Istat (ultimo aggiornamento: venerdì 7 Aprile 2023)

Il conto dell'inverno demografico sarà pagato soprattutto dai più deboli.

Le conseguenze di questa dinamica, se non invertita, sono numerose e gravi. Con una popolazione in progressivo invecchiamento, senza un ricambio di nuove forze, sono destinati a diventare insostenibili il sistema sociale, quello previdenziale e sanitario.

Con ripercussioni quindi soprattutto per le persone che si trovano in condizione di difficoltà economica o di esclusione sociale. Il conto dell'inverno demografico è prevedibile che sarà pagato soprattutto dai più deboli.

Approfondiamo meglio le previsioni nell'arco dei prossimi anni e l'attuale incidenza dei neonati sul territorio nazionale.

L'inverno demografico nelle proiezioni al 2030

Per avere un quadro più chiaro delle conseguenze, è utile proiettare queste tendenze demografiche sui dati della popolazione nei prossimi anni e decenni.

L'Istituto di statistica – prendendo in considerazione uno scenario “mediano” tra quelli più ottimistici e quelli più pessimistici – ha previsto un crollo della popolazione residente. Dai 59,2 milioni di abitanti nel 2021 si passerebbe ai 57,9 nel 2030, per poi scendere a 54,2 nel 2050 e a 47,7 milioni nel 2070. In una forchetta che tra cinquant'anni oscilla tra lo scenario prevedibilmente migliore – 56,3 milioni, comunque meno di oggi – e quello peggiore (39,9 milioni).

(...) sebbene non sia esclusa l'eventualità che la dinamica demografica possa condurre a una popolazione nel 2070 più ampia di quella odierna, la probabilità empirica che ciò accada è minima, risultando pari all'1,0% (percentuale di casi favorevoli all'evento sul totale delle simulazioni condotte).

Ovviamente, le stime sono meno incerte quanto più ci si avvicina alla data attuale.

Nel 2030 l'oscillazione è contenuta tra 57,2 milioni del peggior scenario e 58,7 del migliore, con un dato mediano, come già ricordato, di 57,9 milioni di abitanti.

Tuttavia, riportando questa proiezione a livello comunale, ciò si traduce in circa l'80% dei comuni (4 su 5) per cui è previsto un calo di popolazione entro 10 anni. Tale quota è molto più elevata nelle zone rurali, dove quasi 9 comuni su 10 (86%) vedranno una contrazione nei propri abitanti.

Per i comuni nelle aree interne, distanti dai servizi essenziali, la percentuale sale addirittura al 94%: oltre 9 su 10 registreranno un saldo negativo di popolazione. Un dato che confermerebbe una tendenza osservabile fin dal dopoguerra.

4 su 5 i comuni in cui si prevede un calo demografico entro 10 anni. Nove su 10 nelle aree rurali e interne.

Tuttavia si prevede che non saranno solo i comuni periferici a risentire dell'inverno demografico. Anche nelle città e nei comuni ad alta densità abitativa quasi 2 centri su 3 vedranno uno spopolamento.

Anche nelle grandi città è previsto un calo dei minori.

In questo senso, è sufficiente osservare le previsioni al 2030 per le maggiori città italiane.

Il comune di Roma Capitale passerebbe da 2,77 a 2,74 milioni di abitanti (-0,8%). Un calo sicuramente più contenuto rispetto alle aree periferiche, ma che supera il -7% per i minori tra 0 e 4 anni.

Il comune di Milano, che pure vede un aumento nella popolazione complessiva (+3% al 2030), registra una diminuzione nelle fasce più giovani: -0,7% tra 0 e 4 anni, -7% tra 5 e 9 anni, -4% tra 10 e 14 anni.

A Napoli, la popolazione complessiva potrebbe diminuire del 5% (quasi 9% al di sotto dei 5 anni), mentre a Torino rispettivamente del -3% e del -5%.

Tendenza ancora più marcata nel comune di Palermo: -6,5% nella popolazione complessiva, -13% tra 0 e 4 anni.

Quali sono i comuni con più neonati

Le cifre appena viste si riferiscono a uno scenario probabilistico, e sarà necessario monitorarle con attenzione nei prossimi anni per valutare se il nostro paese stia invertendo la rotta.

Per avere però un quadro aggiornato della situazione attuale, serve un indicatore basato su informazioni già acquisite e quindi più solide. Da questo punto di vista, viene in aiuto l'analisi dei dati demografici sulla popolazione residente.

Nel 2021 abitavano in Italia 59,2 milioni di persone, di cui circa 400mila con meno di un anno di età. Un numero non perfettamente sovrapponibile, ma comunque coerente, con il numero di nati in quell'anno nel nostro paese. 0,7% della popolazione residente in Italia ha meno di un anno.

Lo 0,68% dei residenti in Italia ha meno di un anno, con ampia variabilità territoriale. Tra le regioni, spicca il Trentino Alto-Adige (dove la quota raggiunge lo 0,86%), seguito da Campania (0,8%) e Sicilia (0,77%).

Mentre la quota più bassa si registra in Sardegna (0,52%), Molise e Liguria (0,58%).

Scendendo a livello locale, la quota di neonati sulla popolazione complessiva incide maggiormente nella provincia autonoma di Bolzano, dove sfiora l'1% (0,97%), seguita dalle città metropolitane di Napoli e Catania e dalla provincia di Caserta (tutte allo 0,84%). Mentre si attesta sotto lo 0,5% in quella di Oristano.

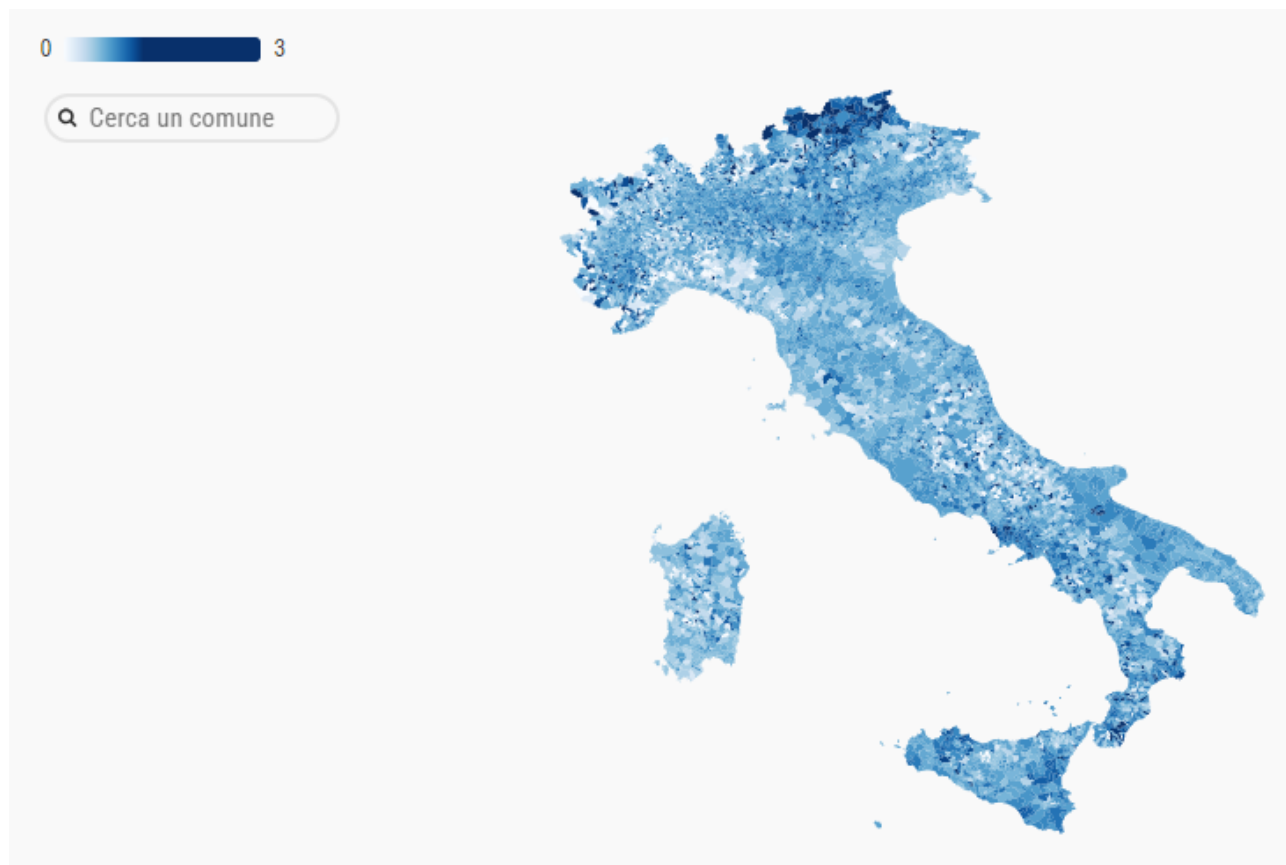
Nel confronto tra i capoluoghi, Catania e Bolzano sono le città con maggiore incidenza di residenti con meno di un anno rispetto alla popolazione complessiva (0,84% degli abitanti circa in entrambe).

Seguono i comuni di Palermo (0,8%), Napoli (0,78%) e Parma (0,77%).

Attestate ad almeno lo 0,75% anche le città di Andria, Crotone, Barletta, Trento, Reggio Emilia, Bologna, La Spezia, Vercelli, Reggio Calabria.

Catania e Bolzano sono le città dove vivono più neonati

Percentuale di residenti con meno di un anno di età (2021)



FONTE: elaborazione openpolis – Con i Bambini su dati Istat (consultati: martedì 28 Marzo 2023)

Il comune capoluogo con la quota più bassa di residenti con meno di un anno è Oristano, in Sardegna (0,36%). Non raggiungono lo 0,5% anche altre 3 città sarde: Cagliari, Nuoro e Carbonia.

*I contenuti dell'Osservatorio povertà educativa #conibambini sono realizzati da openpolis con l'impresa sociale Con i Bambini nell'ambito del fondo per il contrasto della povertà educativa minorile. Mettiamo a disposizione in formato aperto i dati utilizzati nell'articolo. Li abbiamo raccolti e trattati così da poterli analizzare in relazione con altri dataset di fonte pubblica, con l'obiettivo di creare un'unica banca dati territoriale sui servizi. Possono essere riutilizzati liberamente per analisi, iniziative di **data journalism** o anche per semplice consultazione. I dati sui residenti sono stati elaborati a partire dai dataset di demo.istat.*

<https://www.openpolis.it/le-conseguenze-dellinverno-demografico-italiano/>



Osservatorio CPI
I Osservatorio conti pubblici italiani

La (buona) salute degli italiani

Si analizzano di seguito alcuni dati sullo stato di salute degli italiani. L'Italia è uno dei Paesi al mondo con l'aspettativa di vita più lunga; fra le più lunghe al mondo è anche l'aspettativa di vita in buona salute. È stata enormemente ridotta la mortalità infantile che ancora all'inizio degli anni Cinquanta mieteva piccole vittime a un ritmo simile a quello che prevale oggi nella media del continente africano. Malattie come tubercolosi, poliomielite, tetano e tutte le malattie infantili appartengono oramai al passato del nostro Paese e lasciano il posto per mortalità ad altre tipologie – non trasmissibili – come i tumori e le malattie dell'apparato cardiocircolatorio. Queste malattie mietono vittime quasi solo nella popolazione molto anziana (ultraottantenne). L'andamento del numero di decessi legato a molte di queste più "moderne" patologie dimostra come lo stato di salute di cui tutti noi godiamo oggi sia un fatto molto recente. Queste malattie, così come la pandemia da Covid-19 mostrano anche come sia di fondamentale importanza continuare a investire nella ricerca scientifica e nella sanità.

Specie a seguito della drammatica esperienza del Covid, si è diffuso in molti Paesi avanzati il timore che lo stato di salute della popolazione stia peggiorando.

Si punta il dito contro la globalizzazione, che favorirebbe il diffondersi di pandemie, contro l'industrializzazione, l'uso di pesticidi in agricoltura e contro i tumultuosi processi di urbanizzazione che peggiorerebbero l'inquinamento dell'aria, delle acque e della terra.

In Italia a questi fattori si aggiunge una diffusa insoddisfazione per i disservizi e le lunghe file d'attesa del Servizio Sanitario Nazionale.

In una precedente nota si è mostrato come fino a oggi questi timori siano infondati per quanto riguarda lo stato di salute della popolazione mondiale.^[1]

Qui mostriamo che l'Italia se la cava molto bene sia rispetto a quasi tutti gli altri Paesi sia rispetto al suo passato. Il nostro tanto deprecato Servizio Sanitario ha certamente molti problemi e meriterebbe un finanziamento maggiore, ma fino a oggi ha servito piuttosto bene la popolazione italiana.

Nell'arco di soli vent'anni l'età media della popolazione è aumentata dai 42,3 anni del 2004 agli attuali 46,6 anni.^[2] La popolazione di 65 anni e oltre è pari al 24,3%, in aumento di ben 5,1 punti percentuali rispetto al 2004. Di questi, oltre la metà hanno più di 75 anni – il 12,6% della popolazione totale, con un aumento di 3,8 punti percentuali dal 2004.

A sintesi di questi dati, l'aspettativa di vita è aumentata nel 2023 fino a 83,1 anni dai 79,6 anni nel 2000.^[3] Andando indietro nel tempo, all'inizio degli anni Cinquanta l'aspettativa di vita alla nascita era di circa 65 anni, più o meno come nella media dell'Africa oggi.

Rispetto agli altri Paesi avanzati, l'Italia è uno dei Paesi più longevi.

Nel 2019, l'anno prima della pandemia, l'aspettativa era 83,55 anni, maggiore che in Francia (82,73), in Germania (81,56), nel Regno Unito (81,73).

Solo il Giappone aveva una aspettativa di vita maggiore, sia pure di poco (84,43). Né è del tutto vero ciò che si dice spesso, ossia che la vita si allunga ma non si allunga la vita in buona salute.

L'Organizzazione Mondiale della Sanità produce dei dati sull'aspettativa di vita in buona salute all'età di 60 anni, dal 2000 al 2019. In questo periodo di tempo, ossia in meno di 20 anni, questo dato è aumentato di quasi due anni in Italia, da 69,04 a 71,92. E questo dato è migliore di quello della Germania (70,89) e del Regno Unito (70,13). È simile a quello della Francia (72,08) e inferiore solo a quello del Giappone (74,09). L'Italia ha fatto progressi enormi anche per quanto riguarda la mortalità infantile. Nel 2019, il tasso di mortalità per i bambini sotto i cinque anni di età era pari a 2,93 ogni 1.000 bambini.

Il tasso di mortalità europeo per lo stesso anno era pari a 5,74, quello asiatico a 26,9, quello africano era a 70,8.

L'Europa (che comprende i paesi di recente adesione) in media è indietro di 20 anni rispetto all'Italia; Asia e Africa sono indietro di 46 e 67 rispettivamente.^[4] Il rovescio della medaglia è che fa una certa impressione notare che all'inizio degli anni Cinquanta la mortalità infantile era simile a quella dell'Africa oggi: ben 67 bambini su 1.000 non arrivavano al quinto anno di età.

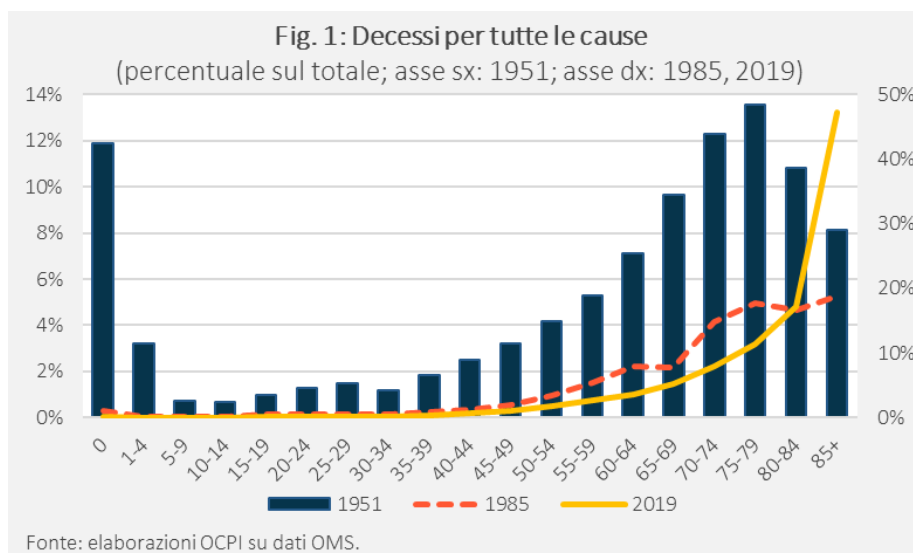
Ulteriori importanti informazioni emergono dal dataset dell'OMS che offre una disaggregazione dei dati per età e per diversi Paesi del mondo, tra cui l'Italia.^[5]

Principali cause di morte

La Fig. 1 mostra la percentuale dei morti per ciascuna fascia d'età rispetto al totale dei morti dell'anno in esame.^[6] Per esempio, nel 1951 il numero di decessi dei neonati sotto il primo anno di vita è stato pari a 57.348; il numero di decessi totale (considerando cioè tutte le fasce d'età) è stato pari invece a 481.911.

Di conseguenza, il 12% circa delle morti complessivi dell'anno in esame è da attribuirsi al numero di decessi rientrante nella fascia dei neonati.

Come emerge dalla Figura, la percentuale dei decessi dei neonati sul totale in Italia è diminuita enormemente negli anni: questo valore è sceso da 12% nel 1951 a 1,1% nel 1985 e a 0,2% del 2019, il che segnala gli enormi progressi nella qualità delle cure materno-infantili, oltre che delle condizioni igienico-sanitarie.



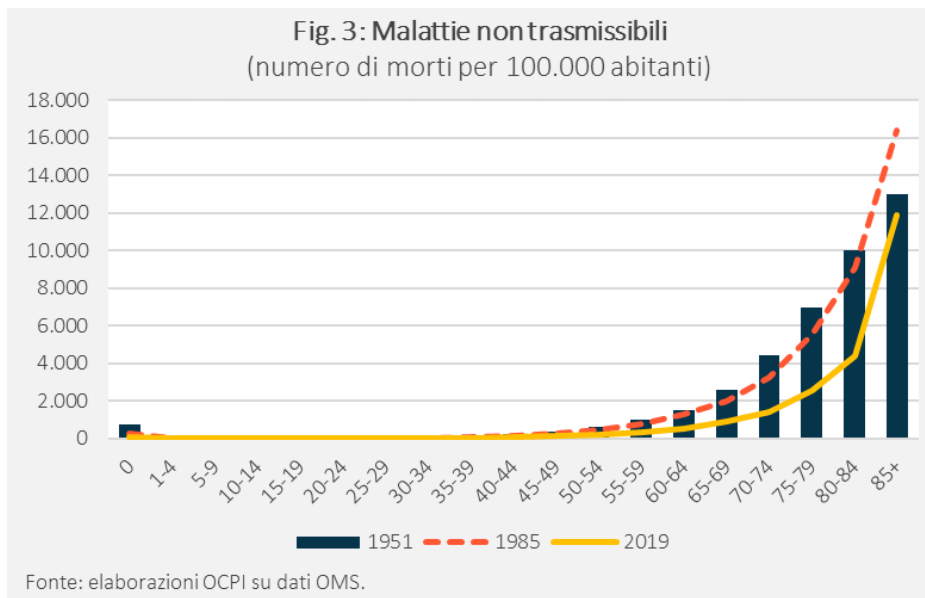
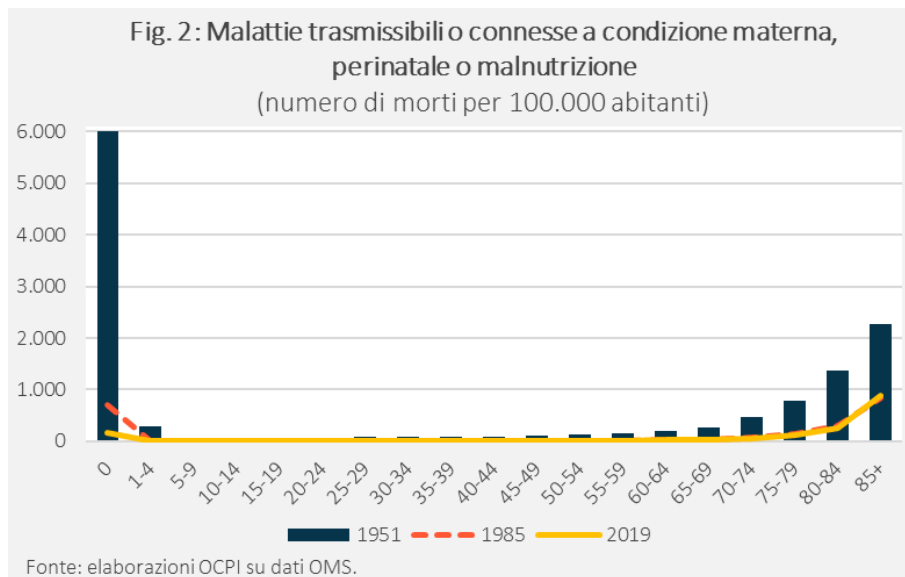
Confrontando la percentuale delle morti fra il 1951 e il 2019 si nota poi come la mortalità sia diminuita per tutte le fasce d'età considerate, con la sola (ovvia) eccezione della fascia degli ultra ottantenni.

Per la fascia d'età compresa fra i 75 e i 79 anni la percentuale dei morti sul totale è diminuita dal 13,5% del 1951 all'11,4% del 2019. Per gli ultra ottantenni, la percentuale sale al 64,4%.

In altre parole, circa due terzi degli italiani supera gli ottanta anni di età.

Oltre al totale dei decessi, il database dell'OMS riporta il numero di morti per molte delle malattie che ancora oggi affliggono i vari Paesi nel mondo.

Le figure che seguono rappresentano il numero di decessi in Italia per 100.000 abitanti per le quattro macrocategorie presenti nel database OMS: malattie trasmissibili o connesse a condizione materna, perinatale o malnutrizione (Fig. 2), malattie non trasmissibili (Fig. 3) e lesioni (Fig. 4).^[7]



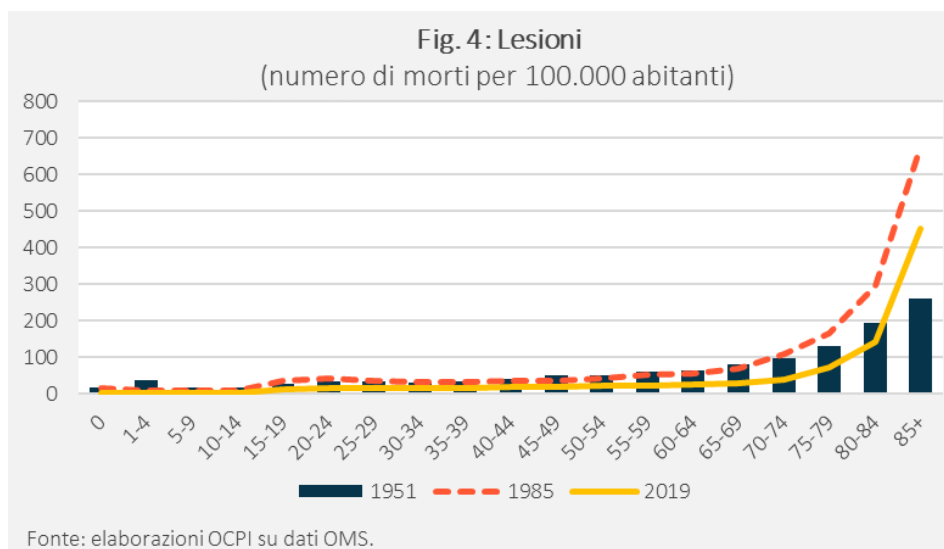
La prima macrocategoria include i dati per malattie come l'HIV, la meningite, la malaria, l'epatite B e C, la lebbra e il Covid-19.

Fra il 1951 e il 2019 il numero di morti totale (cioè senza distinzione di età) di questa macrocategoria è diminuito, in valori assoluti, di quasi 80 mila unità; rapportando il numero di decessi per 100.000 abitanti, la mortalità è diminuita di 185 casi.

Per quanto riguarda questo ultimo indicatore, la diminuzione maggiore si registra nella fascia di età dei neonati (con una diminuzione di quasi seimila decessi) e per gli ultra ottantenni (-1.107 decessi per la fascia 80-84 anni e -1.382 decessi per gli ultra ottantacinquenni).

La seconda macrocategoria include i dati per decessi attribuibili a malattie "non trasmissibili" direttamente da individuo a individuo, come tumori o malattie cardiovascolari.

Il numero di morti totale attribuibile a queste cause di morte è aumentato negli anni: il numero di morti per 100.000 abitanti è aumentato dai 644 del 1951, a 850 nel 1985 fino ai 944 del 2019.



Tuttavia, per tutte le fasce di età la mortalità è in diminuzione. Il motivo è che oggi il 64% dei decessi per queste cause riguarda persone con più di 80 anni, mentre nel 1951 era solo il 18% e oggi gli ultraottantenni sono una classe molto numerosa.

Il progresso è sensibile anche rispetto al 1985; la probabilità di morte rispetto ad allora è scesa in tutte le classi di età ed addirittura diminuita del 5% negli ultraottantenni.

La terza macrocategoria include i dati per decessi relativi a lesioni intenzionali (atti violenti e deliberati), non intenzionali (per esempio incidenti stradali o disastri naturali) e altri incidenti che possono rientrare in questo gruppo.

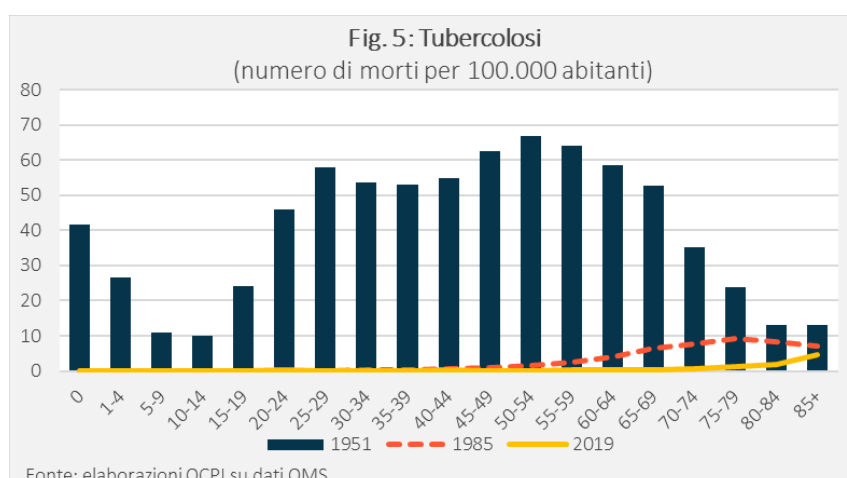
Il dato aggregato segnala un aumento in termini assoluti (+4.823 decessi nel 2019 rispetto al 1951), ma una piccola riduzione del rapporto su 100.000 abitanti (pari a un decesso).

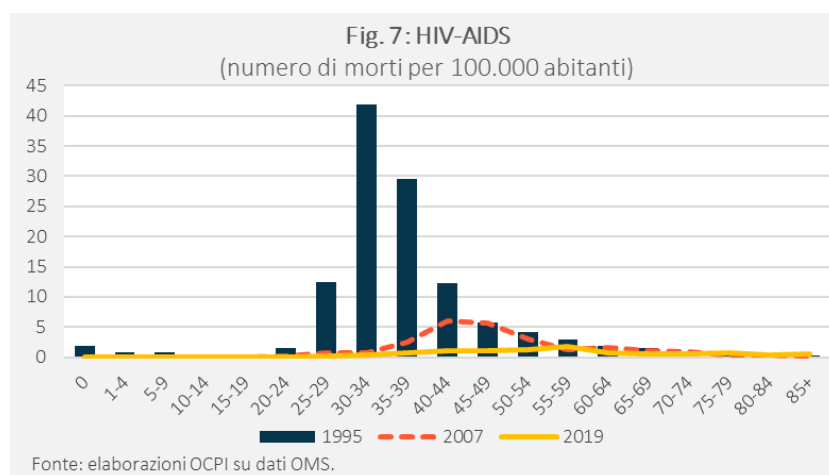
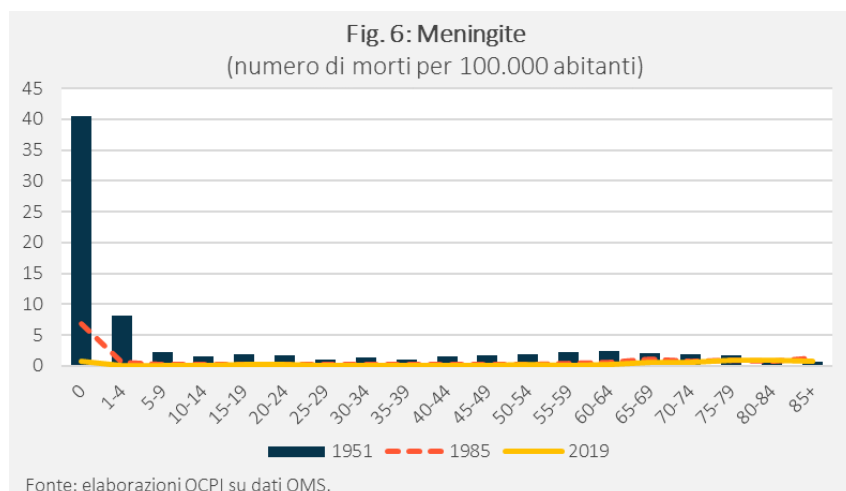
Distinguendo la popolazione per età, fra il 1951 e il 2019 tutte le fasce registrano una diminuzione in rapporto alla popolazione a eccezione della fascia degli ultra-ottantacinquenni (+189 decessi), il che suggerisce che oggi la gran parte degli "incidenti" riguardano persone anziane, verosimilmente in condizioni di salute precarie.

Tubercolosi, meningite e HIV

All'interno del primo macro-cluster l'OMS include alcune malattie infettive che in passato hanno segnato le popolazioni di tutto il mondo.

Le seguenti figure rappresentano l'andamento della mortalità di alcune di queste malattie, quali tubercolosi (Fig. 5), meningite (Fig. 6) e HIV-AIDS (Fig. 7).





Come emerge dalle Figg. 5 e 6, i tassi di mortalità legati sia alla tubercolosi (malattia che mieteva quasi 20 mila vittime all'anno) sia alla meningite (malattia che uccideva 334 neonati all'anno) sono stata praticamente azzerati.

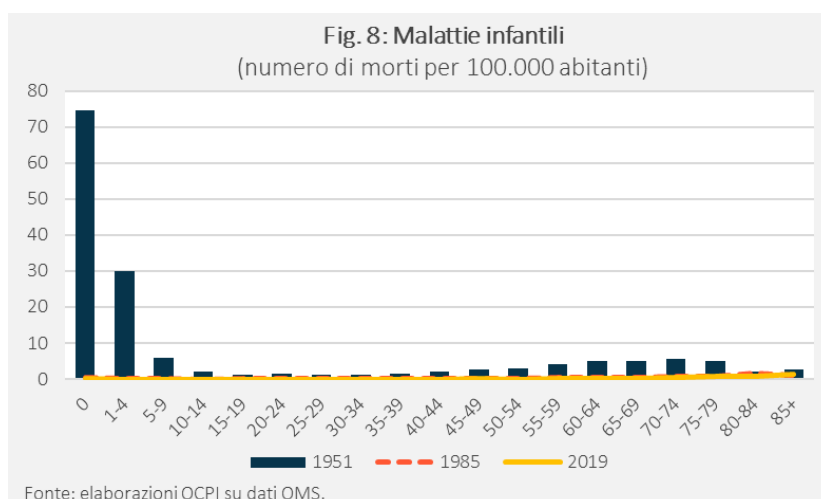
La Fig. 7 mostra come è stata sconfitta la seconda grande epidemia degli ultimi decenni: l'HIV.

Il numero di morti è diminuito dal picco di 4.821 nel 1995, a 1.022 nel 2007 fino a 394 nel 2019.

Il numero di morti per 100.000 abitanti è passato così da 8,5 del 1995, a 1,7 nel 2007 a 0,66 nel 2019.

Malattie infantili

All'interno della prima macroarea, l'OMS fa rientrare anche il gruppo di malattie infettive infantili comprendente pertosse, poliomielite, difterite, morbillo e tetano (Fig. 8).



Come emerge dalla Fig. 8, la mortalità legata a queste malattie è scesa drasticamente negli ultimi decenni, principalmente grazie alla diffusione delle vaccinazioni pediatriche.

A livello aggregato, siamo passati dai 6 morti ogni 100.000 abitanti del 1951, a 0,2 nel 1985 a 0,16 morti del 2019.

La riduzione più consistente si registra, ovviamente, nelle prime fasce d'età: la fascia dei neonati passa infatti dai 75 morti ogni 100.000 abitanti del 1951, a 0,5 nel 1985 fino a 0,24 morti del 2019. La fascia di età da 1-4 anni passa invece dai 30 morti registrati nel 1951, a 0,08 decessi nel 1985 a zero decessi del 2019; zero morti si registrano anche per tutte le altre fasce d'età dai 5 ai 44 anni d'età.

È interessante notare come negli anni la mortalità legate a queste malattie sia passata dalle generazioni più giovani a quelle più anziane: nel 2019 la fascia che ha registrato più decessi è quella degli ultra-ottantacinquenni (28 morti totali), seguita dalla fascia di 75-79 anni e di quella per gli 80-84 anni (entrambi 17 morti); solo un decesso si è registrato per le fasce più giovani (in particolare, nella fascia dei neonati).

Completamente opposta era invece la situazione nel 1951: 617 erano i morti nella fascia dei neonati, 1.049 nella fascia d'età fra 1 e 4 anni e 227 fra i 5 e i 9 anni; solo 7 erano invece i morti della fascia 80-84 anni, mentre solo 4 sono stati i morti nella fascia degli ultra-ottantacinquenni.

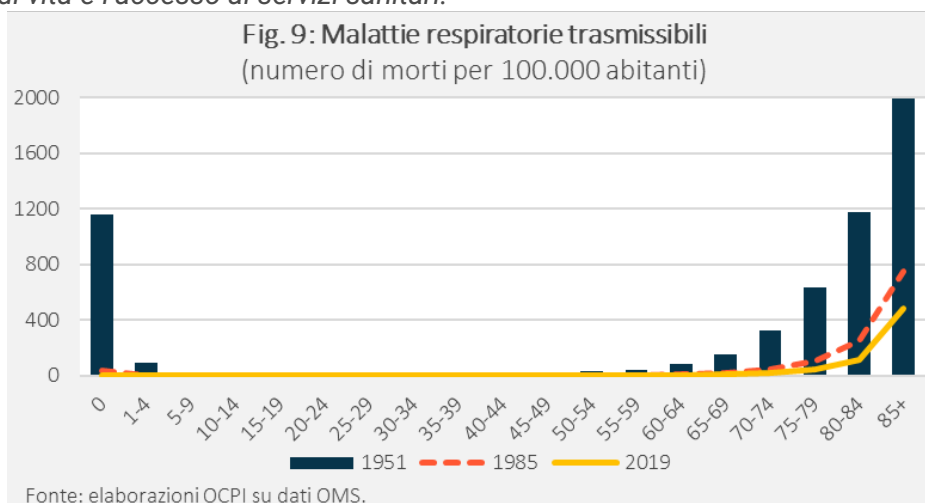
Il cambiamento della mortalità per fascia d'età e l'azzeramento del numero di morti nelle fasce giovanili è un segno evidente dell'efficacia dei vaccini.

Malattie respiratorie trasmissibili

Le malattie respiratorie trasmissibili rappresentano una significativa preoccupazione per la salute pubblica a livello globale.

Secondo l'OMS, queste malattie includono infezioni come l'influenza, la SARS, il Covid e la polmonite, che possono diffondersi facilmente attraverso il contatto diretto o l'aria.

La mortalità associata a queste malattie può variare notevolmente in base a diversi fattori, tra cui l'età, le condizioni di vita e l'accesso ai servizi sanitari.



Secondo una percezione molto comune queste malattie stanno aumentando per via dell'inquinamento, a sua volta dovuto all'industrializzazione, all'urbanizzazione, alla globalizzazione e all'uso di agenti chimici in agricoltura. I dati dicono altro (Fig. 9).

I tassi di mortalità sono diminuiti drasticamente: da 78 decessi per 100.000 abitanti nel 1951 si è scesi a 27 nel 2019. Nel 1951 la mortalità era concentrata nei bambini e negli anziani.

Fra il 1951 e il 2019 il tasso di mortalità è crollato da 1.151 ogni 100 mila bambini sotto l'anno di età a 3,4. E da 1.994 ogni dieci mila abitanti a 483 per gli ultra ottantacinquenni.

Rimane che le malattie respiratorie colpiscono oggi soprattutto gli anziani ultra 85enni, che rappresentano il 65% di questa causa di morte.

Malattie cardiovascolari

Le malattie cardiovascolari comprendono una vasta gamma di condizioni che colpiscono il cuore e i vasi sanguigni, tra cui la cardiopatia ischemica, l'ictus e l'insufficienza cardiaca.

I fattori di rischio principali includono ipertensione, diabete, fumo, obesità e uno stile di vita sedentario.

Come noto questa è una delle cause di morte più frequenti nei Paesi avanzati.

Infatti, i tassi di mortalità complessivi non sono diminuiti nel corso del tempo: erano 369 decessi ogni 100.000 abitanti nel 1951 e sono rimasti a 363 nel 2019.

Ciò che è drasticamente cambiata è l'età a cui si muore per queste malattie.

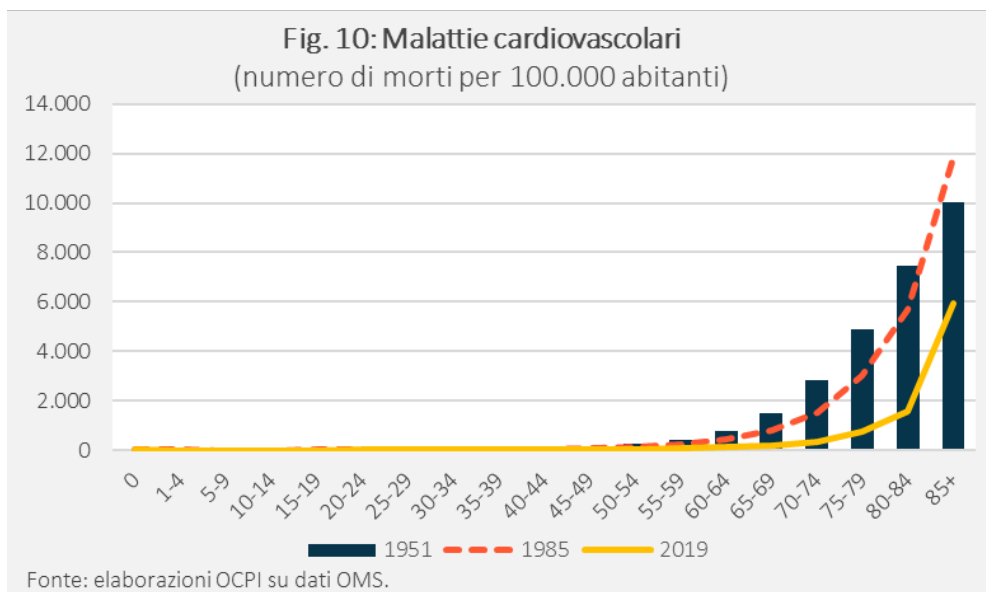
Nel 1951 oltre i due terzi dei decessi avvenivano prima degli 80 anni.

Nel 2019 oltre due terzi avvengono dopo gli 80 anni.

Ciò non significa che oggi un ultraottantenne abbia un maggiore probabilità di morire per queste malattie.

Infatti la categoria degli ultra ottantacinquenni è enormemente cresciuta e quindi in proporzione alla popolazione la probabilità di morte si è quasi dimezzata, da 10.046 ogni 100.00 abitanti a 5.921.

Guardando la Fig. 10, colpisce anche in questo caso il crollo di decessi che si è avuto non solo dal 1951, ma anche dal 1985.



Tumori maligni

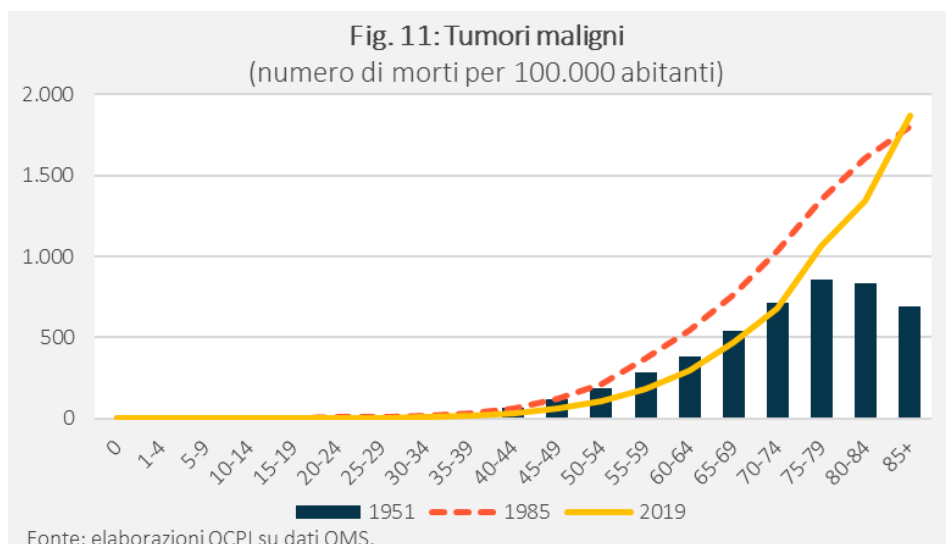
I tumori maligni, secondo l'OMS, rappresentano un grave problema di salute pubblica in tutto il mondo. Nel corso del tempo, sono stati osservati cambiamenti significativi nei tassi di mortalità per tumori maligni, evidenziando sia i progressi nella prevenzione e nella cura, sia le sfide emergenti legate allo stile di vita e all'ambiente.

In Italia, la mortalità per tumori maligni è salita da 113,5 per 100.000 abitanti nel 1951 a 234 nel 1984 e poi ancora a 285 nel 2019. Sconfitte quasi tutte le altre malattie, i tumori assumono un peso che non hanno mai avuto in precedenza. Ma anche in questo caso è importante notare che i tumori oggi colpiscono quasi solo persone in età avanzata.

I decessi per tumori sopra i 70 anni sono oggi il 72% del totale, mentre nel 1951 erano il 34%.

I progressi della medicina ci consentono di vivere anche molti anni controllando la diffusione del tumore. Peraltro, come si vede dalla Fig. 11, la probabilità di morire di tumore oggi supera il dato del 1951 solo per le classi di età superiori a 75 anni.

Il progresso è molto sensibile anche rispetto al 1985, anno nel quale la probabilità di morire di tumore superava il dato del 1951 già all'età di 50 anni.



[1] Si veda la nostra precedente nota: *"Salute della popolazione, i trend globali"*, 17 maggio 2024.

[2] Si vedano i dati Istat al seguente [link](#).

[3] Si veda il seguente [link](#).

[4] I dati sulla mortalità infantile vengono dal [dataset](#) di Gapminder.

[5] Il database dell'OMS è disponibile al seguente [link](#).

[6] Per poter rappresentare al meglio l'andamento storico della percentuale dei decessi, la Fig. 1 mostra i dati relativi a tre anni: 1951, 1985 e 2019. I valori del primo anno si riferiscono all'asse verticale sinistro; i valori del secondo e terzo anno, invece, si riferiscono all'asse verticale destro. È stato scelto questo formato per poter rappresentare al meglio dal punto di vista grafico i dati di tutte le serie e di tutte le fasce d'età in esame.

[7] Nel database OMS è presente anche una categoria residuale (**'ill-defined diseases'**) in cui rientrano tutte le altre cause di morte non riconducibili all'interno delle quattro macro-categorie citate. Confrontando i dati dal 1951 al 2019 il numero di decessi per 100.000 abitanti è diminuito per tutte le fasce d'età in esame.

Stupisce in particolare il dato degli ultra-ottantenni: rispetto al 1951 il numero di decessi è diminuito di tremila unità per la fascia d'età compresa tra gli 80 e 84 anni e di ottomila unità per chi ha più di ottantacinque anni.

<https://osservatoriocpi.unicatt.it/ocpi-pubblicazioni-la-buona-salute-degli-italiani>

quotidianosanita.it

La sanità e la mancanza di una visione generale

Roberto Polillo, Mara Tognetti

31 MAG -

Gentile direttore,

la proposta di riforma sanitaria elaborata dai 5 stelle si articola in modo più ampio rispetto a quella avanzata dal Partito Democratico, da noi recentemente commentata criticamente su QS, ma elude quelle stesse problematiche di governance che rendono debole il disegno di legge di Elly Schlein.

Nel merito del nuovo disegno di legge 5 stelle le proposte si concentrano sui seguenti problemi:

- le risorse da riservare al SSN, fissate all'8 % del PIL (con una ulteriore salvaguardia in caso di andamento anticiclico dell'economia);

-Il riaggiustamento, condivisibile, dei criteri di riparto del FSN in cui devono entrare ulteriori parametri e indicatori di deprivazione economico - sanitaria a vantaggio delle regioni del Sud, oggi penalizzate ingiustamente.

-l'incremento del numero di posti letto ospedalieri ri-allineandoli alla media europea;

-il superamento della legislazione emergenziale sui tetti di spesa avviata dal governo Monti e mai rimossa con lo sblocco della possibilità di assumere il personale sanitario;

- l'unicità delle liste di prenotazione senza differenza tra strutture pubbliche e private;

- i limiti all' esercizio dell'intramoenia in caso di scarsa trasparenza sulla gestione delle liste di attesa da parte delle strutture sanitarie.

Si tratta dunque di una proposta che pone sul piatto un investimento di grande respiro nell'ordine dei 20 miliardi e che identifica nei tagli ad altri capitoli di spesa e nella rimodulazione delle detrazioni le fonti di finanziamento.

Un punto sostanziale ma difficilmente realizzabile essendo del tutto evidente l'impraticabilità di una tale strada. Non si indicano quali spese dovrebbero essere tagliate (forse quelle militari?) mentre non si può condividere la proposta di introdurre ulteriori penalizzazioni per i dipendenti pubblici e privati, che sono le principali -anzi uniche- fonti dell'Irpef, rendendo la loro tassazione ancora più pesante con la rimodulazione in pejus dei pochi benefici fiscali di cui godono.

Come atteso, nessun riferimento ai 100 miliardi di IRPEF evasi e al doveroso recupero degli extra- profitti delle banche e dei grandi operatori finanziari arricchitisi in questi ultimi anni giocando sul differenziale costo centrale del danaro e interessi praticati sul credito. Anche in questo caso non sembra questo un problema prioritario per il decisore pubblico.

Le conseguenze inevitabili

La proposta 5 stelle, dunque, invece di dare un po' di ristoro ai super tartassati, pensionati compresi, abbassando le loro aliquote facendo pagare gli evasori, si tradurrebbe in una ulteriore penalizzazione di chi già paga i servizi per tutti.

Con un ulteriore paradosso per quelli a maggiore reddito, come i medici, considerati dal fisco benestanti o ricchi, che finanziano per intero il SSN ma devono pagarsi le prestazioni con tickets e compartecipazione alla spesa sanitaria e sociale.

Con la proposta 5 stelle, dunque, al danno si aggiungerebbe la beffa.

La mancanza di una visione generale

Per quanto riguarda invece gli aspetti di sistema nulla viene detto su qualità del lavoro, sulla formazione del personale e sui modelli organizzativi.

Anche per i 5 stelle valgono purtroppo le osservazioni con cui abbiamo commentato la proposta del PD. C'è una totale mancanza di comprensione del fatto che la crisi del SSN è di natura strutturale ma ancora di più sovrastrutturale e organizzativa e che non ci può essere cambiamento senza un ripensamento complessivo della filosofia di governo del nostro SSN dal livello alto dei rapporti istituzionali tra organi dello Stato a quello micro dell'équipe di cura.

Le criticità più macroscopiche, o quelle che più direttamente si misurano sulla pelle dei cittadini come le liste di attesa o le rinunce alle cure, sono, come più volte sottolineato, l'esito di una degenerazione del modello originale del SSN che in modo deliberato è stato accettato da tutti i tipi di decisori politici; senza

mai considerare che queste situazioni dirompenti sono l'esito di malfunzionamenti e derive complessive del SSN a partire dal non perseguimento dei principi di base quale la prevenzione e la promozione della salute.

Proposte "specchietto per le allodole" che non scontentano nessuno, ivi comprese le intoccabili lobbies dei medici di famiglia, in periodo pre-elettorale lasciano ancora una volta il tempo che trovano.

La necessità di un disegno complessivo

Le molte osservazioni, critiche e valutazioni apparse anche su QS, alle diverse proposte di riforma del SSN, e noi fra queste lo abbiamo ripetuto con insistenza, sottolineano l'importanza di una visione complessiva di ciò che si vuole ridisegnare, quali strategie sono sottese ai singoli interventi a cui si sceglie di dare priorità che però debbono essere inseriti in modo vincolante in un unico disegno la cui compiutezza deve essere vincolata a tempi, risorse, metodologie programmatiche certe e verifica da parte di chi dei servizi è il destinatario.

Insistiamo nel ripetere che proposte che non considerano la filiera del sistema, le sue criticità, sono destinate a fallire e/ o a produrre malfunzionamenti che si sommano a quelli prodotti nel corso dei 40 e oltre anni di vita del SSN.

La proposta del Ministro Schillaci

Anche quest'ultima si muove per singole emergenze, per urgenze, senza collocare il problema delle liste di attesa nel più complessivo funzionamento del SSN, cosa che non può essere giustificato se la proposta arriva dal Ministro della Salute che dovrebbe avere a cuore il funzionamento del SSN nel suo complesso. La proposta relativa alla riduzione delle liste di attesa finalmente crea un sistema unico di prenotazione vincolando la conferma o la disdetta dell'appuntamento. Allinea alcune attività del pubblico e del privato accreditato ma non si pone alcun interrogativo e quindi nessuna proposta, su come far funzionare la macchina complessiva a partire dai servizi territoriali per eliminare le molte richieste di visita improprie senza scorciatoie burocratiche per i medici di base.

Nulla dice sulla necessità di ridisegnare le competenze, i ruoli e la collocazione giuridica del personale sanitario, superando l'attuale frammentazione che allontana dal lavoro pubblico le giovani generazioni consapevoli di come non ci sia spazio per le loro istanze professionali.

Nello schema di decreto del Ministro, molto articolata e complessa, appare la filiera di comando che però ha un limite nel momento in cui negli organismi di controllo e monitoraggio inserisce le posizioni apicali delle diverse agenzie coinvolte.

Proposta che di per sé dà per scontato il ruolo formale e non sostanziale dei diversi organi chiamati a governare le liste di attesa. Esito non certo legato alla cattiva volontà dei componenti del gruppo ma al fatto che sono già fortemente impegnati a far funzionare le strutture che dirigono.

Manca come al solito un approccio aperto al coinvolgimento degli altri attori del campo istituzionale che vengono mantenuti ai margini.

Eppure, è del tutto evidente come una distribuzione delle funzioni e una valorizzazione anche delle competenze non apicali è spesso garanzia di maggior funzionamento di macchine complesse.

Inoltre, quest'ultimo organismo proposto non ha solo funzioni di controllo ma di monitoraggio e verifica quindi ragione di più per inserire competenze non solo sanitarie ma anche economiche, sociali ecc.

Torneremo sulla proposta Schillaci appena avremo un testo più definitivo ma la scelta di privilegiare il bastone di comando non sembra avere un respiro lungo.

Conclusioni

Poiché abbiamo a disposizione diverse proposte e tutti coloro che le hanno formulate hanno evidenziato che debbono essere integrate e ulteriormente arricchite in sede di discussione, potrebbe essere arrivato il momento per creare una nuova costituente per la garanzia del principio costituzionale fondamentale salute. Avviare una discussione pubblica aperta al contributo di tutti sarebbe un modo per rigenerare quel clima di fiducia tra cittadini e decisori politici che si è perduto con il tempo e che è il massimo responsabile della disaffezione al voto che ha caratterizzato in modo drammatico le ultime tornate elettorali.

https://www.quotidianosanita.it/lettere-al-direttore/articolo.php?articolo_id=122535

I medici per domani

Andrea Vannucci, docente di Programmazione, Organizzazione e Gestione delle aziende sanitarie
DSIM - 'Università di Siena

Il percorso di uno studente di medicina è tradizionalmente uno dei più impegnativi. Superare il test di ammissione è il primo confine da attraversare. Nel 2022, come confermato dal Ministero dell'Università e della Ricerca, la percentuale degli idonei è stata del 50,76%. In compenso, poi, il tasso di abbandono a Medicina è basso: il 2%.

Aldilà delle discussioni sulla selezione iniziale e su i pro e contro del numero chiuso, negli ultimi anni una grande incertezza si presenta per gli attuali e futuri studenti di medicina: come sarà dopo la laurea e la specializzazione la loro professione?

La pratica medica sta subendo un cambiamento significativo e la pandemia COVID-19 ha agito da acceleratore. La rivoluzione digitale, con la possibilità di fornire diagnosi, consultazioni e cure a distanza, e poi il prepotente avvento dell'IA, e infine la robotica con interazioni operatore macchina e anche paziente macchina un tempo impensabili, stanno cambiando il panorama medico e la relazione medico-paziente.

A fronte di una realtà in così rapida evoluzione, gli studenti di medicina potrebbero non sentirsi preparati per un ruolo in grado di trasformare le tante e nuove opportunità in reali benefici per i loro pazienti e per loro stessi.

I pazienti "potenziati"

I progressi della sanità digitale sono alimentati dallo sviluppo e dalla disponibilità, crescente e a costi contenuti, delle tecnologie. In questo contesto di cambiamento l'efficace attuazione della pratica medica si basa su una mutazione culturale che prevede un rinnovamento dei ruoli, delle relazioni e delle alleanze. Una rivoluzione di ogni modello di cura passato, soprattutto quando gerarchico e basato su una comunicazione unidirezionale.

Quanto già da alcuni decenni era in progressivo declino viene spazzato via e diventerà qualcosa di quasi difficile anche solo da immaginare per le future generazioni.

Ormai le persone comuni sono attente alle informazioni che riguardano la loro salute e che possono osservare con facilità sui loro smartphone. In particolare molti pazienti stanno imparando, grazie ai molteplici dispositivi indossabili disponibili, a controllare parametri, diventando progressivamente più esperti.

Si può anche minimizzare il fenomeno, forse giusto per il tempo necessario e veder scomparire il segmento di popolazione più anziano e con minore (ma non in tutti i casi) alfabetizzazione digitale, ma questo non toglierà che le relazioni tra professionisti sanitari ed assistiti assumeranno sempre di più la dimensione della partnership: i pazienti "potenziati" saranno portatori di informazioni sulla propria salute attraverso i dati raccolti dai dispositivi indossabili e pronti a discutere strategie di cura e piani di trattamento con i loro curanti.

Chi pensa che sarà una diminuzione del fare il medico sbaglia perché il ruolo di guida rimarrà importante, solo che cambierà. I medici conserveranno, probabilmente aumenteranno, le conoscenze che servono per decidere quale rilevanza clinica avranno i dati raccolti e quelle per raccomandare ai pazienti quali prodotti sanitari digitali dovranno scegliere per la gestione delle loro condizioni di malattia o di salute. Una conoscenza indispensabile per i futuri medici perché, con una miriade di strumenti disponibili, i pazienti potrebbero diventare vittime di un mercato che li spinge ad un consumismo sanitario che avvantaggia i produttori ma non gli utilizzatori.

I futuri medici, se protagonisti di tali cambiamenti, sapranno come sostenere pazienti che saranno sempre più consapevoli e responsabilizzati. Sarà come se i pazienti diventassero (e lo diventeranno realmente) membri del "team sanitario" e i medici dovranno imparare a lavorare con loro, capire i loro bisogni e guidarli ma contemporaneamente essere in grado di accogliere e incoraggiare i loro suggerimenti per migliorare l'esperienza medica.

L'intelligenza artificiale

I racconti di fantascienza spesso raffigurano l'IA come un sorpasso degli esseri umani, portando a un futuro distopico. I recenti sviluppi nel campo dell'IA permettono ormai di confrontare quanto avviene nella vita reale

con tali rappresentazioni. I timori che l'IA prenda il sopravvento sugli esseri umani includono anche la paura che possa sostituire i medici, ma ciò è probabilmente infondato. L'IA non può sostituire il tocco umano né l'empatia richiesta nella dinamica di una cura. Curare con la giusta compassione rimarrà una questione tra umani e i futuri medici devono affinare questa abilità e potranno anzi dedicare più tempo per parlare con i loro pazienti di quanto non sia possibile adesso.

Un uso vantaggioso dell'IA, anche nella pratica clinica del singolo professionista, sarà l'aiuto nel fare scelte e prendere decisioni che rispondono ad elevati standard di appropriatezza clinica.

L'IA ha la capacità di analizzare grandi quantità di dati sanitari, come record elettronici dei pazienti, dati di imaging, risultati di test di laboratorio, trials clinici e studi scientifici.

Utilizzando algoritmi avanzati, l'IA può identificare modelli e tendenze che possono aiutare a prendere decisioni migliori, tempestive e più informate sulla diagnosi e la scelta del trattamento. Il campo nel quale già si preannunciano i maggiori vantaggi sarà quello della personalizzazione della cura.

Tale possibilità, finalmente concreta, porterà al progressivo abbandono dei PDTA, a cui potremo riconoscere il merito di essere stata un utile fase di transizione dell'assistenza verso la nuova realtà, cioè "quella cura per quel paziente".

L'IA, che può analizzare i dati individuali dei pazienti, come storia clinica, dati genetici e fattori di rischio, suggerirà i trattamenti personalizzati e sarà d'aiuto nella gestione delle terapie grazie anche alle sue possibilità di monitorare e gestire il trattamento dei pazienti nel tempo.

Nuovi saperi

I medici dovranno anche sviluppare rapidamente abilità "ingegneristiche", soprattutto per saper interagire con gli strumenti di intelligenza artificiale generativa.

Questi strumenti sono diventati popolari negli ultimi anni e miglioreranno nel tempo.

Saper cercare suggerimenti e porre domande efficaci li potranno aiutare nel corso della professione in molti aspetti: dalle attività cliniche a quelle burocratiche / amministrative, nonché aiutarli nelle attività di ricerca e di formazione continua.

Tali abilità vanno insegnate già nel corso di studi universitari e possono essere ulteriormente trasferite ad altri futuri modelli di intelligenza artificiale migliorandone le performance.

Ciò renderà i futuri medici più rilevanti nell'era futura della salute.

Coloro che useranno l'IA generativa probabilmente sostituiranno progressivamente i colleghi che non sanno usare tale tecnologia e ciò potrebbe avvenire rapidamente.

L'alfabetizzazione sanitaria digitale

Per rimanere al massimo del loro ruolo come futuri medici, gli studenti di medicina hanno bisogno di alfabetizzazione sanitaria digitale.

Dovranno quindi tenere il passo con le complessità delle tendenze, degli approcci e delle tecnologie emergenti della salute digitale al fine di fornire cure abilitate digitalmente.

Dovranno avere una mente aperta verso nuove pratiche ed essere pronti a continuare ad imparare sempre.

Questo, a sua volta, consentirà loro di guidare e supportare i loro pazienti durante la loro esperienza di sanità digitale.

La generazione di coloro che arrivano adesso a Medicina ha tutte le competenze digitali per assumere il ruolo professionale adeguato alle opportunità che i progressi tecnologici offrono ma è fondamentale, e questa è la sfida, che trovino ecosistemi congeniali allo scopo, prima educativi e poi professionali.

Coloro che ancora decidono in merito appartengono a generazioni meno predisposte a questo tipo d'innovazione e potrebbero avere comportamenti professionali conservatori, sia come educatori che come dirigenti di servizi clinici.

Questo è un rischio che deve essere considerato e risolto se abbiamo a cuore il futuro delle cure mediche e dei professionisti che le praticheranno.

<https://www.toscanamedica.org/i-medici-per-domani/>

NAVIGATING THE CLINICIAN SHORTAGE CRISIS



Spesa sanitaria al 7% del Pil solo nel 2050. Il dossier della Ragioneria generale dello Stato

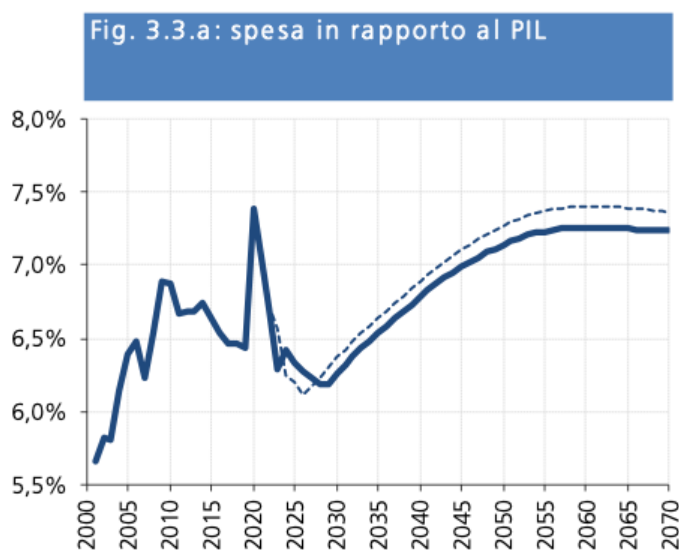
Lo scarto tra i principali scenari è molto ridotto e vede una crescita del livello di spesa in rapporto al Pil arrivare alla soglia del 7% solo nel 2050. Tra ben 25 anni. Nei diversi scenari esaminati si raggiungerà poi il 7,2 o 7,3% del Pil nel 2070. Dati molto distanti dagli auspicati interventi legislativi presentati in parlamento con i quali si punta ad ancorare la spesa sanitaria ad un livello minimo di Pil mai inferiore al 7,5% già nei prossimi anni.

25 GIU -

Come evolverà la dinamica della spesa sanitaria rispetto al Pil negli anni a venire. Ad illustrarci il suo andamento, sulla base di diversi scenari, è il documento della Ragioneria generale dello Stato. Lo scarto tra i principali scenari è molto ridotto e vede una crescita del livello di spesa in rapporto al Pil arrivare alla soglia del 7% solo nel 2050. Tra ben 25 anni. Dati molto distanti dagli auspicati interventi legislativi presentati in parlamento con i quali si punta ad ancorare la spesa sanitaria ad un livello minimo di Pil mai inferiore al 7,5% già nei prossimi anni.

Nello **scenario a legislazione vigente del Def 2024**, si spiega, la spesa sanitaria è prevista crescere nel triennio 2025-2027 ad un tasso medio annuo del 2 per cento; nel medesimo arco temporale, il Pil nominale crescerebbe in media del 3,1 per cento e, nel 2027, il rapporto fra spesa sanitaria e Pil è stimato pari a 6,2 per cento.

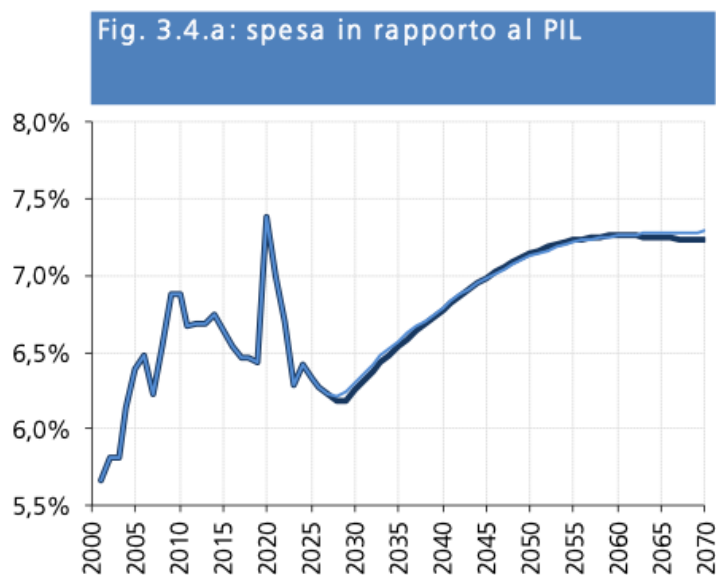
Il documento passa poi ad analizzare il **pure ageing scenario**, ossia nell'ipotesi che il rapporto fra consumo pro capite standardizzato (Cps) e Pil pro capite resti costante rispetto al livello raggiunto nel 2029, la previsione del rapporto spesa sanitaria/PIL, dopo il picco del 2020, pari a 7,4 per cento e imputabile principalmente ai maggiori oneri di natura temporanea previsti per fronteggiare l'epidemia Covid, passa dal 6,2 per cento del 2027 al 7,2 per cento del 2070 con un aumento, nel lungo periodo tra il 2027 e il 2070, di circa 1 punto percentuale. Dopo un biennio di sostanziale stabilità, a partire dal 2030, la curva presenta un andamento crescente nel tempo. Solo a partire dal 2055 si osserva un progressivo rallentamento nel ritmo di crescita che tende ad annullarsi nell'ultimo quindicennio del periodo di previsione. La dinamica del rapporto si spiega essenzialmente con il progressivo aumento della popolazione anziana, in termini assoluti e relativi, che caratterizza l'intero periodo di previsione.



La curva sottile della figura consente di analizzare quale sarebbe l'effetto dell'invecchiamento demografico sull'evoluzione del Cps, espresso in termini di Pil pro capite, qualora si perseguisse una politica economica finalizzata alla stabilizzazione del rapporto fra spesa sanitaria pubblica e Pil. A partire dal 2030, la distanza fra la curva sottile e la curva in grassetto misura di quanto il Cps si dovrebbe discostare dall'indice del PIL pro capite per garantire una crescita della spesa sanitaria coerente con la dinamica del Pil. Dalla figura risulta che la quota del Cps, misurata in termini di Pil pro capite, a cui i cittadini dovrebbero rinunciare per consentire il conseguimento dell'obiettivo di politica economica, è pari a circa 14 punti percentuali alla fine del periodo di previsione. Vale ricordare che lo scostamento fra le due curve misura esclusivamente l'impatto delle trasformazioni demografiche sui costi del sistema

sanitario. Infatti, nell'ipotesi di invarianza della struttura per età e sesso della popolazione, le due curve risulterebbero coincidenti.

Nelle ipotesi macroeconomiche e demografiche dello **scenario Epc-Wga baseline**, rispetto allo scenario nazionale, mostrano valori quasi coincidenti per tutto il periodo di previsione con differenze di circa mezzo decimo di punto percentuale a partire dal 2030. Nel 2070 il rapporto spesa/Pil dello scenario Epc-Wga si colloca ad un valore pari al 7,3 per cento, mentre quello dello scenario nazionale base è pari a 7,2 per cento.



Nello studio si rappresentano infine ulteriori sottoscenari che però si discostano tra loro solo in minima parte differendo di circa lo 0,1% nel rapporto tra spesa sanitaria e Pil.

https://www.quotidianosanita.it/governo-e-parlamento/articolo.php?articolo_id=123040

quotidianosanita.it

Spesa sanitaria: sale o scende? Analisi macroeconomica di contesto

Gabriele Pelissero, Presidente nazionale Aiop

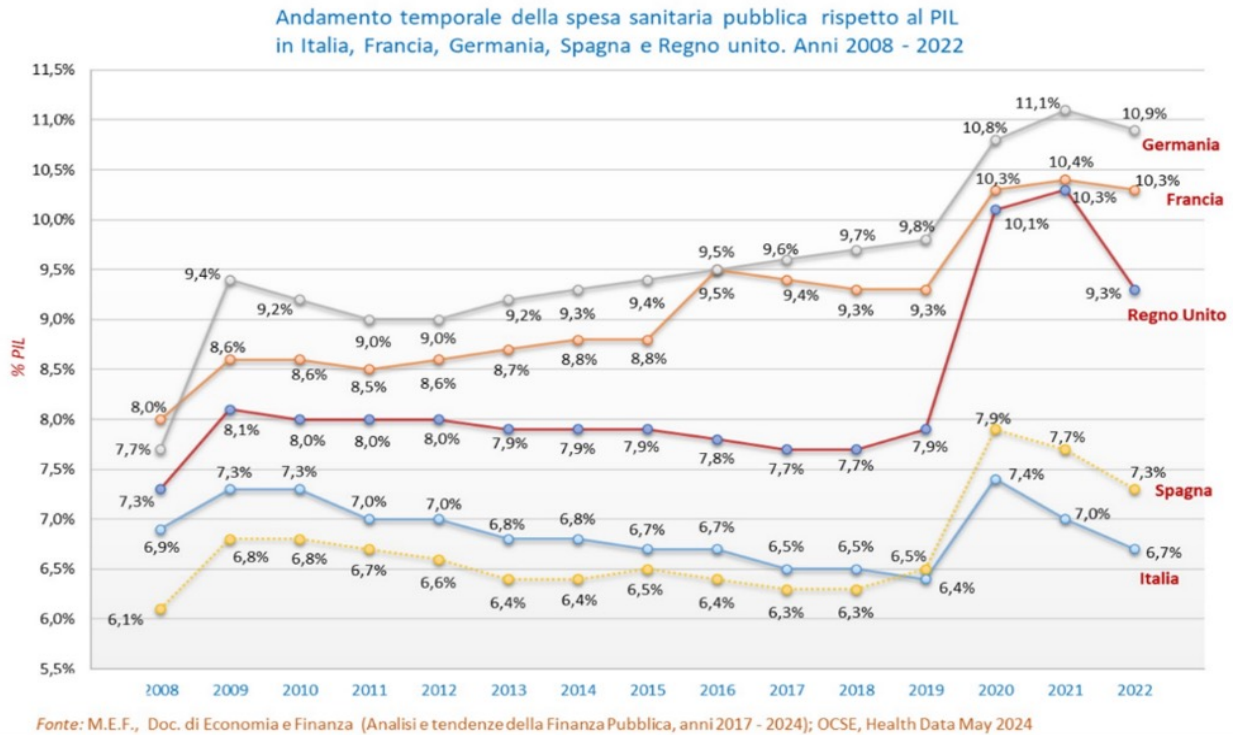
Dall'analisi dall'andamento temporale della spesa sanitaria pubblica si possono ricavare indicazioni fondamentali per valutare l'andamento di medio periodo dei sistemi di welfare europei. In questo contributo ci limiteremo a esaminare i Paesi maggiormente comparabili

11 GIU -

Indicazioni fondamentali per valutare l'andamento di medio periodo dei sistemi di welfare europeo possono essere ricavate dall'analisi dall'andamento temporale della spesa sanitaria pubblica. Questa può essere studiata sia come percentuale del PIL sia come valore assoluto, indicatore quest'ultimo non secondario se si considerano le significative differenze delle economie dei diversi Paesi.

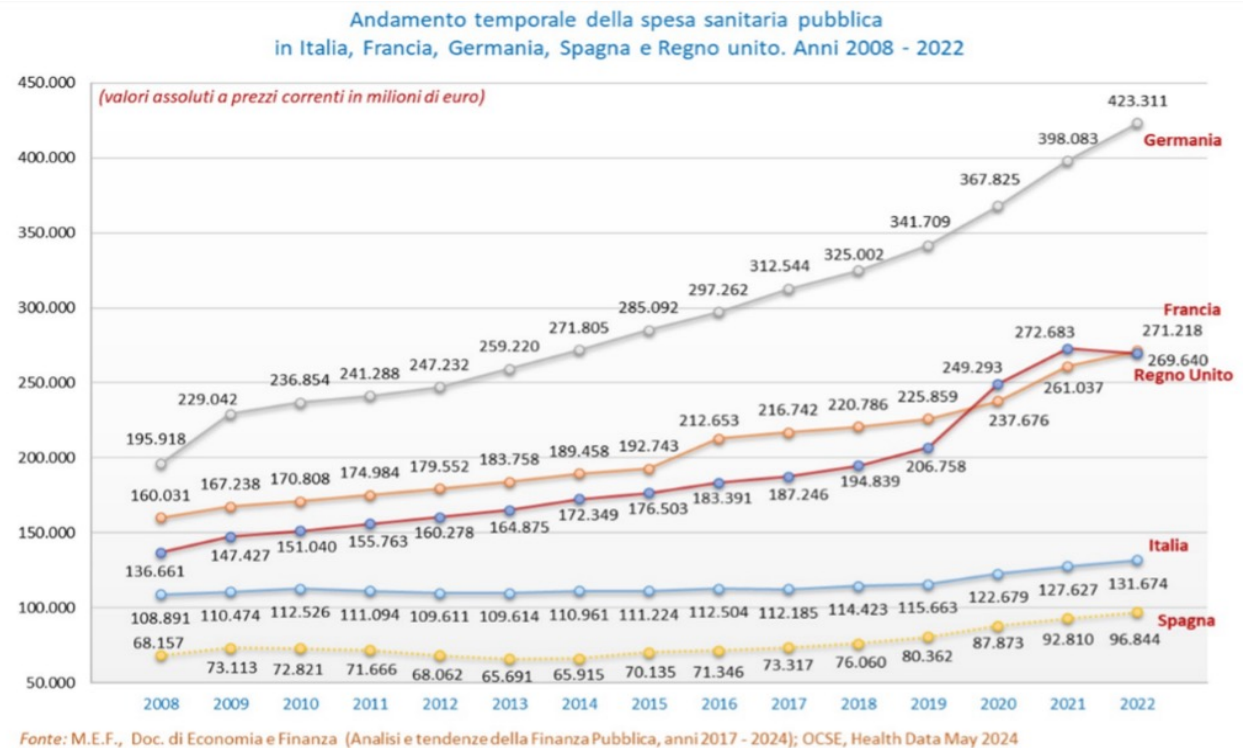
In questo contributo ci limiteremo a valutare i Paesi maggiormente comparabili.

GRAFICO 1



Al di là del picco che ha interessato tutti gli Stati nel periodo pandemico, si registrano due tendenze contrapposte. Fino al 2019, Germania e Francia – ovvero i modelli Bismark – sono state caratterizzate da una progressiva crescita della spesa sanitaria pubblica, mentre Regno Unito, Spagna e Italia – tipicamente modelli Beveridge – sono andati nella direzione contraria.

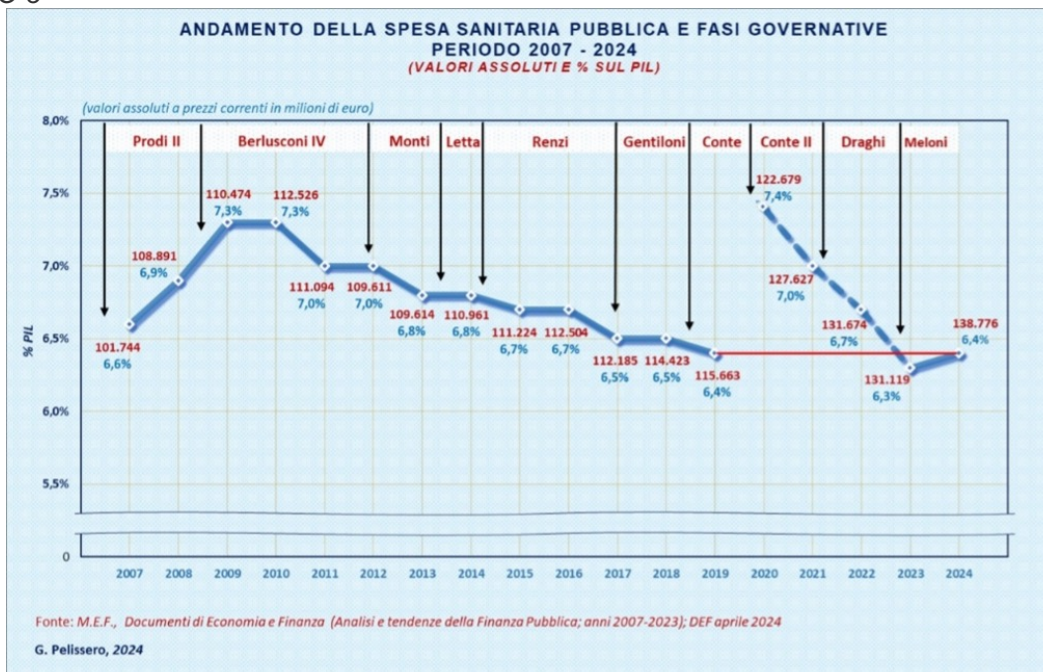
GRAFICO 2



Anche guardando il Grafico 2 – che rappresenta la quantità effettiva di risorse dedicate alla Sanità pubblica, a prescindere dalle diverse condizioni economico-produttiva dei singoli Paesi – si confermano le profonde differenze tra sistemi di welfare.

Passando al contesto italiano, i due successivi grafici mostrano l'andamento della spesa sanitaria pubblica, sia come percentuale del PIL, sia in valori assoluti nelle diverse fasi governative, dal 2007 al 2024.

GRAFICO 3



Occorre subito precisare che la fase Covid deve essere letta nella sua anomala specificità: in tutti i grafici riportati è infatti descritta con linea tratteggiata.

A partire dal 2010 – in corrispondenza dell'ultimo periodo del Governo Berlusconi IV, in piena crisi finanziaria “Lehman Brothers” – il rapporto spesa sanitaria pubblica-PIL è costantemente sceso. Il valore assoluto della spesa è rimasto sostanzialmente uguale, con piccole riduzioni e piccoli incrementi che hanno prodotto una progressiva riduzione reale delle risorse disponibili.

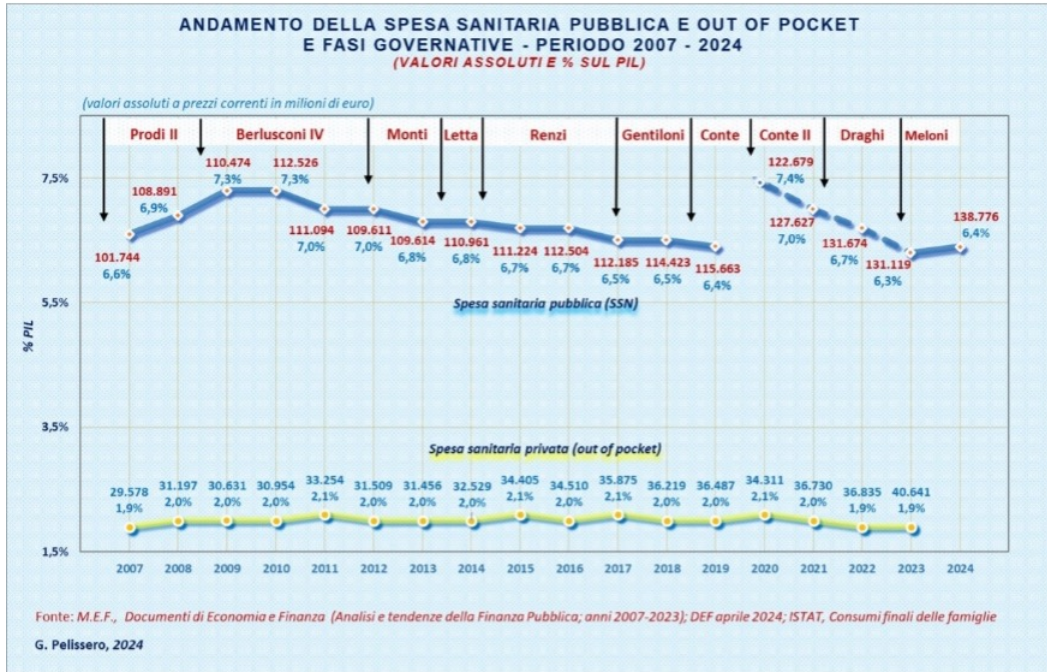
Gli incrementi della fase Covid, come si è detto, debbono essere considerati fuori trend e infatti terminano rapidamente a fine pandemia.

GRAFICO 4



In questa dinamica si evidenzia l'unico significativo incremento, avvenuto con il Governo Meloni, nel 2023-2024: esso rappresenta indubbiamente il più alto livello di finanziamento verificatosi dal 2008.

GRAFICO 5



La quota di spesa sanitaria non pubblica comunemente definita out of pocket è mostrata nel grafico 5 risulta sostanzialmente stabile per tutto il periodo 2007-2023. La percentuale in rapporto al PIL è, addirittura, in leggera diminuzione negli ultimi quattro anni. Il dato contraddice una diffusa sensazione contraria che vede nell'incremento della spesa diretta delle famiglie una sorta di risposta alle criticità del Servizio sanitario nazionale. Ma evidentemente non è così.

I quesiti più rilevanti, però, riguardano il futuro.

GRAFICO 6

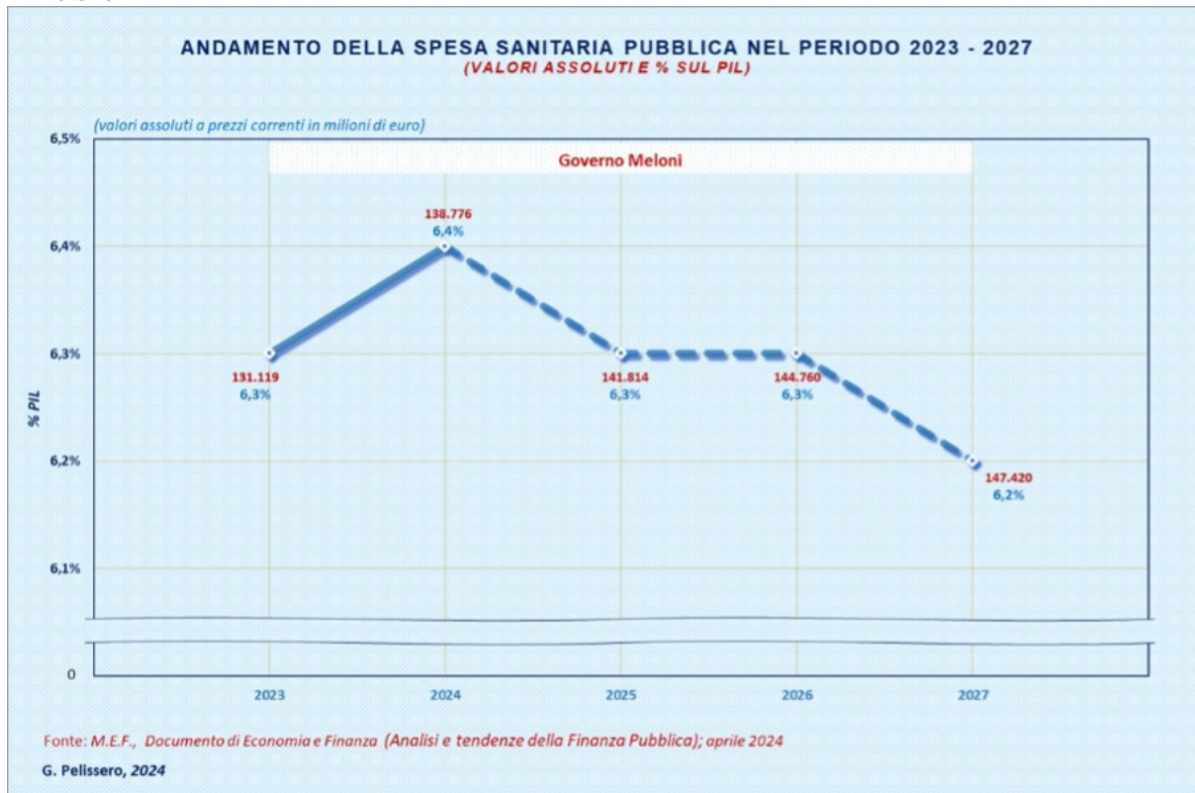
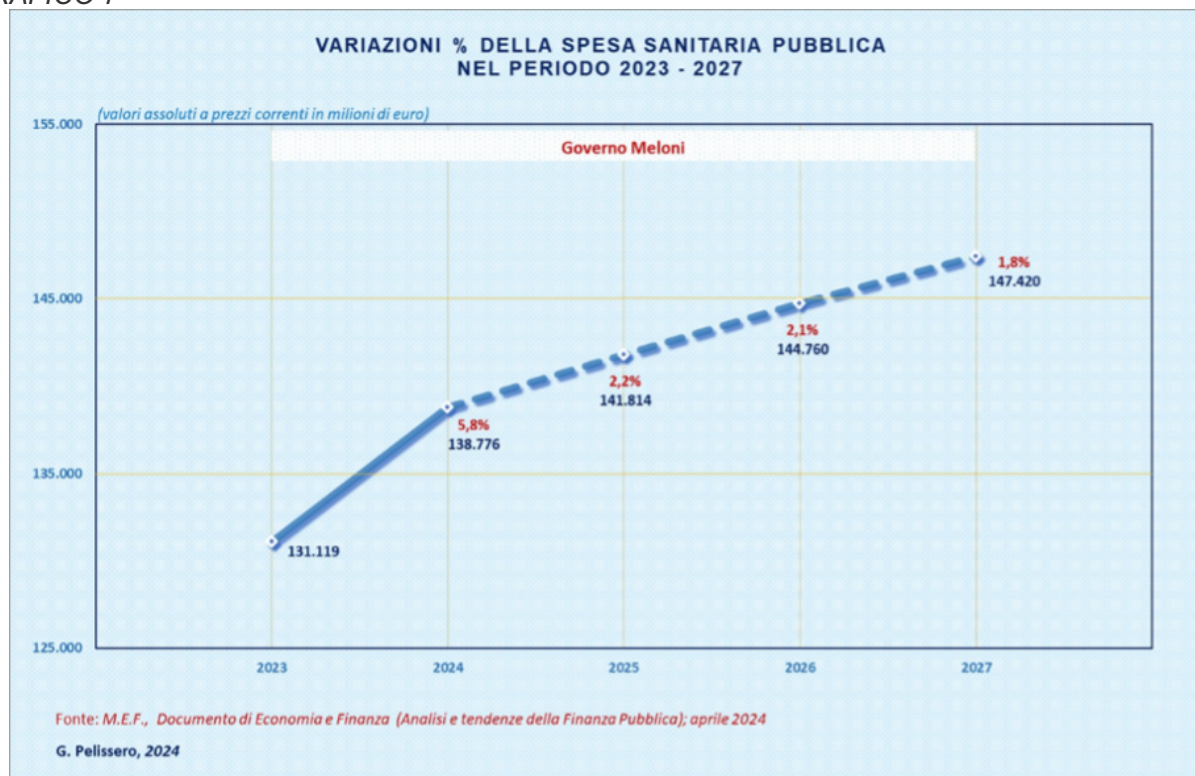


GRAFICO 7



I grafici 6 e 7 riportano le previsioni contenute nei Documenti di Economia e Finanza che si sono succeduti nel 2023-2024 e che mostrano una possibile frenata degli incrementi della spesa sanitaria pubblica nel prossimo biennio.

L'ultimo documento del Governo è stato piuttosto reticente sui principali temi di finanza pubblica e questo genera l'aspettativa di un - non facile - maggiore incremento dei livelli attesi di spesa sanitaria pubblica 2025-2027.

Questo è ovviamente negli auspici di tutte le componenti del sistema sanitario.

A nostro avviso i riaggiustamenti verso l'alto devono necessariamente accompagnarsi ad azioni mirate e incisive di riqualificazione della spesa, senza le quali gli eventuali incrementi rischiano di alimentare inefficienza e sprechi.

https://www.quotidianosanita.it/studi-e-analisi/articolo.php?articolo_id=122752



Cantiere Ssn/ Proposta “pro sostenibilità”: extra budget sì ma per pagare lo sgravio delle liste d’attesa

Ettore Jorio

Evaporati i fumi della campagna elettorale, pervasa di temi interni e avulsa da quelli europei, persino da quelli fondamentali, può cominciare a discutersi seriamente di sanità. Ciò nel senso di andare ben oltre il Dl del 7 giugno 2024 n. 73, del Ddl licenziato dal Governo il 4 giugno scorso e la proposta in atti parlamentari dai primi di maggio di quest’anno.

Insomma, l’organizzazione sociosanitaria è da rifondare, nell’ottica ovviamente dell’abbandono del criterio della spesa storica che, in alcune aree del Mezzogiorno, ha distrutto persino l’esistente.

Quello territoriale ereditato dalle condotte, dalla costante vigilanza assicurata dai già medici e veterinari provinciali, dal sistema mutualistico e dalla rete degli enti ospedalieri, fatta di presidi vetusti, alcuni addirittura risalenti a prima della seconda guerra mondiale, cui sono stati mutati, con l’avvento del Ssn, il conseguente status giuridico e la denominazione.

Il compito in classe del Governo

Fondamentale per un corretto cambiamento in melius è pensare alla riscrittura dell'aziendalismo, il criterio che non ha funzionato ovunque nell'esercizio del sistema pubblico tradizionale, fatta eccezione per i 21 Irccs non privati ove a governarli sono stati preposti "campioni d'incasso". Al riguardo, basti pensare - mettendoli a confronto con il prodotto negativo medio dei Dg di nomina regionale, senza contare i successi guadagnati dai 30 Irccs di condizione privata - a titolo di esempio geograficamente diffuso: al Carlo Besta (Mi), all'Istituto nazionale dei tumori (Mi), al Rizzoli (Bo), al San Matteo (Pv), al Gaslini (Ge), all'Inrca (An), al Meyer (Fi), allo Spallanzani (Rm), al San Gallicano (Rm) e al Pascale (Na). A ben guardare, un mondo diverso diviso tra Irccs che funzionano e attraggono l'utenza bisognosa a iosa (molto quelli privati compresi quelli di estrazione vaticana) e il resto che è ulteriormente suddiviso tra Aou che eccellono (nonostante tutte tranne uno, Salerno, senza un Dpcm che le riconosca come tali) e Asl/Ao che arrivano, in alcune aree del Paese, a "fare pena".

Gli step e le prove da sostenere

A fronte di un tale tema, ovverosia della riscrittura del sistema salute, una revisione fondamentale riguarda la disciplina della concorrenza amministrata. Con essa, la necessità di rivedere la rotta in tema di finanziamento dell'erogazione privata.

Preliminare a questo obiettivo è la ripresa nella giusta considerazione del criterio della regressione tariffaria e l'individuazione di una diversa soluzione su tre grandi problemi: l'essere rispettosi delle regole del mercato e della concorrenza, il non incidere rovinosamente sul bilancio pubblico e il risolvere il problema delle liste di attesa

Fatta questa premessa occorre andare nello specifico di come si possa ben disciplinare un rapporto di concorrenza amministrata tra erogatori, pubblici e privati, considerata come quella forma di quasi mercato che non distingue tra enti erogatori e fornitori di prestazioni, entrambi destinati a rendere esigibili i Lea a carico del Ssn, quanto ai privati accreditati in regime di contratto stipulato con le aziende sanitarie. Quanto a quest'ultime sino alla concorrenza del budget convenuto.

Risalendo quindi al tema della idoneità/abilitazione del privato erogatore si rende necessario affrontare un tema posto in essere sulla pretesa dell'Ue. Una delle leggi cui l'Ue sottopone il godimento delle risorse del Pnrr è quella annua della concorrenza.

Ebbene, in tal senso c'è stata quella per il 2021 (legge 118/2022), che ha sensibilmente modificato, all'art. 15, gli artt. 8 quater e quinquies del d.lgs. 502/1992. Pertanto, dalla vigenza della predetta legge del mercato e della concorrenza 2021 si è tuttavia registrata, da parte di tutte le Regioni, la mancata applicazione delle modifiche introdotte agli anzidetti articoli disciplinanti le procedure di rilascio dell'accreditamento istituzionale e quelle di selezione degli accreditati da contrattualizzare con il Ssn.

Le legge per il mercato e la concorrenza per il 2021 ha cambiato tutto (sulla carta, però) in tema di criteri di rilascio dell'accreditamento istituzionale e di stipulazione dei contratti degli accreditati con le aziende sanitarie.

L'accreditamento avrebbe già dovuto essere da tempo concesso in relazione alla qualità e ai volumi da erogarsi per il soddisfacimento del fabbisogno e, quanto al rinnovo e alla sua estensione, sulla base dei risultati dell'attività svolta, da doversi quindi misurare annualmente anche in termini di qualità erogativa.

I contratti sarebbero da stipularsi, da oltre due anni, con le aziende sulla base della programmazione sanitaria regionale, che quindi andrebbe fatta bene al fine di determinare il ricorso alla erogazione privata per tipologia di prestazione. Un valore non facile da ottenersi se non sulla base di attente verifiche periodiche e minuziosi monitoraggi dell'accaduto assistenziale. Dunque, con la nuova disciplina viene insediata una salutare procedura agonistica per selezionare il soggetto da contrattualizzare. Ma a fronte di tutto questo, tutto è rimasto come prima.

L'extrabudget (finalmente) a buona destinazione, a tutto vantaggio delle liste di attesa

Altro tema, riguardante da vicino il rapporto tra Ssn e accreditati/contrattualizzati afferisce all'annoso problema del budget e del suo indiscusso rispetto.

Ed è proprio il tema dell'extrabudget, corrisposto indebitamente per anni dalla quasi totalità delle aziende sanitarie con il bene tacito della rispettive Regioni, a suggerire una ipotesi utile a rimediare alle liste di attesa, quanto soprattutto a quelle di diagnostica chimico-clinica e per immagini nonché alle cure strumentali dedicate, nell'indispensabilità, ai pazienti oncologici ma anche di interventi di routine in regime di ricovero, anche diurno.

Il budget è inseparabilmente combinato con la cosiddetta regressione tariffaria, due concetti giuridico-economici che vanno approcciati con un corretto percorso semantico.

Il primo (l'extra-budget) vorrebbe dire nella sanità - in una metodologia che trova nel significato di budget economico la disponibilità massima, pertanto invalicabile, delle risorse messe a disposizione di una controparte contrattuale sanità, solitamente un erogatore - una somma che supera quanto individuato come limite in un contratto. Da qui, sempre nell'organizzazione della tutela della salute, configura prestazioni rese oltre, per l'appunto, il budget e in quanto tali non retribuibili, neppure in via straordinaria.

E' quanto afferma un'ampia giurisprudenza civilistica, amministrativa, contabile e costituzionale che non lascia spazio alcuno a diverse interpretazioni. Anzi comporterebbe, nell'ipotesi in cui un siffatto extra-budget

fosse stato già corrisposto, la sua ripetizione per indebitato, fermi restando i limiti temporali prescrittivi, con conseguenti responsabilità erariali di chi lo ha consentito.

La seconda (la regressione tariffaria) assumerebbe un lampante significato, ovverosia indicherebbe un processo comportante la decrescenza economica di una tariffa convenuta. Insediato in una stretta comparazione con l'extra-budget starebbe a significare che si opera una diminuzione delle tariffe (di qualunque tipologia esse siano) sino a rimanere nei confini del budget concepito e negoziato.

Ad un tale limite si è invece opposta una brutta abitudine da parte del sistema gestorio del Ssn, sia da parte delle aziende sanitarie che delle Regioni, con il bene placido anche del sistema audit e di revisione. La sentenza della Sezione regionale di controllo per il Lazio n. 148/2023 lo ha messo ampiamente in luce, in sede di parificazione del rendiconto consolidato della Regione, dimostrando quanto sia consapevolmente eluso nell'intero Paese il criterio del budget degli erogatori privati.

Una scoperta grave dell'attento Giudice dei conti che ha fatto emergere nel consolidato della sanità regionale laziale artifici contabili per circa un miliardo di euro, dei quali la maggior parte tendenti a fare passare per crediti centinaia di milioni di indebiti da ricevere in restituzione, poi destinati ad andare a finire "per vecchiaia" in diminuzione del patrimonio netto, ma senza passare dal conto economico a titolo di insussistenza dell'attivo/sopravvenienza passiva.

L'evento invero genera la formazione di una soluzione che, di fatti, inciderebbe a risolvere o quantomeno ad attenuare il dramma delle liste di attesa.

Essa consisterebbe nel destinare, quanto sino a oggi pagato indebitamente a titolo di extrabudget agli erogatori, a retribuzione premiale in favore di chi di loro contribuisce a diminuire concretamente i tempi di attesa dell'utenza, secondo le scansioni temporali e i risultati fissati da Governo e Regioni. Il tutto da sottoporre alla vigilanza costante dell'istituto Organismo di verifica e controllo sull'assistenza sanitaria, di cui all'art. 2 del decreto legge del 4 giugno scorso.

<https://www.sanita24.ilsole24ore.com/art/imprese-e-mercato/2024-06-14/cantiere-ssn-proposta-pro-sostenibilita-extra-budget-si-ma-pagare-sgravio-liste-d-attesa-192752.php?uuid=AF8HYRvB&cmpid=nlqf>

Appropriatezza

quotidianosanita.it

Le facce trascurate della inappropriatazza

Claudio Maria Maffei

28 GIU -

Gentile direttore,

nell'accesso dibattito sulle liste di attesa e sui modi per contenerle uno spazio importante è riservato (tranne che nel Decreto che omette di occuparsene) alla inappropriatazza. Quella cui di solito ci si riferisce è quella prescrittiva, quella che fa dire al Ministro Schillaci

che il 20-30 % delle prescrizioni è inappropriato. Le disdette peserebbero per un altro 20%. Per inciso ho l'impressione che il 20% nella sanità italiana vada molto visto che anche gli sprechi si aggirerebbero secondo GIMBE su questa percentuale, ma GIMBE la sua stima la motiva. Essendo l'attenzione concentrata sulla dimensione prescrittiva gran parte delle proposte sulla inappropriatazza si concentrano sul possibile ruolo delle linee guida cui starebbe lavorando anche l'Istituto Superiore di Sanità e sui controlli per i quali il Ministro Schillaci stava immaginando in una prima versione del Decreto (poi fortunatamente scomparsa) alcune fantasiose misure come calcolare in base al bacino di pazienti di ogni medico prescrittore le ricette potenzialmente attese e nel caso di superamento di questo "tetto" di prescrizioni accendere una spia rossa "che consentirà a ogni Regione di intervenire in una determinata area raggiungendo anche il singolo camice bianco per capire le ragioni delle troppe ricette e rimettendo così in linea i gruppi di medici o i dottori che prescrivono in modo anomalo".

Di inappropriata hanno scritto su queste pagine un contributo importante giusto un anno fa [Banchieri e Vannucci](#) che ne hanno ricordato la definizione: utilizzo corretto (basato sulle evidenze e/o esperienza clinica e/o buone pratiche) di un intervento sanitario efficace, in pazienti che ne possono effettivamente beneficiare in ragione delle loro condizioni cliniche. Una definizione che rimanda ancora una volta alla dimensione clinica e quindi prescrittiva.

Ma la inappropriata ha altre dimensioni che pesano altrettanto se non più della inappropriata prescrittiva, di cui sono peraltro dei fattori favorevoli. La prima di queste dimensioni è quella organizzativa. Sempre [Banchieri e Vannucci](#) nel loro intervento hanno allargato il concetto di inappropriata a questa ulteriore dimensione così definita: "... erogazione di un intervento/prestazione in un contesto organizzativo idoneo e congruente, per quantità di risorse impiegate, con le caratteristiche di complessità dell'intervento erogate e con quelle cliniche del paziente". Questa definizione di inappropriata viene esplorata di solito con esclusivo riferimento all'ospedale e viene utilizzata per identificare i ricoveri ordinari a rischio di inappropriata (di qui un elenco molto vecchio e altrettanto discutibile di DRG a rischio di inappropriata). Ma proviamo ad applicare la dimensione della appropriatezza organizzativa alle prestazioni ambulatoriali per vedere se e quando sia possibile erogarle in un contesto organizzativo idoneo e congruente in termini di risorse impiegate rispetto alla complessità clinica del paziente. Si tratta in pratica di capire se quella prestazione clinicamente appropriata che finisce per intasare i CUP o per essere trasferita al regime privato o addirittura ai Pronto Soccorso possa essere magari eseguita in contesti "più sostenibili". E qui le opportunità sono tante tra cui ad esempio:

- la effettuazione della prestazione nell'ambulatorio del medico di medicina generale: uno dei settori diagnostici in cui è stata sperimentata la possibilità di un potenziamento del ruolo diretto del Medico di Medicina generale è quello della valutazione ecografica come analizzato in un articolo comparso nel [numero del 2020 della Rivista Italiana di Medicina Generale](#);
- la effettuazione della prestazione in ambulatori infermieristici come quello per lo scompenso cardiaco che veniva già descritto dieci anni fa nella rivista L'infermiere in [un intervento](#) che fa la storia di questo modello organizzativo;
- il ricorso alla telemedicina: un utile inquadramento generale del modo in cui la telemedicina può aiutare la riduzione delle liste di attesa è stato [pubblicato qui su Qs](#) quattro anni fa ai tempi del Covid;
- la presa in carico dei pazienti cronici in modo da riservare loro percorsi tutelati e clinicamente appropriati: gli esempi sono tanti e qui mi limito a citare il caso dei pazienti oncologici (vedi il [numero di Monitor dell'Agenas dedicato al problema](#)).

Accanto a questi problemi di appropriatezza organizzativa per così dire specifici legate a specifiche condizioni cliniche e a specifiche prestazioni, ci sono quelli di appropriatezza organizzativa "di sistema" che pesano come un macigno come la ridondanza e dispersione delle reti ospedaliere che immobilizzano troppe risorse nella continuità assistenziale nelle 24 ore che un ospedale deve avere (anche qui gli standard ci sarebbero e sono quelli del DM 70).

Vi è una terza forma di inappropriata a pesare sulle liste di attesa, quella amministrativa che possiamo definire come "la previsione di regole e riferimenti amministrativi che ostacolano le prescrizione appropriate e la loro produzione". E qui almeno tre esempi mi vengono in aiuto:

- la politica tariffaria: le tariffe per le prestazioni ambulatoriali sono in alcuni casi come le visite specialistiche sono talmente basse (e quindi inappropriate) che disincentivano la loro produzione (termine odioso, ma nel caso necessario);
- il trasferimento dell'obbligo della prescrizione al solo medico di fiducia (tema che [ho già trattato qui su Qs](#));
- l'enorme carico burocratico del Medico di Medicina Generale.

Da penultimo ricordo la inappropriata della domanda che precede la fase della prescrizione e riguarda sia lo "stile di lavoro" del medico che agisce in regime privato (spesso orientato all'approfondimento senza responsabilità prescrittive) che l'atteggiamento a volte "consumistico" dei cittadini che sempre Banchieri e Vannucci suggeriscono di contenere con iniziative di alfabetizzazione sanitaria e alfabetizzazione digitale. Da ultimo cito la inappropriata di approccio: fino a che le liste di attesa verranno affrontate solo sui versanti dell'aumento della produzione e del controllo della prescrizione non andremo molto avanti e sempre più spesso i cittadini dovranno fare da soli, sempre che se lo possano permettere o "conoscano qualcuno".

Se anche per la inappropriata vale la espressione "se la conosci la eviti", allora ricordiamoci dei molti modi in cui si può manifestare.

https://www.quotidianosanita.it/lettere-al-direttore/articolo.php?articolo_id=123124

Decreto liste d'attesa: Migliore (Fiaso): "Il governo punti su appropriatezza, le aziende pronte a valorizzare meglio i professionisti"

Nell'audizione in commissione il presidente delle aziende sanitarie e ospedaliere rilancia tre proposte per il governo della domanda e dell'offerta nelle prestazioni sanitarie. "Integrare il provvedimento puntando in modo più incisivo sull'appropriatezza prescrittiva, rendendo obbligatorio nelle prescrizioni l'inserimento del codice di codifica del quesito diagnostico e almeno per le 69 prestazioni più critiche l'indicazione del livello di priorità".

25 GIU -

"Abbiamo chiesto al governo di integrare il provvedimento sulle liste d'attesa puntando in modo più incisivo sull'appropriatezza prescrittiva, rendendo obbligatorio nelle prescrizioni l'inserimento del codice di codifica del quesito diagnostico (codice ICD9) e almeno per le 69 prestazioni più critiche come radiografie, tac e risonanze magnetiche, anche l'indicazione del livello di priorità (codice Rao)".

*Lo ha chiesto il presidente Fiaso (Federazione italiana aziende sanitarie e ospedaliere), **Giovanni Migliore**, nel suo intervento in audizione alla X Commissione del Senato, sul Ddl di conversione in legge del decreto-legge 73/2024 (misure urgenti per la riduzione dei tempi delle liste di attesa delle prestazioni sanitarie).*

"L'obbligo di inserimento dei codici, senza oneri aggiuntivi per la finanza pubblica – ha evidenziato Migliore - permetterebbe di verificare con facilità l'appropriatezza della prescrizione attraverso l'analisi automatica della coerenza tra i diversi codici inseriti e consentirebbe, attraverso l'esame dei flussi, alle aziende di intervenire eventualmente sui prescrittori".

La Fiaso ha depositato in commissione un documento articolato in cui si prendono in esame anche altri aspetti del decreto. "La piattaforma nazionale delle liste di attesa in linea con quanto avevamo chiesto – ha aggiunto il presidente Fiaso - renderà più evidente lo straordinario impegno quotidiano del Servizio sanitario nazionale che, attualmente, è già in grado di assicurare più di un milione di prestazioni specialistiche al giorno ai nostri cittadini (dati Agenas 2023). È necessario, tuttavia, essere consapevoli che in sanità, per caratteristica specifica del settore, nonostante si aumenti l'offerta, questa viene immediatamente saturata dalla domanda, peraltro in misura tendenzialmente illimitata. In quest'ottica avevamo proposto di incrementare la trasparenza e la fruibilità del sistema attraverso un monitoraggio unico nazionale, dinamico e "real-time".

La Fiaso, si legge nel documento, accoglie con favore il superamento del tetto di spesa previsto per l'assunzione di personale sanitario e la defiscalizzazione dei compensi erogati per lo svolgimento delle prestazioni aggiuntive e si spinge a chiedere anche la deroga a quanto previsto dai contratti di lavoro per una migliore valorizzazione dei professionisti.

"Le Aziende sanitarie – ha spiegato Migliore – potrebbero in questo modo acquistare direttamente le prestazioni effettuate fuori dall'orario di servizio dai propri medici dipendenti con tariffe concordate e i medici, il cui salario è inferiore a quello percepito dai colleghi in ambito europeo, avrebbero l'opportunità di integrare la propria attività e il proprio reddito all'interno del perimetro aziendale".

"C'è ormai - ha chiuso Migliore - un generale senso di diffidenza che affligge il rapporto tra cittadini e professionisti sanitari. Occorre invece rinnovare il patto fondativo di solidarietà, investendo di più nella comunicazione istituzionale delle aziende sanitarie e utilizzando meglio i nuovi media".

https://www.quotidianosanita.it/governo-e-parlamento/articolo.php?articolo_id=123033

Il dovere dell'appropriatezza e il diritto all'inappropriatezza. Chi paga?

Franco Cosmi, Medico Cardiologo - Perugia

11 GIU -

Gentile Direttore,

l'appropriatezza è indispensabile per rendere sostenibile un Servizio Sanitario Nazionale equo e universale, come, d'altra parte anche qualsiasi altro sistema assicurativo.

Se nel mercato la regola è "a ognuno secondo come sceglie" e in un sistema collettivo "a ciascuno secondo i suoi bisogni", in un servizio pubblico la regola è "a ognuno secondo i suoi diritti".

Per essere sostenibile il SSN, deve affidarsi per le entrate alla fedeltà fiscale, per le uscite ad uno strumento di efficacia, efficienza, equità ed economicità come l'appropriatezza.

È proprio il concetto di centralità della persona e della tutela della sua salute che in un certo senso impone quella aziendalizzazione del SSN da tanti vituperata, senza una proposta alternativa che non sia quella demagogica ed insostenibile del "tutto a tutti".

Se si vuol dare il necessario a tutti bisogna eliminare il superfluo e mettersi d'accordo di cosa sia necessario e cosa sia superfluo, stabilendo quell'odiato confine chiamato appropriatezza.

Procedere con appropriatezza significa anche accettare un grado di rischio, un livello di sicurezza e un margine di errore, ineliminabili in qualsiasi algoritmo decisionale.

Nessuno, anche con una minima esperienza professionale, può negare l'assenza di un netto confine tra normalità e patologia e che la distinzione tra appropriatezza e inappropriatezza è statistica e probabilistica per il paziente "medio" degli studi clinici, ma stocastica e casuale per il singolo individuo.

Qualsiasi medico, anche il più scientifico come me, non può negare che l'inappropriatezza è il miglior placebo per la rassicurazione del paziente e calmare l'ansia diagnostica e terapeutica del medico.

Il Ministero della Salute definisce l'appropriatezza come "un intervento sanitario (preventivo, diagnostico, terapeutico, riabilitativo) correlato al bisogno del paziente (o della collettività), fornito nei modi e nei tempi adeguati, sulla base di standard riconosciuti, con un bilancio positivo tra benefici, rischi e costi".

Sono definizioni che non tengono conto dell'assioma di dover operare in condizioni di incertezza e della necessità ineluttabile di condividere e stabilire il grado di rischio accettato e il livello di sicurezza desiderato a livello individuale e collettivo.

Non si può ragionare senza aver prima preso questa decisione, se realmente vogliamo aiutare il medico nella sua attività. Il medico deve decidere secondo il diritto del malato e l'interesse della collettività dell'art.32 della Costituzione, i principi di universalità, uguaglianza, equità del Servizio Sanitario Nazionale, secondo la scienza e coscienza del Codice Deontologico, secondo le linee guida e le buone pratiche assistenziali della legge 24/2017 sulla responsabilità professionale, secondo la corretta informazione della legge 219/2017 sul consenso informato.

La libertà di scelta discrezionale è quasi nulla mentre intera è l'assunzione di responsabilità. Il principale freno alla libertà diagnostica e terapeutica è il tetto di spesa, perché la salute ha il difetto di essere costosa. La verità è una, quella che tutti sanno: da decenni non ci sono coperture finanziarie per il costo delle prestazioni richieste, sia esse appropriate che inappropriate, tanto è vero che si ricorre costantemente al debito.

È difficile valutare se nella spesa globale prevale più il dovere dell'appropriatezza o il diritto all'inappropriatezza. Il risultato è comunque la difficoltà ad ottenere prestazioni in tempi ragionevoli.

La domanda centrale, al di là dei voli pindarici filosofici, scientifici ed emotivi, rimane noiosamente sempre la stessa: chi paga? Le liste di attesa diventano allora una partita a 4 dove il dovere di appropriatezza definito dallo scienziato riguarda un astratto paziente "medio" di cui bisogna tener conto nelle decisioni basate sulle linee guida e le buone pratiche assistenziali.

Questo obiettivo viene adottato di buon grado dall'amministratore con l'aggiunta di un surplus burocratico per non derogare dalle risorse a disposizione. In questo contesto si inserisce l'incertezza delle scelte in un processo decisionale che si vuole condiviso che contempla anche il diritto del paziente all'inappropriatezza, perché lui non considera l'astratta probabilità ma il caso concreto, basato più sulla sua credenza che sulle prove di efficacia, anche considerando che non sono ancora definite le buone pratiche cliniche assistenziali previste dalla legge 24/2017.

La mossa finale spetta al medico che deve tener conto del labile ed incerto confine tra normalità e patologia, tra il prevedibile e l'imprevedibile, con l'incerto esito che può essere interpretato dal paziente, dai mass media, dal magistrato, come inescusabile errore invece che come semplice insuccesso.

Alla domanda inappropriata di certezza del paziente per il suo individuale caso, il medico può offrire solo una appropriata probabilità, talvolta difficile da condividere, soprattutto nell'ambito di algoritmi decisionali

amministrativi obbligatori. Il cerino acceso in mano, comunque sia, rimane a lui. Se la partita a 4 fosse una briscola, i miei amici di gioco Aurelio, Fulvio e Valerio direbbero che è un giocatore che conta come il due di coppe quando la briscola è bastoni.

https://www.quotidianosanita.it/lettere-al-direttore/articolo.php?articolo_id=122756

quotidianosanita.it

“È il momento di prendere decisioni coraggiose per non avere una Sanità senza Medici”. Appello Anaao agli europarlamentari

Pierino Di Silverio, Segretario Nazionale Anaao Assomed

Alessandra Spedicato, Capo Delegazione Anaao Assomed in FEMS

"Ci auguriamo che, quando siederete a Bruxelles, possiate lavorare con i colleghi europei per disegnare il futuro dell'Europa scegliendo i colori di una popolazione sana, libera di accedere alle migliori cure possibili, libera di trovare professionisti preparati e gratificati, libera - perché in salute - di lavorare e contribuire a una Europa più unita, una nuova Europa capace di garantire servizi sanitari sostenibili e accessibili senza differenze di reddito o latitudine".

13 GIU -

Garantire la piena applicazione del diritto alla salute, affrontare l'invecchiamento della popolazione, affrontare la crescente disaffezione dei medici europei al loro lavoro e un cambiamento di genere e di generazione nella demografia medica di tutta Europa che chiede di rivedere paradigmi di organizzazione dei sistemi sanitari.

Questi gli impegni chiesti dall'Anaao in una lettera aperta indirizzata ai nuovi parlamentari europei. Riportiamo di seguito il testo della lettera.

Egredi Parlamentari,

con questo traguardo elettorale avete ora l'onore di rappresentare l'Italia nell'emiciclo europeo. A voi la responsabilità, che va oltre il colore politico, di tutelare, anche sul fronte europeo, le esigenze della nostra sanità pubblica per garantire la piena attuazione dell'articolo 32 della Costituzione.

Infatti, non solo l'Italia, ma l'Europa tutta si trova ad affrontare sfide importanti per garantire i servizi sanitari ai propri cittadini. "L'invecchiamento della popolazione, i cambiamenti culturali, 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" (Grazia Labate, docente di Economia sanitaria all'Università di York, Inghilterra).

La spesa sanitaria europea, dettata principalmente da decisioni politiche dei diversi governi, correlata alla dimensione economica (PIL) di ciascun paese, è stata, in media nel 2022, pari a 8,8% del PIL con differenze piuttosto ampie tra i vari Paesi, dal 11,7% della Germania al 5,5% della Romania. L'Italia è sotto la media, sia per rapporto spesa/PIL che per la spesa procapite.

La Direttiva 2005/36/CE - riconoscimento qualifiche professionali - e la Direttiva 2011/24/UE - assistenza sanitaria transfrontaliera - così come il movimento di farmaci, vaccini e brevetti a seguito della pandemia hanno permesso di immaginare un miglioramento della qualità delle cure così come della formazione e del lavoro medico.

Purtroppo, la crisi diffusa di finanziamento dei Sistemi Sanitari, lamentata da tutti i paesi europei, prescindendo dalla quota di prodotto interno lordo investito, e lo scivolamento della salute dei cittadini agli ultimi posti delle agende politiche, stanno producendo una crisi paneuropea che investe anche la professione medica e le altre professioni sanitarie.

La disaffezione dei medici europei al loro lavoro è dimostrata dal crescere del movimento transnazionale dai paesi a basso reddito verso paesi che garantiscono migliori remunerazioni e, all'interno di una stessa nazione, dal lavoro dipendente all'interno degli ospedali al lavoro salariato per attività ambulatoriali, se non a quello privato tout court. A questo si affianca una crisi di vocazione, prima motivazione di chi sceglie

l'arte cerusica, dimostrata dall'elevato numero di medici in formazione specialistica (persino in Olanda, plurimedagliata negli anni come miglior Sistema Sanitario Europeo) che abbandonano il percorso di studi o che scelgono le specialità meno impegnative ma più remunerative.

Cosa ha determinato tutto ciò? Sicuramente inadeguati finanziamenti che hanno influito sulla qualità delle retribuzioni come anche su standard organizzativi e qualità dei luoghi di lavoro. Ma anche l'incertezza del rispetto dell'orario di lavoro e dei fisiologici tempi di riposo nel settore sanitario. Come dimostrato da due distinte survey condotte da FEMS e EJD's Association, la Direttiva 2003/88/CE sull'orario di lavoro non è mai stata pienamente implementata in Sanità e forse neanche si può adattare completamente ai setting di assistenza e cura.

A quanto sopra, si aggiunge un cambiamento di genere e di generazione nella demografia medica di tutta Europa che chiede di rivedere paradigmi di organizzazione dei sistemi sanitari, attualmente più vicini alla Rivoluzione Industriale che al millennio della Intelligenza Artificiale.

È il momento, perciò, di prendere decisioni coraggiose, di ampio respiro e lungo raggio (almeno i 5 anni di un mandato) per evitare di avere, in Europa, una Sanità senza Medici. Tanto più che la pandemia ha dimostrato che le minacce per la salute pubblica non rispettano i confini. E che le crescenti disuguaglianze richiedono di aumentare la capacità e le potenzialità di una assistenza sanitaria equa e universalistica.

Ci auguriamo che, quando sederete a Bruxelles, possiate lavorare con i colleghi europei per disegnare il futuro dell'Europa scegliendo i colori di una popolazione sana, libera di accedere alle migliori cure possibili, libera di trovare professionisti preparati e gratificati, libera - perché in salute - di lavorare e contribuire a una Europa più unita, una nuova Europa capace di garantire servizi sanitari sostenibili e accessibili senza differenze di reddito o latitudine.

https://www.quotidianosanita.it/lavoro-e-professioni/articolo.php?articolo_id=122813



LE TENDENZE DI MEDIO-LUNGO
PERIODO DEL SISTEMA
PENSIONISTICO E SOCIO-SANITARIO
Rapporto n. 25

2022
2023
2024
2025



CORTE DEI CONTI

SEZIONI RIUNITE IN SEDE DI CONTROLLO

RELAZIONE SUL RENDICONTO
GENERALE DELLO STATO
2023


SINTESI

27 giugno 2024



COMMENTO | [PRIMA IN LINEA](#)

Per e con le persone: annuncio della Commissione *Lancet Global Health* sull'assistenza incentrata sulle persone per una copertura sanitaria universale e un appello per la nomina di commissari

David B Duong  • Bethany Holt • Chris Munoz • Todd M. Pollack

Accesso Libero • Pubblicato: 29 maggio 2024 • DOI: [https://doi.org/10.1016/S2214-109X\(24\)00216-X](https://doi.org/10.1016/S2214-109X(24)00216-X) •

Molteplici dichiarazioni politiche di alto livello hanno elevato il concetto e il linguaggio dell'assistenza centrata sulla persona a caratteristica chiave dello scopo e della funzione dei sistemi sanitari.

Ciò include le dichiarazioni politiche di alto livello delle Nazioni Unite del 2019 e del 2023 sulla copertura sanitaria universale e la Dichiarazione di Astana del 2018 sull'assistenza sanitaria di base.

Questi documenti politici globali sottolineano l'importanza del coinvolgimento significativo di persone con esperienza vissuta nella formulazione delle politiche sanitarie, nella progettazione del sistema sanitario e nella fornitura di servizi sanitari.

Il coinvolgimento di persone con esperienze vissute non è una novità nell'assistenza sanitaria, ma la sua portata e la sua portata si sono evolute nel tempo e nei diversi contesti. Attribuito per la prima volta allo psicanalista Michael Balint,

Il concetto di assistenza centrata sul paziente ha guadagnato importanza all'interno della ricerca, della politica e della pratica internazionale tra la metà e la fine del XX secolo come sfida al paternalismo biomedico nell'assistenza sanitaria.

L'assistenza centrata sul paziente sottolinea l'importanza degli elementi psicosociali della malattia e consente ai pazienti di partecipare alla propria cura, garantendo che i loro valori e preferenze guidino tutte le decisioni di assistenza clinica.

A partire dagli anni '90 è diventato evidente il passaggio ad un'assistenza centrata sulla persona. Ciò è stato catalizzato dalla risposta all'HIV, guidata da persone con esperienza vissuta, che chiedevano un'assistenza sanitaria e sistemi sanitari inclusivi e non stigmatizzanti.

L'assistenza centrata sulla persona è stata concepita come qualcosa di più dell'assistenza centrata sul paziente, mettere "le persone al centro dei servizi sanitari e sociali".

Sebbene i due termini siano ormai usati in modo intercambiabile, si distinguono significativamente per i loro obiettivi: l'assistenza centrata sul paziente ripristina una vita funzionale, l'assistenza centrata sulla persona promuove una vita significativa.

Nell'ambito della politica sanitaria, della progettazione del sistema sanitario e dell'erogazione dei servizi, l'influenza e il processo decisionale sono prevalentemente nelle mani di esperti tecnici e leader politici.

Questo status quo è ciò a cui resiste il concetto di assistenza centrata sulla persona.

L'assistenza centrata sulla persona espande la portata e la portata dell'assistenza centrata sulla persona al livello dei sistemi sanitari e delle popolazioni.

L'assistenza centrata sulle persone richiede un approccio a livello governativo che coinvolga in modo significativo pazienti, operatori sanitari, famiglie e comunità nel processo decisionale condiviso per garantire che i servizi sanitari siano forniti "al momento giusto, nel posto giusto, nel modo giusto"

Mentre il mondo si avvicina alla scadenza per il raggiungimento degli Obiettivi di sviluppo sostenibile, le disuguaglianze sanitarie continuano ad ampliarsi tra i paesi e al loro interno, emergono nuove sfide come il cambiamento climatico e la copertura sanitaria universale sembra ancora un'aspirazione lontana per molte comunità.

L'assistenza centrata sulle persone rappresenta un potente cambiamento ideologico per affrontare queste sfide. Tuttavia, lacune cruciali nell'orientamento basato sull'evidenza potrebbero limitare l'adozione dell'assistenza centrata sulla persona, compreso il modo in cui l'assistenza centrata sulla persona viene definita operativamente, misurata rigorosamente ed effettivamente implementata in una varietà di contesti e livelli di reddito.

Pannello

Assistenza centrata sul paziente, centrata sulla persona e centrata sulla persona

Assistenza centrata sul paziente

"Fornire cure rispettose e rispondenti alle preferenze, ai bisogni e ai valori del singolo paziente e garantire che i valori del paziente guidino tutte le decisioni cliniche"

[3](#)

Assistenza centrata sulla persona

"Sottolinea l'importanza di conoscere la persona dietro il paziente – come essere umano dotato di ragione, volontà, sentimenti e bisogni – al fine di coinvolgere la persona come partner attivo nella sua cura e nel suo trattamento"

[8](#)

Assistenza centrata sulle persone

"Un approccio all'assistenza che adotta consapevolmente le prospettive degli individui, degli operatori sanitari, delle famiglie e delle comunità come partecipanti e beneficiari di sistemi sanitari affidabili che sono organizzati attorno ai bisogni globali delle persone piuttosto che alle singole malattie, e rispetta le preferenze sociali. ..."

L'assistenza centrata sulle persone è più ampia dell'assistenza centrata sul paziente e sulla persona, e comprende non solo gli incontri clinici, ma include anche l'attenzione alla salute delle persone nelle loro comunità e al loro ruolo cruciale nel definire la politica sanitaria e i servizi sanitari"

[7](#)

È necessario determinare in che misura gli attuali modelli e processi di assistenza siano considerati centrati sulla persona nei diversi contesti, definire approcci ottimali per misurare la centralità della persona nell'erogazione dell'assistenza e nei sistemi sanitari e identificare il modo migliore per raggiungere la co-centralità. produzione di sistemi sanitari e modelli assistenziali in partenariato e leadership condivisi al fianco di persone con esperienza vissuta.

Basandosi sull'audace idea avanzata dalla Lancet Global Health Commission sui sistemi sanitari di alta qualità secondo cui i sistemi sanitari sono "per le persone", affermiamo che per servire in modo efficace, efficiente ed equo la comunità globale in vista del 2030 e durante l'era post-Obiettivo di sviluppo sostenibile, i sistemi sanitari devono essere per e con le persone.

Per attualizzare questo sentimento, annunciamo la creazione della Lancet Global Health Commission sull'assistenza incentrata sulle persone per la copertura sanitaria universale.

Questa Commissione mira a sostenere l'attuazione di un'assistenza centrata sulla persona per raggiungere una copertura sanitaria universale sostenibile e l'equità sanitaria, colmare le lacune negli orientamenti basati sull'evidenza e identificare le migliori pratiche e nuovi approcci.

Differirà dagli sforzi precedenti sia per cosa e come verrà prodotta la conoscenza, adottando consapevolmente l'impegno per un'assistenza centrata sulla persona dall'inizio alla diffusione.

Nello specifico, la ricerca e la governance della Commissione si fonderanno su principi e pratiche partecipative, utilizzando metodi di coinvolgimento della comunità e modelli di governance condivisi.

Come primo passo, la Commissione sta reclutando un gruppo diversificato e indipendente di esperti multidisciplinari sull'assistenza incentrata sulla persona, tra cui persone con esperienza vissuta, ricercatori

accademici, responsabili politici, operatori sanitari, attori del settore privato e società civile. Per la prima volta, ciò avverrà attraverso un invito aperto a candidature e autocandidature. I dettagli sul [processo e sul modulo di nomina](#) si trovano nell'appendice (pp 1-5).

Un tale spostamento verso la trasparenza e un processo decisionale condiviso è di fondamentale importanza in pubblicazioni con un'influenza globale come Lancet, che può contribuire intenzionalmente allo smantellamento di strutture di potere ineguali nella salute globale.

Creiamo insieme un nuovo modo di conoscere e praticare l'assistenza sanitaria nell'era post-Obiettivo di Sviluppo Sostenibile, utilizzando l'assistenza centrata sulle persone come guida per raggiungere la copertura sanitaria universale.

[https://www.thelancet.com/journals/langlo/article/PIIS2214-109X\(24\)00216-X/fulltext?dgcid=raven_jbs_aip_email](https://www.thelancet.com/journals/langlo/article/PIIS2214-109X(24)00216-X/fulltext?dgcid=raven_jbs_aip_email)



OMS: una occasione mancata

5 Giugno 2024

Benedetto Saraceno

Più della metà della popolazione mondiale – 4.5 miliardi di persone – ha enormi difficoltà ad accedere ai servizi sanitari essenziali e 2 miliardi di persone sostengono spese catastrofiche per curarsi. Di fronte a una crisi sanitaria globale sempre più profonda l'Organizzazione Mondiale della Salute è priva di una voce e di una strategia.

In occasione della 77esima Assemblea Mondiale della Organizzazione Mondiale della Salute (27 maggio – 2 giugno 2024), il suo direttore generale ha pronunciato, come tradizione, il discorso inaugurale rivolgendosi ai 194 ministri della salute del mondo. Contrariamente ad alcuni suoi predecessori (Gro Harlem Brundtland, norvegese e Lee Jong-wook, coreano) l'attuale direttore generale Tedros Adhanom Ghebreyesus, etiope ha mostrato una certa debolezza nel suo discorso che non ha offerto una visione globale e strategica dei grandi temi della salute globale. Tedros si è limitato a elencare una lista obiettivi raggiunti e di obiettivi non ancora soddisfacentemente raggiunti ma non ha affrontato nessuna questione in profondità e ha fornito dati generalissimi e vaghi.

Ha dato alcune buone notizie.

- Ci sono oggi diciannove milioni in meno di fumatori e novanta paesi hanno aumentato le tasse sul tabacco. Ma della mortalità non si è detto nulla.
- Nel 2023 tredici paesi hanno messo in atto politiche orientate alla eliminazione di acidi grassi trans dagli alimenti. Ma non sappiamo quali siano questi paesi.
- Centoventi nuovi farmaci, vaccini e sostanze per la diagnostica sono stati prequalificati per AIDS, Malaria, Tuberculosis multiresistente, Ebola, Polio e COVID-19.
- Si è avviata l'iniziativa The Big Catch Up finalizzata a ristabilire efficaci programmi di immunizzazione in quei paesi in cui il COVID ha distolto risorse dalle vaccinazioni di routine, quali morbillo, difterite, polio e febbre gialla.
- Azerbaigian, Belize, Cabo Verde e Tajikistan sono stati certificati come paesi malaria free.
- Otto milioni di persone hanno avuto accesso a diagnosi e trattamento per la TB.
- 75% di individui che vivono con AIDS oggi ricevono farmaci antiretrovirali. Ma non si sa se questo dato si riferisca ad azioni della OMS condotte nell'anno 2023 o siano la sommatoria di precedenti anni di interventi.
- Dieci nuovi paesi hanno sviluppato dei pacchetti di intervento per la ipertensione. Ma non si sa quali siano questi paesi.

Si potrebbe continuare ancora questa lunga lista di successi o parziali successi. Inoltre, il direttore generale così come elenca i successi menziona, ma en passant, che metà della popolazione mondiale non riceve servizi sanitari essenziali, e non aggiunge altre considerazioni.

In sintesi, se alcune informazioni del discorso annunciano indubitabili successi, tuttavia la maggior parte di esse rimangono generiche: stiamo supportando i paesi alla costruzione di sistemi sanitari "climate-friendly", abbiamo supportato quarantatré paesi a sviluppare piani per ridurre la mortalità materno infantile, abbiamo supportato diciotto paesi a rafforzare le cure per l'anziano e via dicendo. Questa interminabile shopping list fornisce dati vaghi, generici, confondendo fatti e desideri, mischiando risultati dell'esercizio 2023 con risultati degli ultimi vent'anni. Infine, tutte queste informazioni sono reperibili in forma precisa, dettagliata e quantificata nei molti (troppi) documenti (8000 nuove pubblicazioni!!) pubblicati dalla OMS e disponibili alle delegazioni ministeriali di tutti i paesi. Non di questo hanno bisogno i paesi membri e i loro rappresentanti quando siedono alla assemblea annuale e ascoltano il massimo leader mondiale della salute.

Hanno invece bisogno di una visione strategica e soprattutto hanno bisogno di discutere e conoscere la posizione della OMS su questioni globali e cruciali di cui il discorso di Tedros non fa cenno: il finanziamento della OMS e della cooperazione tecnica con i paesi poveri: chi paga, quanto paga e quanto pesa l'influenza dei donatori privati e delle fondazioni cosiddette filantropiche e quanto il contributo pubblico dei governi; quanto pesa la influenza di Big Pharma nella questione dei brevetti dei farmaci e dei vaccini; quanto pesano le pressioni politiche dei grandi paesi sull'applicazione delle Health Regulations; quali siano (o dovrebbero essere) le conseguenze politiche delle conoscenze sull'impatto dei determinanti sociali e quali sono le azioni di OMS perché gli effetti negativi di tali determinanti siano governati e regolati; quali siano le influenze sulle politiche di WHO dei determinanti commerciali e delle lobby che ne stanno all'origine; infine, a proposito delle guerre e delle violazioni dei diritti e le ovvie conseguenze sulla salute delle popolazioni non risulta dal discorso quale sia l'orientamento di WHO.

Un recente articolo di Lancet (2) sull'accesso e copertura universale dei sistemi sanitari affronta la questione dei "four elephants in the room": i) lo scarso political commitment; ii) l'inadeguato finanziamento della copertura sanitaria universale; iii) la frammentazione degli sforzi per la salute globale e l'integrazione dei servizi; iv) la drammatica frammentazione della comunicazione e della advocacy in favore della copertura universale sanitaria. Queste riflessioni del giornale diretto da Richard Horton esprimono una visione delle grandi questioni di salute globale molto più consapevole e strategica di quanto faccia il direttore generale di OMS nel suo discorso. **Di queste grandi questioni dovrebbe parlare il leader mondiale della salute ma il 27 maggio 2024, di fronte alle autorità sanitarie del pianeta, ha perso una occasione per affermare la leadership morale e tecnica della OMS.**

Infine, non è mancato il contributo attivo dell'Italia a questo quadro sconsolante. Il ministro della Salute Schillaci si è chiamato fuori dal negoziato sul trattato pandemico, in discussione proprio in questa assemblea mondiale della OMS. Mostrando una profonda incultura di sanità pubblica internazionale il ministro, allineato sulle posizioni del populista Milei dell'Argentina, paventa che aderire al trattato pandemico consegnerebbe alla OMS il governo delle prossime pandemie così creando un vulnus al sovranismo italiano che vorrebbe invece continuare in quel mediocre fai da te delle regioni che hanno spesso mostrato di essere più sensibili alle ragioni della folla che a quelle dalla sanità pubblica. Schillaci si è limitato ad andarsene da Ginevra senza sostenere, come hanno fatto tutti i delegati degli altri paesi, l'idea di proseguire il serrato dibattito per pervenire a un consenso globale (a questo proposito si veda il bell'[articolo di Nicoletta Dentico](#) sul Manifesto del 29 maggio 2024).

Ma questa volta non si trattava di difendere i formaggi italiani, come piace ai Lollobrigida, Santanché e Salvini, ma di mostrare una vera cultura sanitaria globale libera dalle preoccupazioni di identità e sovranità nazionali. La salute non è come il gorgonzola.

1. Tedros Adhanom Ghebreyesus. WHO Director General's Address to the Seventy seventh World Health Assembly. <https://www.who.int/director-general/speeches/detail/who-director-general-s-address-to-the-seventy-seventh-world-health-assembly-27-may-2024>
2. Bertram K, Aylward B, Bosio L, Clark H, Colombo F, Dain K et al. Confronting the elephants in the room: reigniting momentum for universal health coverage. Lancet, February 2024. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(24\)00365-9](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(24)00365-9)

<https://www.saluteinternazionale.info/2024/06/oms-una-occasione-mancata/>

quotidianosanita.it

Emergenza clima. Esperti OMS: gravi impatti sulla salute derivanti dai cambiamenti climatici per le donne incinte, i bambini e gli anziani

Una serie di articoli documenta le prove scientifiche disponibili sugli impatti sulla salute dei diversi rischi climatici nelle fasi chiave della vita, dalle ondate di caldo all'inquinamento atmosferico, ai disastri naturali come incendi e inondazioni. Insieme, dimostrano che i rischi per la salute legati al clima sono stati sottovalutati in modo cruciale per i giovani, gli anziani e durante la gravidanza, con implicazioni gravi, spesso pericolose per la vita.

05 GIU - Il 2023 è stato l'anno più caldo mai registrato in oltre 170 anni e si sono verificate molteplici emergenze climatiche, dagli incendi ai cicloni, alle inondazioni e al caldo estremo. Secondo una nuova raccolta di articoli pubblicata sul Journal of Global Health, le donne incinte, i neonati, i bambini, gli adolescenti e gli anziani si trovano ad affrontare gravi complicazioni di salute dovute ai cambiamenti climatici, eppure i bisogni specifici di questi gruppi sono stati ampiamente trascurati nel mondo. A segnalarlo è l'Organizzazione mondiale della sanità.

Gli articoli documentano le prove scientifiche disponibili sugli impatti sulla salute dei diversi rischi climatici nelle fasi chiave della vita, dalle ondate di caldo all'inquinamento atmosferico, ai disastri naturali come incendi e inondazioni. Insieme, dimostrano che i rischi per la salute legati al clima sono stati sottovalutati in modo cruciale per i giovani, gli anziani e durante la gravidanza, con implicazioni gravi, spesso pericolose per la vita. Prendendo come esempio il caldo estremo, gli autori notano che le nascite premature – la principale causa di morte infantile – aumentano durante le ondate di caldo, mentre le persone anziane hanno maggiori probabilità di soffrire di attacchi cardiaci o difficoltà respiratorie. È stato dimostrato che ogni ulteriore 1°C della temperatura minima giornaliera superiore a 23,9°C aumenta il rischio di mortalità infantile fino al 22,4%.

“Questi studi mostrano chiaramente che il cambiamento climatico non è una minaccia distante per la salute e che alcune popolazioni stanno già pagando un prezzo elevato”, spiega **Anshu Banerjee**, direttore del dipartimento per la salute e l'invecchiamento di maternità, neonati, bambini e adolescenti presso l'Organizzazione mondiale della sanità. “La consapevolezza del cambiamento climatico è aumentata, ma le azioni per salvaguardare la vita di coloro che sono maggiormente a rischio hanno appena scalfito la superficie di ciò che è necessario. Affinché la giustizia climatica possa essere raggiunta, è necessario risolvere urgentemente questo problema”.

Creata da esperti dell'OMS e accademici di tutto il mondo, la raccolta scientifica, intitolata **Cambiamenti climatici nel corso della vita**, riporta una serie di impatti specifici sulla salute fisica e mentale che derivano da diversi rischi climatici. Ad esempio le alte temperature, associate a esiti avversi del parto, principalmente parto pretermine e morte perinatale, nonché ipertensione e diabete gestazionale in gravidanza. Le ondate di caldo influiscono sulle funzioni cognitive e quindi sull'apprendimento di bambini e adolescenti, mentre aumentano gli attacchi cardiaci e le complicazioni respiratorie tra gli anziani. L'inquinamento atmosferico aumenta la probabilità di ipertensione durante la gravidanza, basso peso alla nascita, parto pretermine e impatti negativi sullo sviluppo del cervello e dei polmoni del feto. Aumenta il rischio di malattie respiratorie tra i bambini e gli anziani, che corrono anche maggiori rischi di cancro, malattie cardiovascolari e polmonite. Anche i disastri naturali legati al clima hanno impatti significativi sulla salute mentale e fisica: inondazioni e siccità riducono l'accesso all'acqua potabile e alle

risorse alimentari, aumentando le malattie diarroiche e la malnutrizione. È stato dimostrato che gli incendi boschivi aumentano i disturbi respiratori e i tassi di mortalità cardiovascolare tra le persone anziane. "C'è un urgente bisogno - afferma nell'articolo **Anayda Portela**, scienziata dell'OMS - di mitigare il cambiamento climatico riducendo le emissioni di gas serra e di costruire la resilienza climatica; intraprendere azioni specifiche che proteggano la salute in queste varie fasi della vita e garantire la continuità dei servizi sanitari per le persone più a rischio quando si verificano disastri climatici". Le misure dovrebbero includere la preparazione dei sistemi di assistenza all'infanzia, di assistenza sociale e di istruzione verso gli eventi meteorologici estremi e l'aumento delle temperature, nonché il coinvolgimento di persone di tutte le età nell'azione, nel dialogo e nella pianificazione per il clima.

https://www.quotidianosanita.it/studi-e-analisi/articolo.php?articolo_id=122632

nature

Catturare l'anidride carbonica dall'aria con assorbenti caricati

Huaiguang Li, Mary E. Zick, Teedhat Trisukhon, Matteo Signorile, Xinyu Liu, Helen Eastmond, Shivani Sharma, Tristan L. Spreng, Jack Taylor, Jamie W. Gittins, Cavan Farrow, S. Alessandra Lim, Valentina Crocellà, Phillip J. Milner e Alexander C. Forse

Astratto

La riduzione delle emissioni e la rimozione dei gas serra dall'atmosfera sono entrambe necessarie per raggiungere l'obiettivo di zero emissioni nette e limitare il cambiamento climatico [1](#).

Esiste quindi la necessità di assorbenti migliorati per la cattura del biossido di carbonio dall'atmosfera, un processo noto come cattura diretta dell'aria. In particolare, materiali a basso costo rigenerabili a basse temperature supererebbero i limiti delle attuali tecnologie. In questo lavoro, introduciamo una nuova classe di materiali assorbenti di design noti come "assorbenti caricati".

Questi materiali vengono preparati attraverso un processo di ricarica simile a quello di una batteria che accumula ioni nei pori di carboni attivi a basso costo, con gli ioni inseriti che poi fungono da siti per l'adsorbimento dell'anidride carbonica.

Utilizziamo il nostro processo di carica per accumulare ioni idrossido reattivi nei pori di un elettrodo di carbonio e scopriamo che il materiale assorbente risultante può catturare rapidamente l'anidride carbonica dall'aria ambiente mediante la formazione di (bi)carbonato.

A differenza dei tradizionali carbonati sfusi, la rigenerazione dell'assorbente carico può essere ottenuta a basse temperature (90–100 °C) e la natura conduttiva dell'assorbente consente la rigenerazione diretta del riscaldamento Joule [2](#)·[3](#) utilizzando elettricità rinnovabile. Considerati gli ambienti dei pori altamente personalizzabili e il basso costo, prevediamo che gli assorbenti carichi troveranno numerose potenziali applicazioni nelle separazioni chimiche, nella catalisi e altro ancora.

Principale

Gli scrubber a base di idrossido sono tra i più promettenti per la cattura diretta dell'aria (DAC) del biossido di carbonio [4](#)·[5](#).

Gli approcci industrialmente maturi utilizzano soluzioni acquose di KOH [6](#) o idrossido di calcio solido [7](#) come assorbente, ma sono spesso richiesti passaggi di rigenerazione ad alta energia a 900 °C e l'uso di gas naturale [6](#).

Queste elevate temperature di rigenerazione derivano dalla significativa energia reticolare dei materiali carbonatici formati e contribuiscono notevolmente ai costi di gestione di un processo DAC.

Un approccio alternativo che può ridurre significativamente le temperature di rigenerazione consiste nel disperdere gli idrossidi in un materiale poroso o in una matrice polimerica [8](#)·[9](#).

Ad esempio, le strutture metallo-organiche funzionalizzate con idrossido hanno raggiunto prestazioni DAC promettenti con temperature di rigenerazione molto più basse (circa 100 °C), ma questi materiali soffrono di stabilità limitata e costi elevati di sorbente [10](#)·[11](#)·[12](#).

Motivati da queste sfide, abbiamo cercato un materiale idrossido robusto e a basso costo che potesse combinare la DAC con la rigenerazione a bassa temperatura.

Abbiamo proposto che (1) nuovi assorbenti DAC potrebbero essere sintetizzati inserendo elettrochimicamente ioni idrossido reattivi in un elettrodo di carbonio poroso [13](#), [14](#), [15](#), [16](#), e che (2) gli assorbenti elettricamente conduttivi risultanti potrebbero essere riscaldati utilizzando il riscaldamento Joule rapido (anche noto come riscaldamento resistivo) senza un supporto conduttivo secondario [2](#), [3](#).

Preparazione e caratterizzazione di sorbenti carichi

La preparazione di assorbenti carichi si basa sulla carica di un dispositivo di accumulo di energia elettrochimica (Fig. [1](#)).

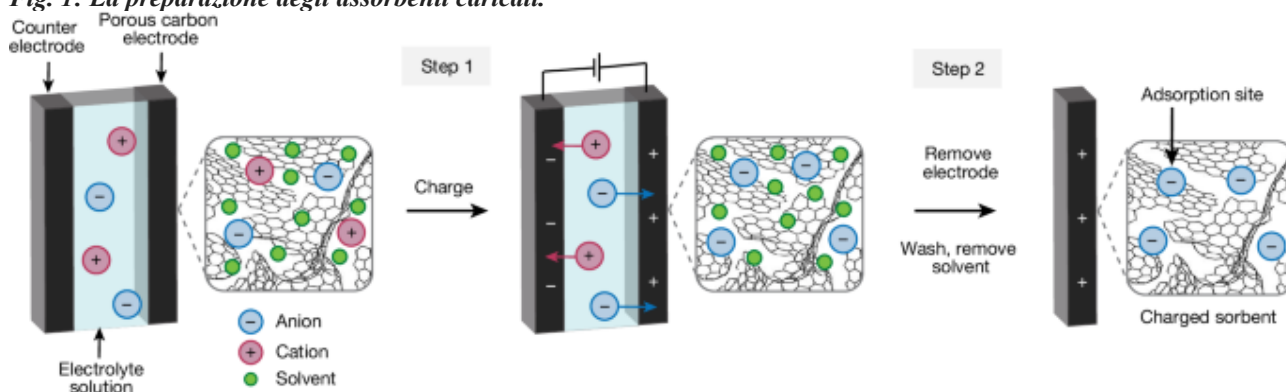
Durante la carica, gli ioni dell'elettrolita si accumulano nei pori di un elettrodo di carbonio poroso conduttivo; ad esempio, gli anioni si accumulano nell'elettrodo durante la carica positiva (Fig. [1](#), passaggio 1).

Dopo aver completato il processo di carica, questo elettrodo viene rimosso dalla cella e viene lavato e asciugato per rimuovere l'elettrolita residuo e il solvente per produrre un materiale assorbente carico.

La nostra ipotesi è che gli ioni accumulati nell'elettrodo poroso possano quindi fungere da siti attivi per un processo di adsorbimento come la cattura della CO_2 .

È possibile selezionare diversi materiali per elettrodi, ioni elettrolitici e solventi, consentendo la preparazione di assorbenti su misura per diverse applicazioni.

Fig. 1: La preparazione degli assorbenti carichi.



Un elettrodo di carbonio poroso viene caricato in una cella elettrochimica (fase 1).

Gli elettrodi vengono rimossi dalla cella, lavati con acqua deionizzata ed evacuati per rimuovere le molecole di solvente (mostrate come cerchi verdi) per produrre assorbenti carichi (fase 2).

Lo schema del carbone attivo è adattato dal rif. [33](#), Springer Natura America.

Utilizzando questo approccio, abbiamo preso di mira un carbonio poroso funzionalizzato con idrossido come nuovo assorbente per DAC. Ciò è stato ottenuto utilizzando un tessuto di carbone attivo poco costoso come elettrodo (Dati estesi, Fig. [1](#)) e una soluzione di KOH (aq.) 6 M (Fig. [2a](#)).

Il tessuto di carbone attivo è stato caricato positivamente applicando un potenziale di +0,565 V rispetto all'elettrodo a idrogeno standard (SHE) per 4 ore, accumulando così ioni idrossido reattivi all'interno dei pori di carbonio.

Durante la carica sono state osservate sia correnti capacitive che faradaiche, suggerendo che gli idrossidi vengono accumulati sia attraverso la formazione di un doppio strato elettrico che attraverso l'ossidazione dei gruppi funzionali superficiali (Dati estesi Fig. [2a,b](#) e Tabella dati estesi [1](#)).

Dopo la carica, l'elettrodo è stato rimosso dalla cella ed è stato lavato per rimuovere l'eccesso di KOH e ridurre al minimo la formazione di sale sulla superficie del tessuto di carbone (Dati estesi, Fig. [1](#)).

Infine, il materiale è stato essiccato per produrre un sorbente carico positivamente (PCS) contenente ioni idrossido, denominato PCS-OH (Fig. [2a](#)).

L'analisi di diffrazione dei raggi X su polvere di PCS-OH non ha mostrato riflessi da KOH cristallino o prodotti correlati, suggerendo che gli ioni idrossido sono incorporati principalmente all'interno dei pori di dimensioni nanometriche di PCS-OH (Dati estesi Fig. [2c](#)).

Infine, la controparte assorbente caricata negativamente è stata preparata come campione di controllo applicando un potenziale di -0,235 V rispetto a SHE per 4 ore, per produrre un assorbente carico negativamente pieno di ioni potassio (NCS-K).

La prova dell'incorporazione di ioni idrossido nei pori di PCS-OH è stata ottenuta da misurazioni di risonanza magnetica nucleare (NMR) allo stato solido ^1H (Fig. [2b](#)). Per PCS-OH, è stata osservata una forte risonanza a circa 1,5 ppm, corrispondente alle specie OH^- presenti nei pori.

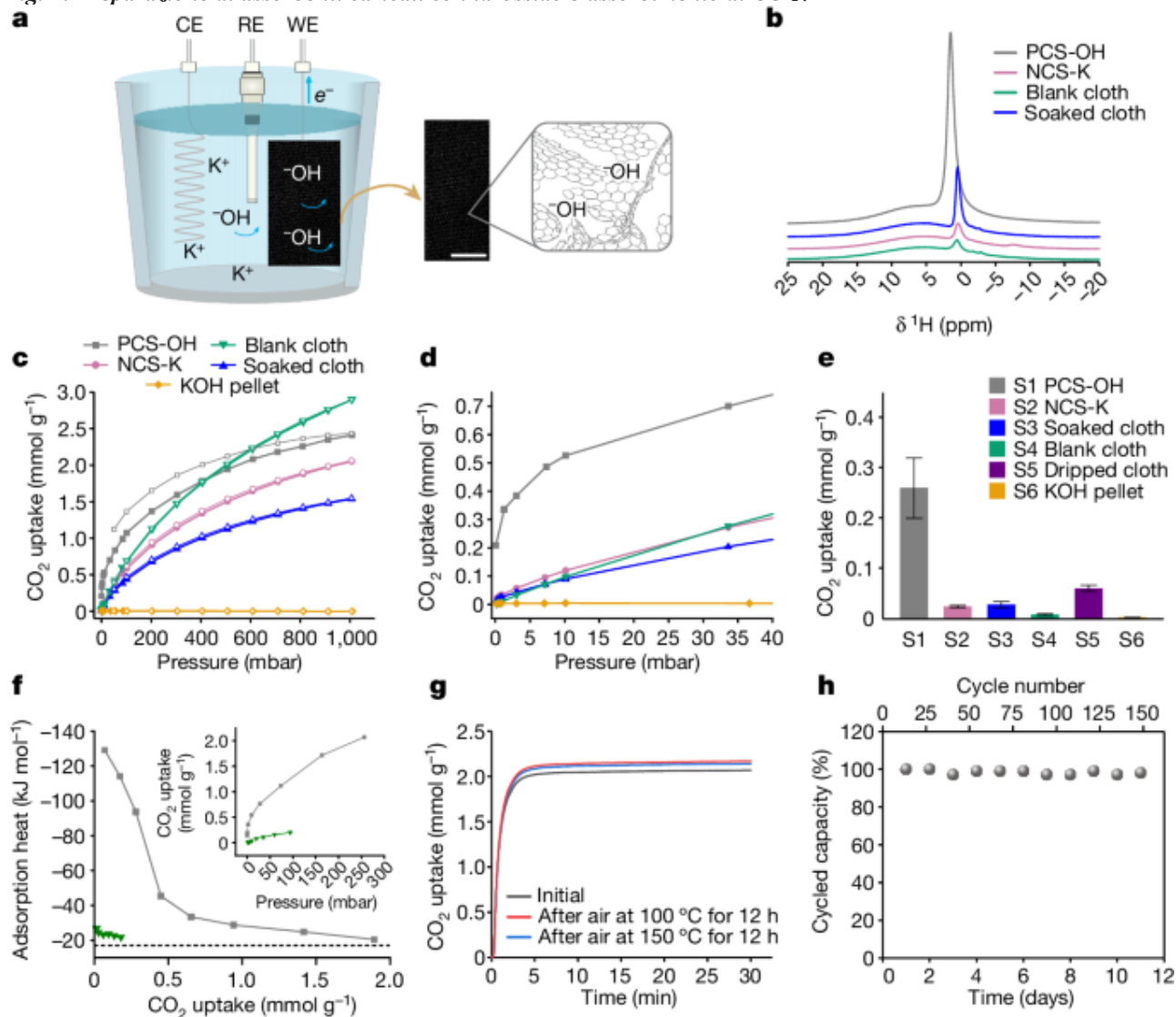
Questa assegnazione è stata supportata da misurazioni di controllo sul tessuto di carbone attivo così come acquistato ("panno bianco"), un panno di carbonio imbevuto nell'elettrolita ma non caricato ("panno imbevuto") e il campione di tessuto di carbonio caricato negativamente NCS-K, che mostravano tutti risonanze ^1H molto più deboli assegnate a piccole quantità di specie H_2O o OH^- residue.

Lo spostamento chimico più positivo di ^1H in PCS-OH deriva probabilmente dalle differenze negli effetti della corrente dell'anello dalle superfici di carbonio aromatico carico [17](#), [18](#). Ulteriore supporto per l'accumulo di specie OH^- in PCS-

OH è stato fornito da esperimenti di titolazione, in cui erano necessarie $1,2 \text{ mmol g}^{-1}$ di HCl per neutralizzare PCS-OH, rispetto a $0,2 \text{ mmol g}^{-1}$ per NCS-K (Extended Data Figura 2d).

L'analisi della combustione supporta anche una maggiore quantità di idrogeno in PCS-OH rispetto ai controlli (Dati estesi, Fig. 2e), coerente con l'accumulo guidato dalla carica di specie OH nell'elettrodo. Infine, l'area superficiale Brunauer-Emmett-Teller (BET) di PCS-OH era di $920 \text{ m}^2 \text{ g}^{-1}$, inferiore del 20% rispetto al tessuto bianco ($1.175 \text{ m}^2 \text{ g}^{-1}$) (Dati estesi Fig. 3a,b). Proponiamo che la riduzione del 20% dell'area superficiale del PCS-OH rispetto al tessuto bianco derivi da due fattori: (1) l'accumulo di ioni idrossido nei pori che riducono il volume dei pori accessibili e (2) l'ossidazione elettrochimica dei componenti funzionali gruppi nel carbonio (Dati estesi Fig. 2a,b),

Fig. 2: Preparazione di assorbenti carichi con idrossido e assorbimento di CO_2 .



a, Schema di ricarica del tessuto ACC-5092-10 in tessuto di carbone attivo in 6 M KOH attraverso una configurazione a tre elettrodi. Barra della scala, $0,5 \text{ cm}$. **b**, spettri NMR allo stato solido ^1H ($9,4 \text{ T}$) di PCS-OH e campioni di controllo, acquisiti con una velocità di rotazione dell'angolo magico (MAS) di $12,5 \text{ kHz}$. **c**, isoterme di adsorbimento di CO_2 (punti dati pieni) e di desorbimento (punti dati vuoti) di PCS-OH e campioni di controllo a $25 \text{ }^\circ\text{C}$. **d**, Regione di bassa pressione delle isoterme di adsorbimento di CO_2 da **c**. **e**, assorbimento di CO_2 di PCS-OH e campioni di controllo a $0,4 \text{ mbar}$ e $25 \text{ }^\circ\text{C}$. Le deviazioni standard vengono calcolate da dieci campioni indipendenti per PCS-OH e da tre campioni indipendenti altrimenti. **f**, Misurazioni microcalorimetriche di adsorbimento delle curve di calore di adsorbimento molare differenziale relative all'adsorbimento di CO_2 a $30 \text{ }^\circ\text{C}$ su PCS-OH (grigio) e tessuto bianco (verde). La linea orizzontale tratteggiata rappresenta l'entalpia molare standard di liquefazione della CO_2 a $30 \text{ }^\circ\text{C}$ di -17 kJ mol^{-1} . L'inserito mostra le isoterme volumetriche ottenute eseguendo l'adsorbimento di CO_2 a $30 \text{ }^\circ\text{C}$ su PCS-OH (grigio) e tessuto bianco (verde) con la linea volumetrica accoppiata al microcalorimetro. **g**,

Curve di assorbimento di CO_2 secca e pura a $40 \text{ }^\circ\text{C}$ e 1 bar di CO_2 per PCS-OH dopo l'attivazione sotto flusso di N_2 secco a $130 \text{ }^\circ\text{C}$ per 1 ora (curva grigia), dopo esposizione a flusso di aria secca (circa $21 \text{ } \%$ O_2 in N_2) a $100 \text{ }^\circ\text{C}$ per 12 ore (curva rossa) e dopo esposizione a flussi di aria secca (circa $21 \text{ } \%$ O_2 in N_2) a $150 \text{ }^\circ\text{C}$ per 12 ore (curva blu). **h, Capacità di ciclo per 150 cicli di adsorbimento-desorbimento per il PCS-OH in un processo di adsorbimento con oscillazione temperatura-pressione simulato (Dati estesi Fig. 6b). Adsorbimento $30 \text{ }^\circ\text{C}$, 20 min ; Desorbimento $100 \text{ }^\circ\text{C}$, 20 minuti ; È stata utilizzata CO_2 secca al $30 \text{ } \%$ in N_2 sia per le fasi di adsorbimento che per quelle di desorbimento.**

Tabella dati estesi [1](#) e la sezione sulla "Preparazione di assorbenti caricati") che interrompono la porosità complessiva del carbonio. Nonostante la piccola diminuzione dell'area superficiale del materiale, PCS-OH rimane altamente poroso (Dati estesi, Fig. [3c](#)), suggerendo che gli ioni idrossido accumulati dovrebbero essere accessibili come siti reattivi per l'adsorbimento di CO₂.

Le misurazioni dell'isoterma di adsorbimento di CO₂ (Fig. [2c,d,e](#)) hanno mostrato una maggiore cattura di CO₂ a basse pressioni per PCS-OH rispetto ai campioni di controllo. Questo assorbimento potenziato a bassa pressione è tipico degli adsorbenti funzionalizzati con idrossido [10·11](#), che supportano il chemiassorbimento di CO₂ da parte degli ioni idrossido accumulati. PCS-OH ha mostrato un aumento dell'assorbimento di CO₂ a pressioni rilevanti per DAC. A 0,4 mbar e 25 °C, la capacità di CO₂ per PCS-OH è $0,26 \pm 0,06 \text{ mmol g}^{-1}$ (dieci campioni indipendenti, Dati estesi Fig. [4](#)), che è significativamente maggiore delle capacità dei campioni di controllo in queste condizioni (Fig. [2d,e](#)).

Esperimenti su campioni sintetizzati utilizzando potenziali di carica meno positivi e tempi di carica più brevi hanno dato un minore assorbimento di CO₂ a basse pressioni a causa dell'incorporazione di un minor numero di ioni idrossido (Dati estesi, Figg. [2d](#) e [5a,b](#)). PCS-OH ha anche mostrato un maggiore assorbimento di CO₂ a bassa pressione rispetto a un campione di "panno gocciolato", che si stava preparando adattando un approccio dalla letteratura per impregnare il carbone attivo con soluzioni di idrossido metallico (Fig. [2e](#), Dati estesi Fig. [5c,d](#) e [metodi](#)) [13](#).

Infine, i nostri assorbenti carichi sono materiali altamente sintonizzabili perché l'elettrodo (e l'elettrolita) possono essere facilmente modificati nella sintesi. Come secondo esempio, il carbone attivo YP80F in polvere è stato prima preparato in una pellicola di elettrodi indipendente prima di sintetizzare un adsorbente carico denominato PCS-OH (YP80F) (Dati estesi Fig. [5e](#) e [Metodi](#)).

È stato nuovamente osservato un maggiore assorbimento di CO₂ a bassa pressione, dimostrando la generalità dell'approccio caricato-assorbente (Dati estesi Fig. [5f,g](#)).

Per studiare la natura dell'assorbimento di CO₂ nel PCS-OH abbiamo eseguito test microcalorimetrici che hanno consentito la quantificazione diretta del calore rilasciato durante le misurazioni dell'assorbimento di CO₂ (Fig. [2f](#)). Per il controllo del tessuto di carbonio bianco, il calore misurato di adsorbimento di CO₂ è compreso tra -28 e -20 kJ mol^{-1} , coerente con il fisisorbimento di CO₂ [19](#).

Si osserva un grande aumento del calore di adsorbimento per PCS-OH rispetto al carbonio bianco, coerente con il chemisorbimento di CO₂.

Il calore di adsorbimento misurato diminuisce gradualmente da un valore di -137 kJ mol^{-1} a copertura zero (valore estrapolato) a -33 kJ mol^{-1} con una copertura di $0,8 \text{ mmol g}^{-1}$ indicativo della formazione di bicarbonato in una distribuzione di siti di idrossido.

I calori di adsorbimento si confrontano bene con i precedenti rapporti sulla formazione di bicarbonato in materiali porosi e ossidi metallici [10·11·20](#), supportando il fatto che gli idrossidi inseriti elettrochimicamente nel PCS-OH fungono da siti di chemisorbimento di CO₂ per migliorare l'assorbimento a bassa pressione.

Oltre ai promettenti risultati sull'assorbimento del gas e sulla calorimetria, le misurazioni dell'analisi termogravimetrica (TGA) (utilizzando un forno riscaldato) indicano che PCS-OH ha una buona stabilità termica e ossidativa.

<https://www.nature.com/articles/s41586-024-07449-2>

la Repubblica

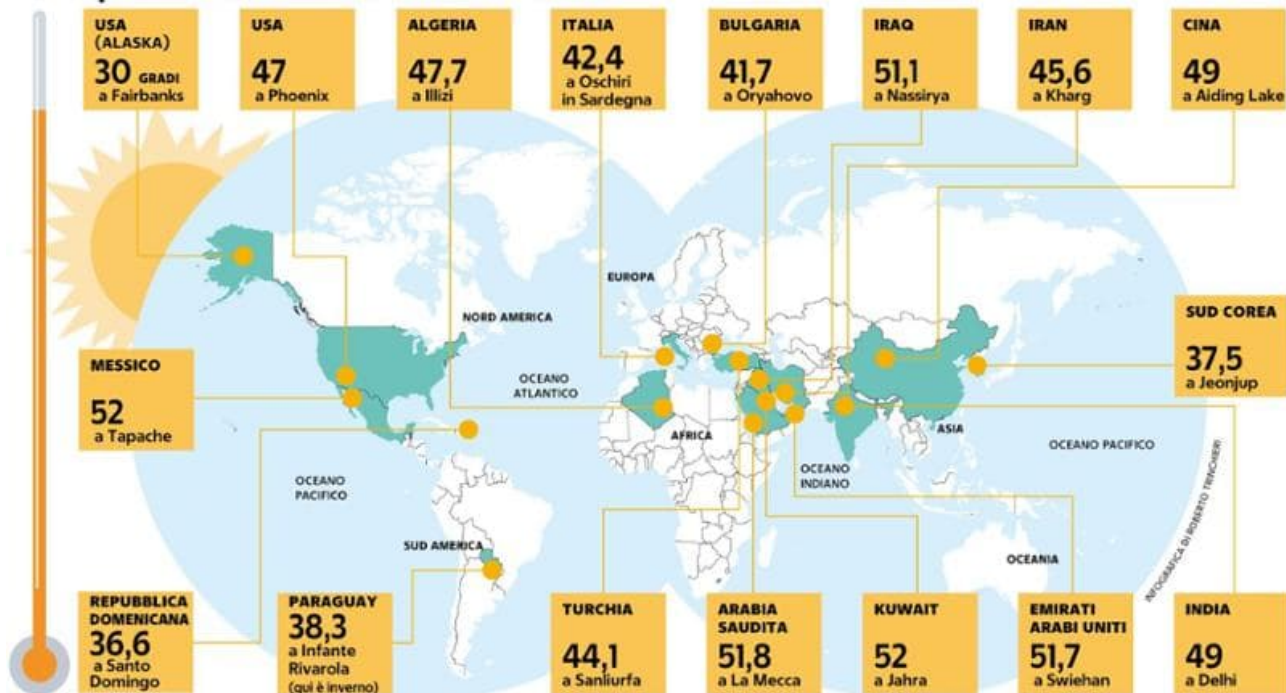
Il mondo a 50 gradi: dal Medio Oriente all'Asia la vita impossibile per il caldo da record

Giacomo Talignani

Migliaia di morti e danni alle colture, sono i Paesi poveri a soffrire di più

Nelle notti impossibili dell'India, dove la colonnina di mercurio sfiora i 40 gradi, i cittadini provano invano a dormire. In quelle del Medio Oriente, dove di giorno le temperature superano i cinquanta, a respirare. Nell'ultima settimana il mondo intero ha vissuto — e sta ancora sperimentando — una ondata di calore su larghissima scala che potrebbe contribuire facilmente a trasformare il 2024 nell'anno più caldo della storia, dopo il record dello scorso anno. I record stessi, ormai, sono complicatissimi da aggiornare: oltre 1.400 quelli battuti in sette giorni da una parte all'altra del mondo.

Le temperature nel mondo nell'ultima settimana



Il giugno più caldo in Cina

La Cina ad esempio sta sperimentando il giugno più caldo di sempre: ieri nell'area di Aiding Lake si è arrivati a 49 gradi, oltre cinquanta secondo alcune rilevazioni locali. In Paraguay, nell'emisfero sud dove è iniziato l'inverno, a Infante Rivarola c'erano quasi quaranta gradi. Con la complicità della crisi del clima, che rende più potenti, intense e frequenti le ondate di calore, questa settimana a cavallo fra primavera ed estate sarà difficilmente dimenticabile in un Medio Oriente che sta imparando a sopravvivere a cinquanta gradi. La terribile ondata di caldo che ha colpito La Mecca, in Arabia Saudita, ha contribuito alla morte di oltre 1.300 pellegrini accalcati in una città che è arrivata a lambire i 52 gradi.

11 paesi a 50 gradi

Temperature simili si sono raggiunte anche in Kuwait, oppure in Iraq a Nassiriya, o ancora a Swiehan negli Emirati dove si è toccato il record di caldo per il Paese. In totale, da inizio 2024, sono ormai undici i Paesi arrivati a 50 gradi. Ma delle cifre eccezionali, delle statistiche, ormai poco importa a nazioni in cui adattamento e sopravvivenza sono all'ordine del giorno: sia l'India che il Messico hanno pagato a carissimo prezzo, con centinaia di morti, l'attuale ondata di calore che ha portato le temperature a livelli insostenibili. L'Europa e il Mediterraneo invece hanno assistito alle due facce della stessa medaglia, quella con sopra l'effigie della crisi del clima: da una parte le temperature roventi di Cipro, Grecia, Turchia, Balcani e Sud Italia, dall'altra gli intensi nubifragi che dalla Svizzera all'Emilia Romagna hanno creato frane e allagamenti. Il caldo estremo è considerato anche tra le concause della morte di alcuni turisti in Grecia, così come di diversi escursionisti che dalla California all'Arizona sono deceduti per colpi di calore o disidratazione negli ultimi giorni.

Usa roventi

Proprio gli Stati Uniti, con circa 100 milioni di cittadini coinvolti, stanno sperimentando in queste ore quella che potrebbe essere una ondata bollente e prolungata: si va dai 32 gradi di New York sino agli oltre 45 di Phoenix. Ancor più dei casi di singoli avventurieri colpiti da stress termico sono però i grandi eventi di massa a preoccupare se connessi con il calore eccessivo. Solo nell'ultimo periodo si contano la tremenda strage di pochi giorni fa durante l'Hajj, il pellegrinaggio islamico, ma anche le dozzine di lavoratori morti nei seggi in India, così come le situazioni di malessere registrate durante alcuni festival del Nord America. Fatti e vittime che aumentano i timori per le Olimpiadi in partenza fra un mese in una Parigi dove le temperature rischiano a fine luglio di essere davvero elevate. Solo lo scorso anno, in Europa, d'estate il caldo ha ucciso secondo le stime 62mila persone.

Sistemi refrigeranti

Ma mentre le città più ricche e sviluppate stanno promuovendo azioni di adattamento, da sistemi refrigeranti a stazioni con tanto di paramedici dove poter bere e idratarsi, e mentre in Cina è ormai comune

uscire con l'ombrello per ripararsi dal sole, è nelle aree più povere del mondo dove il caldo uccide silenziosamente. Altrove, sistemi di allerta precoce sul caldo e i bollettini, come quelli del Montenegro dove nelle scorse ore le autorità invitavano le persone a "rimanere all'ombra fino al tardo pomeriggio", sono ormai diventate consuetudine nelle giornate roventi, quelle in cui (è accaduto a Belgrado) soltanto di notte possono essere centinaia le chiamate per assistenza medica per via del calore. Calore che questa settimana continuerà nel Nord Africa, dove l'Algeria e la Tunisia potrebbero superare i 50 gradi, negli States in cui diverse città andranno oltre ai 35 e nell'Europa dell'est, come in Romania, dove si temono forti ripercussioni su agricoltura e raccolti.

Stress termico entro il 2050

Un sintomo chiaro, in questa settimana bollente di giugno nel mondo, di come gli effetti della crisi climatica incideranno sempre di più anche sul cibo e sulla fame. Uno studio appena uscito su Scientific Reports sostiene proprio questo: entro il 2050 lo stress termico e idrico potrebbe portare la produzione alimentare globale a diminuire del 14%, con un aumento fino a 1,36 miliardi di persone soggette a gravi livelli di insicurezza alimentare. Gli stessi scienziati però, ricordando che le ondate di calore come quelle in corso aumenteranno, ci dicono anche che abbiamo le armi per arginarle in futuro: il primo passo è sempre il solito, dire addio ai combustibili fossili.

https://www.repubblica.it/italia/2024/06/26/news/caldo_africano_quando_torna_il_mondo_a_50_gradi-423289939/?ref=RHLF-BG-P9-S1-T1

la Repubblica

Siccità, 12 regioni ad alto stress idrico. E aumenteranno ancora

AFP or licensors

I dati sulla situazione idrica del nostro Paese sono tracciati dalla Community Valore Acqua per l'Italia di The European House – Ambrosetti. Entro il 2030 la situazione peggiorerà soprattutto in Liguria, Friuli-Venezia Giulia e Marche. Perso nel 2022 il 51,5% delle risorse idriche rinnovabili rispetto alla media storica

La siccità italiana ha raggiunto livelli preoccupanti tanto che è stata registrata una perdita del 51,5% delle risorse idriche rinnovabili in un anno rispetto alla media storica dal 1950. A fotografare questa situazione è la Community Valore Acqua per l'Italia di The European House – Ambrosetti (Teha).

Dalle rilevazioni emerge che l'Italia si colloca come quarto Paese dell'Unione europea per stress idrico, con un indice di 3,3 su 5. Solo Belgio (4,4), Grecia (4,3) e Spagna (3,9) presentano valori peggiori. In particolare, sono dodici le regioni ad alto stress idrico: Basilicata, Calabria, Sicilia, Puglia sono le più esposte in assoluto, seguite nell'ordine da Campania, Lazio, Marche e Umbria, Toscana, Molise, Sardegna e Abruzzo.

Gli esperti, riporta la Community Valore Acqua, stimano che entro il 2030 lo stress idrico si intensificherà ulteriormente in alcune regioni italiane, con un incremento dell'8,7% in Liguria, del 6,1% in Friuli-Venezia Giulia e del 5,7% nelle Marche.

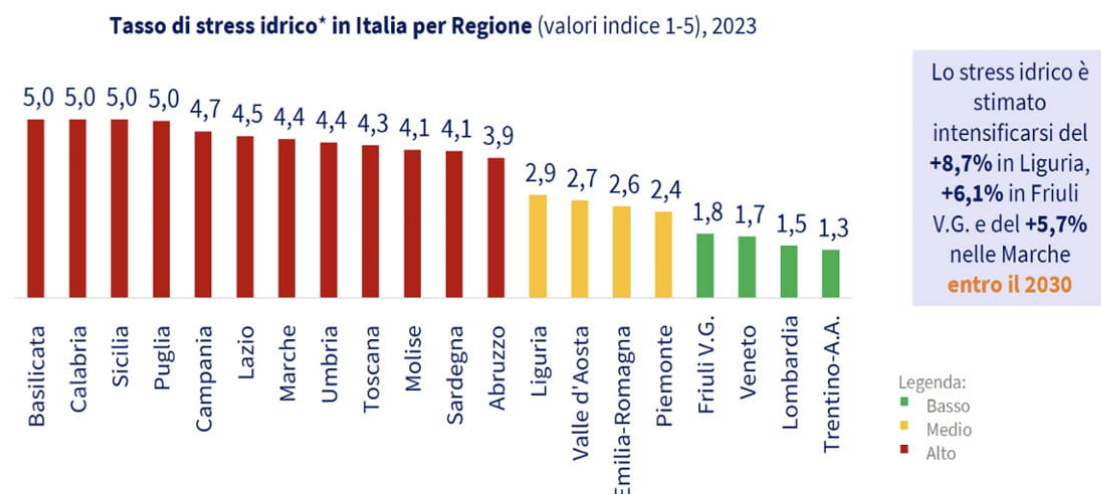
Due sono i settori maggiormente colpiti dal riscaldamento globale e dalla siccità: agricoltura e idroelettrico. L'agricoltura italiana, già sottoposta a numerose pressioni, sta affrontando una crescente scarsità d'acqua che mette a rischio la produzione alimentare e la sostenibilità delle attività agricole.

La produzione di mele si è ridotta del 70%, del 63% quella delle pere e del 60% le ciliegie. L'idroelettrico, che rappresenta una fonte fondamentale di energia rinnovabile per l'Italia, sta soffrendo a causa della riduzione delle risorse idriche, compromettendo la capacità del Paese di soddisfare la domanda energetica attraverso fonti pulite.

Sebbene il 2023 sia stato un anno particolarmente caldo, è stato nel corso del 2022 che il nostro Paese ha affrontato una crisi idrica senza precedenti.

Le precipitazioni totali sono drasticamente diminuite e il manto nevoso ha registrato un deficit del 60% rispetto alla media del decennio 2010-2021. A causa delle elevate temperature, solo il 13,5% delle piogge ha contribuito alla ricarica delle falde acquifere.

Sono 12 le Regioni italiane esposte ad un elevato tasso di stress idrico, il Sud ai primi posti



TEHA

(*) Lo stress idrico è definito come il rapporto tra prelievi idrici totali e disponibilità di acqua superficiale e sotterranea. I dati sono riparametrati da 1 a 5 sulla base della normalizzazione dei consumi idrici dei settori.

Fonte: elaborazione The European House - Ambrosetti su dati WRI, 2024



Questo fenomeno desta ulteriore preoccupazione, poiché si prevede che la risorsa idrica rinnovabile si ridurrà ulteriormente del 40% entro il 2100, con picchi di riduzione del 90% nel mezzogiorno d'Italia. La quantità d'acqua persa nel 2022 – rileva il Libro Bianco della Community Valore Acqua – è pari a quella necessaria per irrigare circa 641.000 ettari di terreno, un'area corrispondente all'intera superficie agricola del Lazio. I

noltre, equivale all'acqua consumata annualmente da oltre 14 milioni di persone, ovvero gli abitanti di Lombardia e Piemonte, e alla quantità utilizzata dalla produzione di 82.000 imprese manifatturiere, il tessuto industriale di regioni come Veneto, Friuli-Venezia Giulia ed Emilia-Romagna.

“La situazione idrica in Italia – spiega Valerio De Molli, managing partner e ceo di The European House – Ambrosetti – richiede un'azione immediata e concertata. È necessario un impegno concreto da parte di tutti gli attori coinvolti, dalle istituzioni ai cittadini per promuovere pratiche di gestione sostenibile dell'acqua e investire in tecnologie innovative che ci permettano di fronteggiare questa emergenza.

È importante modernizzare e rendere più efficienti le nostre infrastrutture idriche, per ottimizzare la raccolta e lo stoccaggio dell'acqua, attivando il 20% dei volumi potenzialmente sfruttabili già presenti nelle grandi dighe italiane.

Solo attraverso un approccio integrato e lungimirante, che deve essere portato avanti anche dai cittadini, potremo garantire la sicurezza idrica del nostro Paese e la prosperità delle future generazioni”.

https://www.repubblica.it/dossier/economia/transizione-sostenibile/2024/06/17/news/siccita_12_regioni_ad_alto_stress_idrico_e_aumenteranno_ancora-423245353/?ref=RHLB-BG-P1-S1-T1

la Repubblica

Inquinamento primo nemico della salute: sette milioni di morti premature

È quanto emerge dal lavoro di un gruppo di studiosi che hanno dato voce alle loro preoccupazioni per il benessere umano in relazione allo stato dell'ambiente, sul 'Journal of American College of Cardiology'

L'inquinamento è una minaccia alla salute peggiore di guerra, terrorismo, malaria, Hiv, tubercolosi, droga e alcol messi insieme. È quanto emerge dal lavoro di un gruppo di studiosi che hanno dato voce alle loro

preoccupazioni per il benessere umano in relazione allo stato dell'ambiente, sul '[Journal of American College of Cardiology](#)'.

I ricercatori dell'Università di Edimburgo, della Icahn School of Medicine del Mount Sinai, dell'Osservatorio globale sulla salute planetaria del Boston College, del Centre Scientifique de Monaco, dell'University Medical Center Mainz e del Victor Chang Cardiac Research Institute si sono concentrati sul riscaldamento globale, sull'inquinamento atmosferico e sull'esposizione al fumo degli incendi evidenziando anche fattori meno conosciuti delle malattie cardiache, tra cui l'inquinamento del suolo, da rumore e da luce e l'esposizione a sostanze chimiche tossiche.

Sette milioni di morti premature ogni anno

Tra i loro risultati chiave vi sono i seguenti: l'inquinamento atmosferico esterno e interno combinato è associato a oltre sette milioni di morti premature all'anno, di cui oltre il 50% attribuibile a cause cardiovascolari, principalmente cardiopatia ischemica e ictus. Un quinto di tutte le morti cardiovascolari sono causate dall'inquinamento atmosferico. Durante le ondate di caldo, il rischio di mortalità cardiovascolare correlata al caldo può aumentare di oltre il 10%. Negli Stati Uniti si è registrato un aumento del 77% nell'esposizione al fumo degli incendi dal 2002. A livello globale, si stima che il fumo degli incendi sia responsabile di un numero di morti compreso tra 339.000 e 675.000 all'anno.

Dal 1950 sono state prodotte oltre 300.000 nuove sostanze chimiche sintetiche e il profilo di sicurezza umana di molte di queste sostanze chimiche è sconosciuto. Jason Kovacic, direttore e amministratore delegato del Victor Chang Cardiac Research Institute con sede in Australia, afferma che è necessario un riconoscimento molto maggiore dei pericoli dell'inquinamento e del ruolo che svolgono nel causare circa nove milioni di morti ogni anno a livello globale.

I numeri sono sottostimati

"Ogni anno circa 20 milioni di persone in tutto il mondo muoiono di malattie cardiovascolari e gli inquinanti svolgono un ruolo sempre crescente", afferma Kovacic. "Gli inquinanti hanno raggiunto ogni angolo del globo e colpiscono ognuno di noi. Stiamo assistendo a incendi senza precedenti, temperature in aumento, rumore stradale inaccettabile e inquinamento luminoso nelle nostre città e all'esposizione a sostanze chimiche tossiche non testate nelle nostre case. I nostri corpi sono bombardati da sostanze inquinanti da ogni angolazione che stanno mettendo a dura prova la salute del nostro cuore. Le prove suggeriscono che il numero di persone che muoiono prematuramente a causa di queste forme di inquinamento molto diverse è molto più elevato di quanto attualmente riconosciuto".

Il ruolo dei diversi inquinanti

Gli inquinanti sono noti fattori che causano malattie cardiovascolari, ma influenzano il corpo in modi diversi. Il fumo e altre tossine possono essere inalate direttamente in profondità nelle basse vie respiratorie e raggiungere il sangue per poi essere trasportate in altri organi e in tutto il nostro corpo. Possono causare stress ossidativo che può danneggiare cellule e organi compreso il cuore.

Altri inquinanti come il rumore e l'inquinamento luminoso possono influenzare i ritmi del sonno, provocare infiammazioni e portare a un aumento della pressione sanguigna e a un aumento di peso. Il caldo estremo può anche portare a disidratazione, diminuzione del volume sanguigno, aumento dello sforzo cardiovascolare e insufficienza renale acuta.

"Sebbene molti di questi meccanismi biologici siano noti, abbiamo ancora molto da capire del legame tra inquinanti e malattie cardiache", osserva Kovacic. "Esistono centinaia di migliaia di sostanze chimiche di cui non è stata nemmeno testata la sicurezza o la tossicità, per non parlare del loro impatto sulla nostra salute. Dobbiamo anche scoprire se ci sono altri fattori di rischio che rendono le persone più vulnerabili, come condizioni preesistenti, fattori legati allo stile di vita o al luogo in cui vivono".

Le contromisure

Il team di ricercatori formula una serie di raccomandazioni per affrontare la situazione tra cui: richiedere l'attuazione di cambiamenti salutari nella progettazione della città, come l'aumento della copertura arborea, mezzi sicuri di spostamento attivo e un uso ridotto dei veicoli; porre fine ai sussidi all'industria dei combustibili fossili per consentire maggiori investimenti nelle energie rinnovabili e nella produzione di energia più pulita; campagne di sanità pubblica sui pericoli dell'inquinamento atmosferico; educazione medica per riflettere meglio i crescenti pericoli degli inquinanti.

https://www.repubblica.it/salute/2024/06/04/news/inquinamento_rischi_salute_morti-423163831/

Ambiente. Il cambiamento climatico è una minaccia ai progressi per la salute dei bambini. Il nuovo rapporto Unicef

In occasione della Giornata Mondiale dell'Ambiente L'Unicef lancia un nuovo rapporto "Una minaccia per il progresso: Fronteggiare gli effetti del cambiamento climatico sulla salute e il benessere dei bambini" che sottolinea la connessione tra i principali rischi climatici, come il caldo estremo, la siccità, gli incendi, i fattori moltiplicatori, come la scarsità d'acqua, l'insicurezza alimentare, gli sfollamenti che si traducono in impatti negativi sulla salute che contribuiscono alla mortalità e alla morbilità dei bambini

05 GIU -

I cambiamenti climatici rappresentano una minaccia unica per la salute e il benessere dei bambini e delle madri in gravidanza. L'esposizione ai rischi legati al clima è legata a: complicanze in gravidanza ed esiti negativi alla nascita, soprattutto parto pretermine, basso peso alla nascita e bambini nati morti; malnutrizione dei bambini, compresi malnutrizione cronica, acuta e carenze di micronutrienti; malattie infettive killer come la malaria e la dengue, che si stanno intensificando con il cambiamento climatico. E ancora, malattie non trasmissibili come le malattie legate al caldo, l'asma, le malattie croniche metaboliche e cardiovascolari; impatto sul neurosviluppo e sulla salute mentale, tra cui ritardi nello sviluppo, disfunzioni cognitive e depressione; effetti sul benessere, tra cui perdita di apprendimento, violenza, abuso e sfruttamento; lesioni derivanti dall'esposizione a rischi estremi, tra cui annegamento e ustioni.

Ecco quindi che occasione della Giornata Mondiale dell'Ambiente l'Unicef lancia un nuovo rapporto "A threat to progress: Confronting the effects of climate change on child health and well-being" (Una minaccia per il progresso: Fronteggiare gli effetti del cambiamento climatico sulla salute e il benessere dei bambini), e chiede a tutti gli attori, compresi i governi e il settore privato interventi ad hoc.

Il rapporto sottolinea la connessione tra i principali rischi climatici – come il caldo estremo, la siccità, gli incendi –, i fattori moltiplicatori – come la scarsità d'acqua, l'insicurezza alimentare, gli sfollamenti – e le vulnerabilità sottostanti – tra cui lo status socioeconomico –, che si traducono in impatti negativi sulla salute che contribuiscono alla mortalità e alla morbilità dei bambini.

Vediamo i punti principali evidenziati nel Report

- *Caldo estremo: un aumento di 1°C della temperatura nei Paesi a basso reddito porta a un aumento di 16,6 bambini su 1.000 nati vivi che muoiono prima di compiere un anno di età. Le probabilità di bambini nati morti e nascite pretermine aumentano del 5% per ogni aumento di 1°C della temperatura.*
- *Siccità: il rischio di un evento simile alla siccità senza precedenti del 2022 nel Corno d'Africa, che ha colpito più di 20 milioni di bambini e ha portato ad almeno 20.000 morti in più di bambini al di sotto dei cinque anni, è stato stimato essere diventato 100 volte più probabile a causa del cambiamento climatico causato dall'uomo.*
- *Incendi boschivi: ogni incremento di 1 microgrammo per metro cubo d'aria (mg/m³) di PM_{2,5} emanato dagli incendi è stato associato a un aumento del 2,3% del rischio di mortalità dei bambini sotto i 5 anni. Rispetto al PM_{2,5} proveniente da altre fonti, il PM_{2,5} rilasciato dagli incendi boschivi è circa 10 volte più dannoso per la salute respiratoria dei bambini, in particolare per quelli di età inferiore ai 5 anni.*
- *Inondazioni e tempeste: uno studio ha rilevato che i neonati che vivevano in aree a rischio di inondazioni in Bangladesh avevano l'8% in più di probabilità di morire rispetto a quelli che non erano esposti alle inondazioni, il che ha portato a più di 150.000 morti infantili in eccesso in un periodo di 30 anni.*
- *Inquinamento dell'aria: l'inquinamento atmosferico è associato a un aumento del rischio di morte infantile e di esiti avversi alla nascita, con circa 2 milioni di nascite pretermine all'anno attribuite all'esposizione al particolato ambientale.*

Il rapporto sottolinea la connessione tra i principali rischi climatici - come il caldo estremo, la siccità, gli incendi -, i fattori moltiplicatori - come la scarsità d'acqua, l'insicurezza alimentare, gli sfollamenti - e le vulnerabilità sottostanti - tra cui lo status socioeconomico -, che si traducono in impatti negativi sulla salute che contribuiscono alla mortalità e alla morbilità dei bambini.

Ogni bambino ha diritto a un ambiente pulito, sano e sostenibile. L'Unicef chiede a tutti gli attori, compresi i governi e il settore privato, di:

- *ridurre le emissioni per raggiungere la soglia di 1,5°C, garantendo il superiore interesse dei bambini e dando priorità agli sforzi di mitigazione che affrontano molteplici sfide e forniscono chiari co-benefici per la salute dei bambini;*
- *proteggere i bambini dall'impatto dei cambiamenti climatici, assicurando che le politiche e gli impegni in materia di clima, come i Contributi Determinati a livello nazionale, i Piani Nazionali di*

Adattamento e i piani dei settori sanitari e determinanti per la salute, rispondano alle esigenze dei bambini esposti ai rischi climatici;

- dare priorità alla salute e al benessere dei bambini nelle politiche, negli investimenti e nelle azioni per il clima.

https://www.quotidianosanita.it/studi-e-analisi/articolo.php?articolo_id=122643

Sanità pubblica e privata

quotidianosanita.it

A forza di equiparare la salute ad una merce si affossa la sanità pubblica

Marco Geddes De Filicaia

27 GIU -

Gentile Direttore,

il dibattito che si è finora svolto su Quotidiano sanità fra Claudio Maria Maffei (14 Luglio 2024) e il Gruppo si studio per la salute del futuro (24 Luglio 2024), a seguito del loro interessante documento (Maria Luisa Sartor e al.), di valutazione critica dell'Appello degli scienziati, mi sollecita alcune riflessioni.

Edilizia sanitaria.

Maffei scrive che “un programma di edilizia sanitaria esercita ... un effetto deleterio sui livelli di tutela della salute dei cittadini: sposta ancora di più l'equilibrio ospedale/territorio a favore dell'ospedale”. Un'affermazione condivisibile con la precisazione che da tempo non si tratta di un “programma”, ma di molteplici iniziative senza una generale pianificazione che riguardi complessivamente una Regione, all'interno di una qualche strategia nazionale. La chiusura di tanti piccoli ospedali, al fine anche di assicurare appropriati volumi di attività e conseguenti esiti, non è stata seguita, se non in rarissimi casi, dalla trasformazione di tali strutture in adeguati presidi territoriali.

Contestualmente sono mancati – si pensi a varie situazioni nelle aree interne e in particolare in alcune regioni, come la Calabria – adeguamenti nella viabilità e nel trasporto pubblico, che assicurassero un collegamento con gli ospedali di riferimento.

Gli interventi di edilizia sanitaria, in particolare quelli ospedalieri, sono caratterizzati - e in parte “affetti” - da tempi lunghi di gestazione e realizzazione e gli stanziamenti avviati assorbono – necessariamente o inevitabilmente – ulteriori risorse, per l'aumento dei prezzi, le innovazioni tecnologiche, gli adeguamenti normativi e le conseguenti varianti. Vi è una rigidità e una autoalimentazione insita in tali investimenti, il cui riorientamento richiederebbe una continuità di intenti pluriennale, non con politiche finalizzate ad un rapido consenso in vista delle scadenze elettorali.

In mancanza di una adeguata programmazione vi è una concorrenza fra le strutture ospedaliere, che coinvolge anche il privato accreditato, con conseguente migrazione per ragioni sanitarie verso e il trasferimento, o accaparramento, di professionisti. Le strutture che attraggono più pazienti e trattano i casi più complessi sono prevalentemente al Nord (11), di cui 5 in Lombardia (3 privati); 7 al Centro e solo 2 nel Sud (Sole 24 Ore salute, 25 Giugno).

È con, e tramite, gli ospedali che si scatenerà la competizione fra Regioni, sia per acquisire pazienti che professionisti, una volta avviata l'Autonomia differenziata di recente approvazione.

La privatizzazione della sanità.

L'Appello degli scienziati, a cui il Gruppo di studio rivolge varie critiche, afferma che "Il pubblico garantisce ancora una quota di attività (urgenza, ricovero per acuzie), mentre per il resto (visite specialistiche, diagnostica, piccola chirurgia) il pubblico arretra, e i cittadini sono costretti a rinviare gli interventi o indotti a ricorrere al privato. Proseguire su questa china, oltre che in contrasto con l'Art. 32 della Costituzione, ci spinge verso il modello USA".

Si tratta di una affermazione condivisibile, ma che necessita di una valutazione sulle ragioni del progressivo indebolimento del pubblico che sono culturali e politiche, basate sulla convinzione che il privato sia migliore del pubblico e il mercato elemento di regolamentazioni, fra domanda di prestazioni e offerta, equiparando così la salute ad una merce. Questa idea si è diffusa anche in larga parte della Sinistra, che è stata oggetto di una "cattura cognitiva" con la convinzione che non vi fosse alternativa alla ricetta neoliberista.

Si lasciano conseguentemente al pubblico le emergenze e i grandi rischi, ma anche il compito di finanziare le strutture private!

La privatizzazione della sanità è un fenomeno in atto da tempo, ma che ha avuto una accelerazione con il Covid. Nel corso della pandemia l'opinione pubblica e la maggioranza delle forze politiche hanno percepito l'importanza di un Servizio sanitario pubblico potenziato, ma si è perso "l'attimo fuggente" per attuare qualche sostanziale riforma sotto il profilo dei finanziamenti, dell'inquadramento del personale (compresi i MMG), della formazione...

Vi sono dati impressionanti sulla ritirata del SSN a favore del privato. Un esempio: gli interventi di protesi dell'anca si sono ridotti durante la pandemia (2020 e 2021), per poi riprendere a crescere fino a 125.000 nel 2022. Mentre nel 2018 il 42,8% veniva effettuato dai privati accreditati e il 57,2% dal pubblico, le percentuali si sono invertite: 51,5% privato e 48,5% pubblico. Trend analogo per la protesi del ginocchio dove il privato era già maggioranza: nel 2018 il privato effettuava il 69,7% degli interventi e il pubblico il 30,3%; nel 2022 il privato il 77,8%, il pubblico solo il 22,2%!

Personale e formazione.

L'Appello afferma che il grande patrimonio del SSN è il suo personale e che occorrono molti anni per disporre di professionisti sanitari competenti e che particolarmente grave risulta la carenza di infermieri. Si tratta di un problema rilevantissimo, presente da anni, ma che ha ormai caratteristiche emergenziali, a cui non si trova certo una soluzione che possa espletare il suo effetto rapidamente.

Le questioni che andrebbero affrontate sono molteplici: le retribuzioni, le condizioni lavorative, le mansioni da attribuire ai diversi professionisti (assai sotto livellate per infermieri e personale tecnico anche rispetto all'attuale percorso di studi e a quanto in atto in altri paesi), nonché la formazione.

Nei passati decenni è mancata qualsiasi programmazione - malgrado la documentazione disponibile, proveniente anche da parte sindacale (ANAAO) - che tenesse conto del fabbisogno di medici e infermieri per il SSN, sulla base delle classi di età degli occupati, della prevista curva pensionistica e del tasso di domande nelle varie sedi universitarie. La situazione di crisi si concentra attualmente sulle scuole di specializzazione di medicina che, a fronte di un incremento di posti, presenta nel 2022/2023 con un livello di copertura (domande/posti disponibili) del 64,7%; per molte specialità, fondamentali per il SSN, la situazione appare assai più drammatica, come evidenzia il Rapporto ANVUR 2023.

In Chirurgia Generale solo il 38,7% dei posti risulta coperto, annullando l'effetto dell'incremento di posti, con una riduzione di iscritti che passa da 430 del 2018/19 agli attuali 278! In Chirurgia Toracica il tasso di copertura è del 34,4%. La Medicina d'emergenza-urgenza ha raddoppiato i posti disponibili, ma il crollo del tasso di iscrizioni al 25,1% ha portato il numero di iscritti da 455 a 225! L'Anestesia e Rianimazione ha visto un calo significativo: dal 75,7% al 48,1%; la Medicina nucleare è scesa al 27,3%, con un trend negativo costante; la Radioterapia ha aumentato i propri posti, da 134 nel 2018/19 a 177 nel 2022/23, ma gli iscritti, con un tasso di copertura del 10,7%, sono crollati da 113 a soli 19; anche la Microbiologia e Virologia è crollata al 10,3%. Un record negativo - a proposito di territorio - è da attribuire alla Medicina di comunità e delle cure primarie: il 10,1% di copertura.

"Questo calo costante dei tassi di copertura - afferma l'ANVUR utilizzando ottimisticamente il condizionale - potrebbe, infatti, compromettere la capacità del sistema sanitario di rispondere adeguatamente alle esigenze del servizio sanitario nazionale".

Meno comprensibile risulta la politica universitaria che incrementa, in alcuni casi raddoppiandola, la disponibilità di posti in alcune specialità: Chirurgia plastica, Oftalmologia, Dermatologia, Ginecologia ed Ostetricia ecc., che ottengono una copertura che arriva a oltre il 99%. Si tratta di specialità di cui il SSN ha necessità oppure - seguendo una logica tutta interna all'Accademia - si preparano professionisti, offrendo loro una alternativa rispetto ad altri percorsi formativi, destinati alla sanità privata o anche al trasferimento in altri paesi?

È evidente tuttavia che l'incremento dei posti nelle scuole di specializzazione ha scarso o nullo effetto senza l'adozione di misure per migliorare le condizioni di lavoro, aumentare i finanziamenti e incentivare

la scelta di quelle specializzazioni che, seppure fondamentali, risultano meno attrattive per i giovani medici.

Il finanziamento del SSN

Nell'Appello degli scienziati si legge che "È necessario un piano straordinario di finanziamento del SSN e specifiche risorse devono essere destinate a rimuovere gli squilibri territoriali". Questa affermazione lascia un margine di equivoco a causa dell'aggettivazione "straordinario", dato che un finanziamento "straordinario" è stato ottenuto con il PNRR e, se necessario, in caso di crisi, si potrebbe ricorrere al MEF (ove approvato rimuovendo l'ostilità dell'attuale Governo).

Il documento intendeva, forse, riferirsi all'entità dell'impegno finanziario che è necessario che sia rilevantisimo, a confronto delle attuali ipotesi di bilancio per i prossimi anni. Ciò che è indispensabile è che tale incremento finanziario sia invece "ordinario", rivolto prioritariamente a formazione e acquisizione di personale. In mancanza di ciò anche "... i fondi del PNRR finalizzati alla costruzione o ristrutturazione delle Case della Comunità, che intenderebbero migliorare l'assistenza territoriale pubblica – come scrive il Gruppo di studio per la salute del futuro – senza un aumento del personale pubblico destina [tali strutture] a rimanere scatole vuote, che potrebbero essere agevolmente svendute ad una gestione privatizzata e precarizzante".

Resta ai margini del dibattito il tema di come sia possibile reperire risorse per il SSN, con i vincoli del debito pubblico e, contestualmente, con le criticità che sono presenti in altri settori pubblici: istruzione, ricerca ecc.

Parafrasando l'incipit di un noto testo ottocentesco potremmo affermare che uno spettro si aggira per l'Italia (e non solo): lo spettro della giustizia fiscale. È ormai tempo che, coloro che ritengono più equo, più efficace e meno oneroso complessivamente un sistema sanitario pubblico espongano apertamente in faccia a tutti che i sistemi di welfare si basano su una fiscalità progressiva (negli anni settanta, quando si è sviluppato il welfare in Italia, le aliquote erano 32 e andavano dal 10% al 72%), una riduzione delle esenzioni, la introduzione di una tassa di successione (nel nostro paese praticamente inesistente), la lotta all'evasione ecc.

In altri termini fra la scelta (usando una terminologia vieta) di "mettere le mani nelle tasche degli italiani" in relazione allo stato di bisogno sanitario e assistenziale, quando la persona è più indifesa e meno capace di opporsi, bisogna farlo in base alla capacità contributiva.

Si tratta anche di un problema che riguarda le politiche europee e i rapporti internazionali, ma da anni, come scrive una firma di punta del Financial Times, Martin Wolf: "Abbiamo una governance che premia gli insider potenti, un regime concorrenziale che tollera monopoli granitici, un regime di regolamentazione incline a lasciarsi corrompere e, non da ultimo, un sistema fiscale che permette ai ricchi di pagare le tasse quasi su base volontaria".

https://www.quotidianosanita.it/lettere-al-direttore/articolo.php?articolo_id=123084

welforum.it Osservatorio nazionale
sulle politiche sociali

Perché aumenta il privato in sanità?

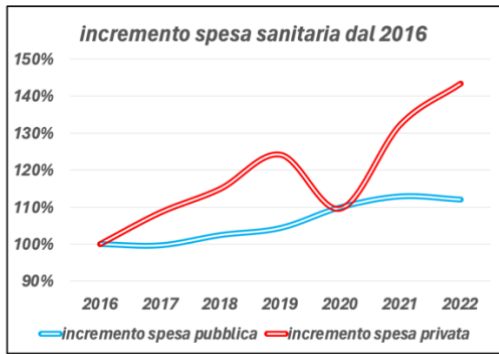
Cesare Cislighi
16 maggio 2024

Negli anni '50 del secolo scorso quasi tutti gli ospedali erano pubblici e facevano eccezione solo alcuni ospedali gestiti da ordini religiosi, e solo alcune cliniche potevano chiamarsi effettivamente private.

Le Facoltà universitarie di Medicina e Chirurgia erano tutte solo statali e contenevano tutta la ricerca medica e l'eccellenza clinica e chirurgica.

L'attività privata era per lo più solo la seconda attività di chi lavorava negli ospedali pubblici. Ora la realtà è molto diversa, perché? e perché, nonostante l'universalismo del SSN, la spesa sanitaria privata è così elevata e in forte crescita?

	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022
<i>farmacie</i>	3,0	9,0	9,5	10,0	10,2	11,0	12,0
<i>strutture pubbliche</i>	2,1	3,2	2,3	2,3	1,5	1,8	2,0
<i>strutture private</i>	5,3	5,7	6,0	6,4	5,8	6,7	7,0
<i>medici</i>	2,6	2,6	3,7	2,4	1,6	2,2	2,4
<i>odontoiatri</i>	4,6	4,7	4,8	5,5	4,4	5,6	5,7
<i>altri operatori</i>	5,3	6,3	7,0	8,3	7,3	10,0	11,2
totale spesa sanitaria	143,4	145,4	150,4	155,2	157,6	167,4	169,5
totale spesa SSN	115,3	114,9	118,1	120,3	126,8	130,2	129,2
totale spesa privata	28,1	30,5	32,3	34,9	30,8	37,2	40,3
% spesa privata	19,6%	21,0%	21,5%	22,5%	19,5%	22,2%	23,8%
incremento spesa pubblica	100,0%	99,7%	102,4%	104,3%	110,0%	112,9%	112,1%
incremento spesa privata	100,0%	108,5%	114,9%	124,2%	109,6%	132,4%	143,4%



I dati della [relazione del MEF](#) mostrano una spesa sanitaria privata diventata un quarto del totale della spesa sanitaria, mentre solo sette anni fa era meno di un quinto.

Un'altra fonte utile per documentarsi sulla spesa sanitaria è il "[sistema dei conti della sanità](#)" dell'Istat di cui riportiamo la tavola sulla spesa corrente per tipo di finanziamento (2012-2021) e la tavola della spesa diretta delle famiglie per funzioni di assistenza (2012-2021).

Tavola 1 - Spesa corrente per l'assistenza sanitaria della popolazione residente per tipo di finanziamento. Anni 2012-2021
(milioni di euro)

TIPOLOGIA DI FINANZIAMENTO	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
Pubblica amministrazione e assicurazioni sanitarie a contribuzione obbligatoria	108.258	107.218	108.851	109.132	110.086	111.117	113.591	114.690	121.440	126.857
Pubblica amministrazione	107.932	106.877	108.500	108.789	109.819	110.857	113.353	114.433	121.191	126.623
Assicurazioni sanitarie a contribuzione obbligatoria; conti di risparmio medico obbligatori	326	341	351	343	267	260	238	257	249	234
Regimi di finanziamento volontari	2.909	2.852	2.937	3.076	3.367	3.705	3.980	4.346	4.223	4.481
Assicurazioni sanitarie volontarie	2.271	2.179	2.157	2.252	2.496	2.742	2.934	3.230	3.191	3.362
Istituzioni senza scopo di lucro	166	187	206	223	222	263	327	360	341	368
Imprese	472	486	574	601	649	700	719	756	691	751
Spesa diretta delle famiglie	31.509	31.456	32.529	34.405	34.510	35.875	36.219	36.487	33.965	36.517
Regimi di finanziamento da parte del resto del mondo (a)	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..
Tutti i regimi di finanziamento	142.676	141.526	144.317	146.613	147.963	150.697	153.790	155.523	159.628	167.855
Spesa diretta delle famiglie (% sulla spesa totale)	22,1	22,2	22,5	23,5	23,3	23,8	23,6	23,5	21,3	21,8

Fonte: Conti Nazionali, Sistema dei Conti della Sanità
(a) Il fenomeno esiste, ma le informazioni disponibili non consentono di misurarlo.

Tavola 2 - Spesa diretta delle famiglie per l'assistenza sanitaria per funzioni di assistenza. Anni 2012-2021
(milioni di euro)

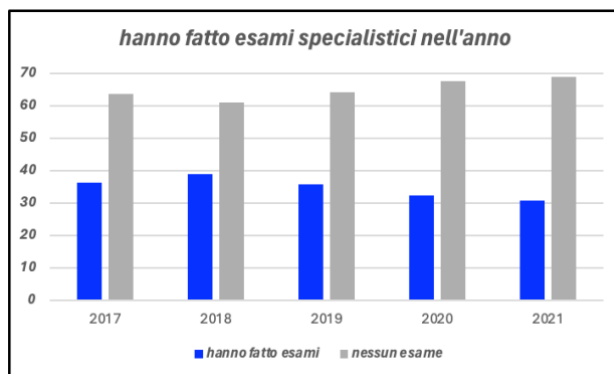
FUNZIONI DI ASSISTENZA	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
Assistenza sanitaria per cura e riabilitazione	12.545	12.406	13.461	15.002	15.087	15.807	15.601	15.222	13.772	15.116
Assistenza ospedaliera in regime ordinario per cura e riabilitazione	1.401	1.382	1.392	1.409	1.455	1.494	1.457	1.389	1.150	1.289
Assistenza ospedaliera in regime di day hospital per cura e riabilitazione	510	501	489	464	469	464	437	419	323	376
Assistenza ambulatoriale per cura e riabilitazione	10.534	10.424	11.471	13.005	13.038	13.717	13.576	13.284	12.177	13.319
Assistenza domiciliare per cura e riabilitazione	100	99	109	124	125	132	131	130	122	132
Assistenza (sanitaria) di lunga durata (LTC)	3.475	3.550	3.654	3.739	3.790	3.927	4.004	4.057	3.993	4.249
Assistenza (sanitaria) residenziale e ospedaliera di lunga durata	3.141	3.220	3.291	3.325	3.373	3.488	3.566	3.625	3.585	3.807
Assistenza (sanitaria) diurna di lunga durata	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Assistenza (sanitaria) ambulatoriale di lunga durata	263	260	286	326	328	346	345	340	321	348
Assistenza (sanitaria) domiciliare di lunga durata	71	70	77	88	89	93	93	92	87	94
Servizi ausiliari (non specificati per funzione)	3.112	3.016	2.978	2.840	2.892	2.880	2.920	2.875	2.305	2.571
Prodotti farmaceutici e altri apparecchi terapeutici (non specificati per funzione)	12.315	12.423	12.379	12.766	12.678	13.198	13.625	14.262	13.825	14.507
Prodotti farmaceutici e altri presidi medici non durevoli (non specificati per funzione)	9.407	9.485	9.388	9.693	9.481	10.014	10.377	10.923	10.377	10.701
Apparecchi terapeutici ed altri presidi medici durevoli (non specificati per funzione)	2.908	2.938	2.991	3.073	3.197	3.184	3.248	3.339	3.448	3.806
Servizi per la prevenzione delle malattie	62	61	57	58	63	63	69	71	70	74
Governance e amministrazione del sistema sanitario e del finanziamento	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Altri servizi di assistenza sanitaria non classificati altrove (n.c.a.)	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Tutte le funzioni	31.509	31.456	32.529	34.405	34.510	35.875	36.219	36.487	33.965	36.517

Fonte: Conti Nazionali, Sistema dei Conti della Sanità

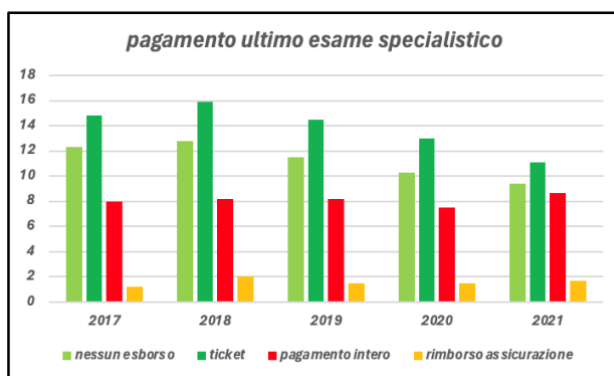
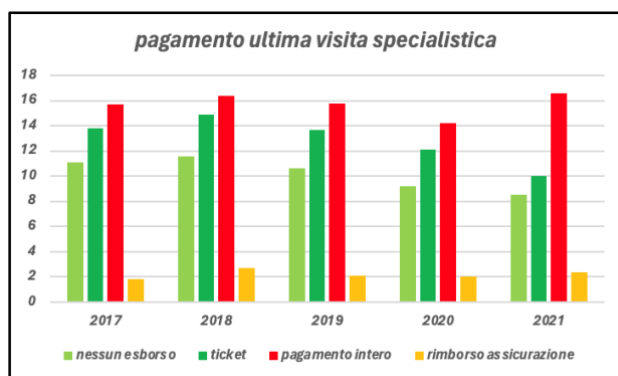
Si faccia attenzione che leggendo i dati contabili di spesa sanitaria, sia pubblica che privata, capita di non trovare esatta corrispondenza tra le fonti, e ciò per lo più dipende dalle diverse classificazioni utilizzate, ma comunque le differenze sono quasi sempre marginali.

Per ragionare sulla tendenza alla privatizzazione della sanità può essere però più utile analizzare i dati raccolti dall'indagine Istat sugli aspetti della vita quotidiana delle famiglie dal 2017 al 2021 (ultimo anno con il file dati disponibile per la ricerca). Questi sono dati che mostrano lo scenario dal punto di vista della popolazione assistita e non hanno i pregi e i difetti dei dati contabili di bilancio.

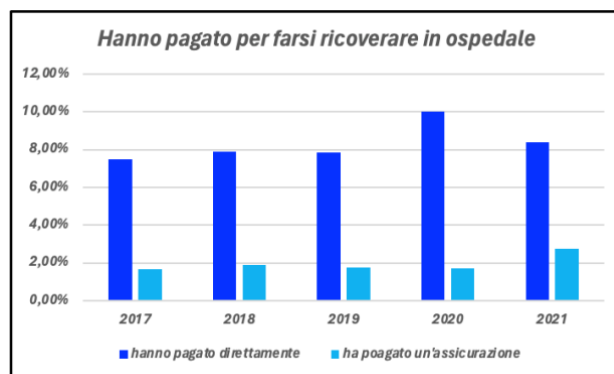
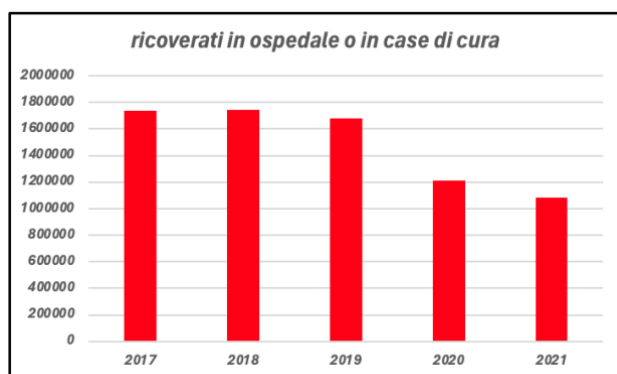
Esaminando le risposte alle indagini dal 2017 al 2021, che sono quelle in cui i questionari contengono domande sul tipo di prestazioni utilizzate, si intravede una leggera diminuzione di persone che hanno effettuato in generale una visita specialistica o un esame diagnostico specialistico. La diminuzione è evidente soprattutto nel 2020 e nel 2021 e probabilmente può essere attribuita alle difficoltà di accesso dovute alla pandemia da Covid.



Analizzando però le condizioni di accesso con le quali sono avvenute, se cioè gratuitamente, o pagando un ticket, o pagando direttamente, o ottenendo un rimborso da una assicurazione privata, si osserva che la diminuzione non ha riguardato le visite a pagamento, che anzi sono, seppur leggermente aumentate.



Anche i soggetti che riportano di esser stati ricoverati, o in ospedale o in casa di cura, sono diminuiti sensibilmente nel 2020 e 2021, ma aumenta la percentuale di coloro che dichiarano di aver dovuto pagare almeno una parte delle prestazioni (cliniche e/o alberghiere) e ancor di più sono coloro che dicono di aver usufruito di un rimborso assicurativo.



I dati contabili risentono ovviamente della dinamica dei prezzi, mentre questi dati dell'indagine non contengono l'elemento dei costi ma solo della frequenza di tutte le prestazioni ricevute. Comunque si può senza dubbio alcuno ritenere che il ricorso alle prestazioni di sanità privata sia cresciuto e stia sempre ancora crescendo e quindi è opportuno chiedersene le ragioni.

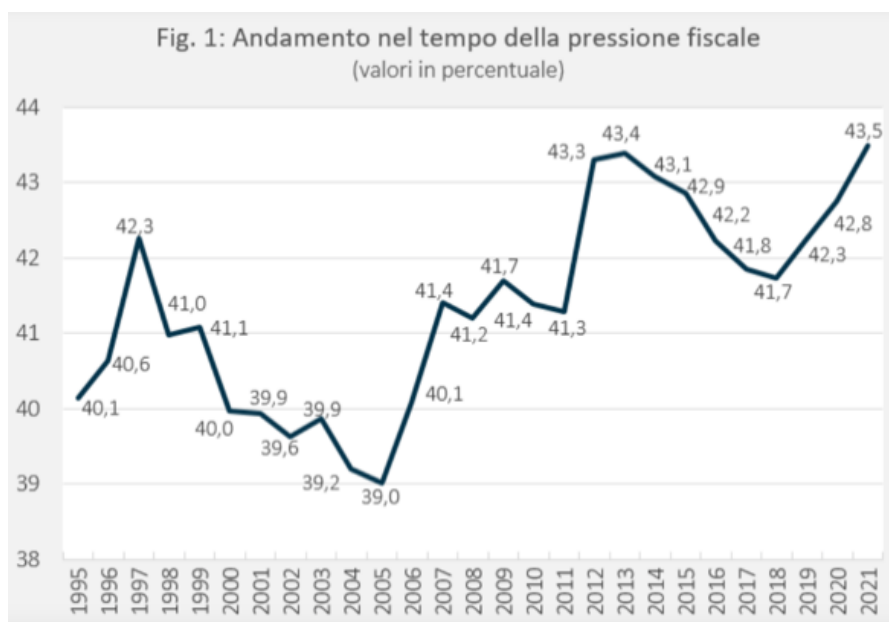
Fattore politico-ideologico

Il primo, e forse più allarmante, fattore della tendenza alla privatizzazione della sanità è di natura politico ideologica. Per la sinistra solidarista, o più propriamente socialista, la collettività deve farsi carico della salute, e quindi ognuno deve contribuire ai costi secondo le sue possibilità e può ricevere secondo i suoi bisogni. Per la destra liberista, invece, la salute è un elemento fondamentalmente solo personale e quindi ciascuno deve farsene carico in proprio.

Un governo di destra, quindi, non può che favorire forme di contenimento dell'impegno pubblico sui servizi sanitari favorendo quindi la crescita del privato. Ci si ricordi al proposito che quando, nel 1978, fu votata la legge di istituzione del SSN, la 833, l'unico partito che non votò a favore fu il partito liberale. Anche nella popolazione, dove il "sentiment" liberista è in questi ultimi tempi cresciuto, non si chiede, più di tanto, alla politica di assumersi l'onere dei propri problemi di salute e si preferisce invece che si preoccupi di garantire che i servizi sanitari privati siano di buona qualità, e si limiti a dare assistenza agli indigenti che non sono in grado di attivare, personalmente o tramite i datori di lavoro, una protezione assicurativa.

Fattore economico

Attualmente il prodotto interno lordo italiano si è aggirato sui 2.085 miliardi di €uro e l'ammontare delle entrate fiscali dello Stato sono state di 886 miliardi, cioè una pressione fiscale del 42,5%. Questa è la pressione fiscale ufficiale calcolata seguendo le disposizioni metodologiche previste [dall'Eurostat, che risulta ultimamente in continua crescita](#). [La CGIA di Mestre](#) ritiene che quella reale calcolata nel 2023 sia addirittura salita al 47,4%.



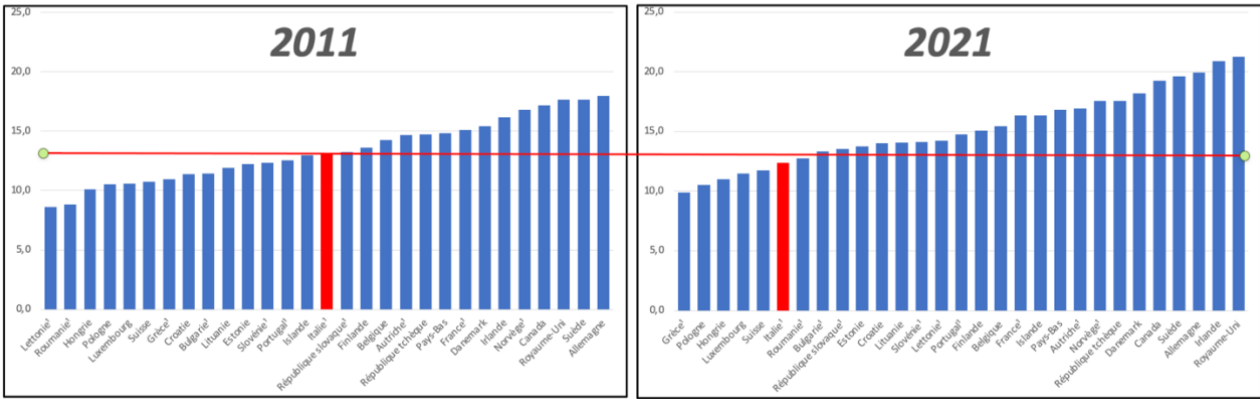
Tab. 1 - Calcolo della pressione fiscale ufficiale e reale (anno 2023)

Descrizione	milioni di euro
Gettito fiscale (a)	870.793
Pil (b)	2.050.600
PRESSIONE FISCALE UFFICIALE [(a/b) x 100]	42,5%
Pil al netto dell'Economia non osservata (c)	1.835.287
PRESSIONE FISCALE REALE [(a/c) x 100]	47,4%

Elaborazione Ufficio Studi CGIA su dati ISTAT e Ministero dell'Economia e delle Finanze

Considerando l'attuale spesa sanitaria di 136 miliardi, questa corrisponde al 6,5% del Pil e al 15% delle entrate fiscali dello Stato, ed è purtroppo naturale che chi intende abbassare la pressione fiscale pensi di agire sui capitoli principali della spesa pubblica e quindi innanzitutto sulla spesa sanitaria; ma in Italia la spesa sanitaria pubblica è già tra le più basse in Europa ed è quella che è cresciuta di meno negli ultimi anni.

OECD - Dépenses de santé financées sur fonds publics en proportion du total des dépenses publiques, 2011 et 2021



Fonte

Nel 2021 chi in Europa ha destinato alla sanità delle risorse pubbliche meno dell'Italia sono state solo 5 nazioni, mentre nel 2011 erano 14, e comunque la percentuale italiana è diminuita.

È evidente che se si destinano alla sanità meno risorse rispetto a quelle disponibili, per giunta in un periodo in cui invece il costo della sanità è cresciuto, le possibilità sono due, o fornire alla popolazione meno servizi sanitari, o favorire, direttamente o indirettamente, l'accesso ai servizi forniti dal privato tramite copertura assicurativa.

Fattore imprenditoriale

L'imprenditoria italiana ha individuato nel settore sanitario una crescente possibilità di sviluppo. Sono sorti diversi ospedali privati, diversi centri diagnostici e laboratoristici, si è sviluppato soprattutto il settore assicurativo integrativo che ha permesso a molti di accedere alle prestazioni erogate privatamente.

I fondi assicurativi si sono sempre più diffusi e ormai vengono spesso inseriti nei contratti di lavoro di molte aziende, come ad esempio il [fondo FASDA](#), uno dei tanti, promosso anche dai sindacati CGIL e CISL.



Il Fondo FASDA nasce nel febbraio 2014 per iniziativa di Utilitalia e FISE Assoambiente, in rappresentanza delle imprese, e delle Segreterie Nazionali delle OO.SS. FPCGIL, FITCISL, UILTRASPORTI, FIADEL per i lavoratori.

Il Fondo ha l'obiettivo primario di regolamentare l'assistenza sanitaria integrativa e creare un unico sistema nazionale per l'intero comparto dei servizi ambientali.

L'iscrizione al Fondo e la quota di contribuzione è a totale carico delle Aziende, e deve essere obbligatoriamente effettuata per tutti i lavoratori a cui si applicano i CCNL Utilitalia e/o FISE Assoambiente.

Sembra insomma che anche coloro che hanno maggiormente a cuore il SSN e l'equità nel settore sanitario, si siano rassegnati alla necessità di garantire ai propri protetti forme di assistenza integrativa, ma non solo, anche sempre più sostitutiva. Questa situazione difficilmente può essere invertita ed anzi sembra sia destinata a diffondersi sempre più lasciando, ahimè, con meno possibilità di assistenza coloro che non possono beneficiare di una qualche forma di assicurazione privata sulla salute.

Fattore condizioni di lavoro

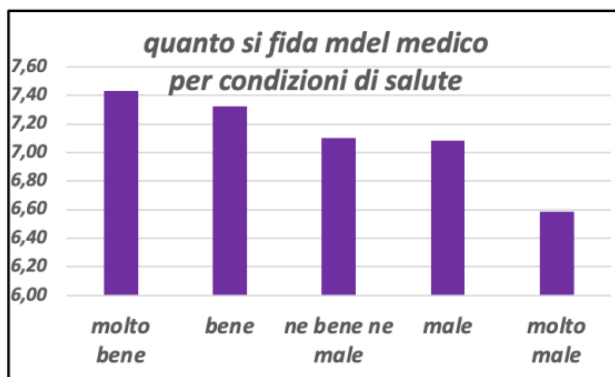
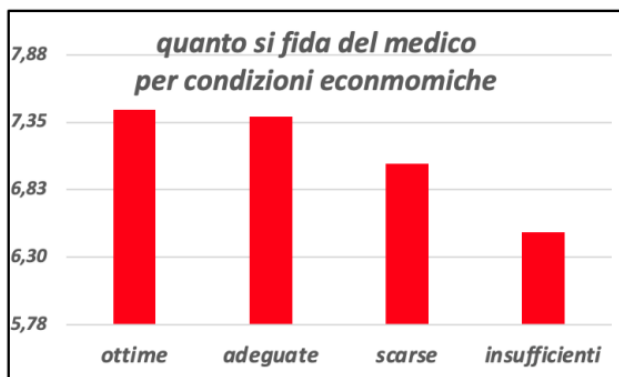
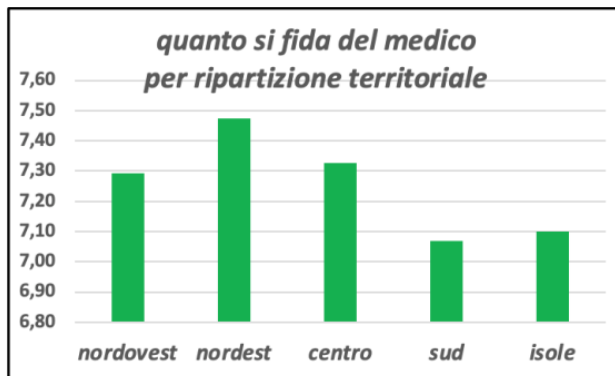
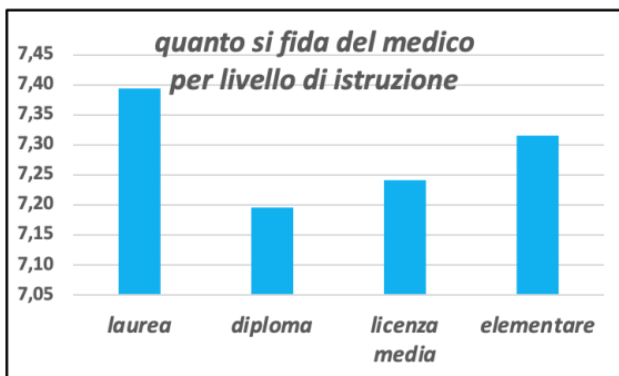
Gli operatori del SSN si lamentano ogni giorno di più delle condizioni di lavoro e innanzitutto degli aspetti salariali ma poi anche dei ritmi di lavoro e della scarsità di soddisfazione professionale. Molti sono coloro che hanno lasciato il SSN e sono andati addirittura all'estero dove hanno trovato remunerazioni e soddisfazioni maggiori, altri si sono trasferiti nelle strutture private, molti infine pur rimanendo nel SSN hanno optato per un regime di part time svolgendo attività libero professionali ad esempio in intra-moenia. Ormai in Italia l'operatore sanitario non gode più della stima e del rispetto che una volta aveva e spesso su di lui, per lo più del tutto incolpevole, si versano le frustrazioni dei malati malamente assistiti. Una difesa del SSN non può più non considerare la necessità un miglioramento delle condizioni lavorative degli operatori.

Fattore consumistico

Se i fattori principali della tendenza alla privatizzazione della sanità riguardano la produzione e l'offerta dei servizi, ci sono però anche molti elementi relativi alla domanda, cioè alle preferenze degli utenti. Se l'aver accesso alle prestazioni senza dover pagare è per tutti una opportunità, per chi ha appena la possibilità di pagare spesso c'è la preferenza ad essere trattato da «cliente». Il cliente può, o per lo meno crede di poter, determinare le modalità di

erogazione, e la facoltà di esser libero di scegliere comporta per l'erogatore un incentivo a dare una migliore accoglienza. Ma l'elemento determinante sta soprattutto nei tempi di accesso; molte persone che si sono visti prenotare dal SSN visite od esami dopo diversi mesi, trovano invece possibili prenotazioni nel privato dopo pochi giorni e anche accettando le difficoltà del pagamento si rassegnano ad accettare l'alternativa. L'immagine dei servizi sanitari privati è molto curata, sia nelle strutture che nell'accoglienza del personale e molte sono le comodità che il servizio pubblico non dà; si pensi ad esempio alla possibilità di prenotarsi via internet e di ricevere per email i referti diagnostici, comodità che anche alcune Regioni, però, hanno iniziato a dare.

Bisogna comunque notare che la fiducia nei medici è oggi rimasta elevata e descrivendo le valutazioni da 0 a 10 dei rispondenti, in tutti gli aggregati è sempre superiore alla sufficienza, e pochi sono i soggetti che hanno dato un voto insufficiente.



Si notano valutazioni maggiori nei laureati, nel nordest rispetto al sud, in chi sta bene economicamente ed anche sta in buona salute.

Allora non resta che rassegnarsi?

Dobbiamo innanzitutto distinguere tra gli aspetti della privatizzazione nell'ambito della produzione dei servizi rispetto a quelli dell'erogazione e finanziamento degli stessi. La produzione di prestazioni da parte di un privato, se rispetta le caratteristiche previste e se mantiene una integrazione reale con gli altri ambiti del SSN, non crea di per sé gravi problemi. È comunque da dire che una vera integrazione è difficile che avvenga e da questo punto di vista meglio sarebbe che tutto il sistema fosse pubblico. Peraltro, il privato, in molti settori, è in grado di fornire ottime prestazioni, spesso anche migliori di quelle prodotte dal pubblico, anche a prezzi competitivi e sicuramente con una miglior flessibilità agli sviluppi della medicina. Diverso è il caso dell'accesso che solitamente ha come norma quella relativa del rispetto dei LEA, norma che è per lo più solo nominale e non entra nelle modalità di erogazione dei LEA stessi. Tempi, luoghi, qualità, accoglienza ecc., non rientrano purtroppo nei LEA e quindi spesso i diritti alla prestazione si riducono ad essere meramente nominali.

Se una prestazione ha tutti i crismi dell'appropriatezza deve poter essere ottenuta comunque, anche se non vi è disponibilità nel SSN. Dovrebbe quindi essere consentito di accedere a pari condizioni anche alle prestazioni erogate in Intramoenia e persino (semmai anche solo con rimborso indiretto) nelle strutture private.

Il problema da evitare sarebbe comunque quello dell'iperconsumo inappropriato derivato o dall'impazienza o dall'ipocondria degli utenti, ovvero da un'iperprescrizione dovuta a comportamenti errati o addirittura fraudolenti da parte dei medici. Sarebbe allora essenziale che si introducesse un sistema più efficiente di controlli e di valutazione dei prescrittori. Nelle impegnative dovrebbero essere meglio specificati i motivi della prescrizione e nel caso di medici che abbondano in prescrizioni (valutate per età e per patologia dei suoi assistiti) ci dovrebbe essere un modo per valutarne la correttezza.

Ci sono diversi soggetti che oggi spingono apertamente verso la privatizzazione del servizio sanitario, altri che invece si rassegnano e si lamentano per questa deriva, ma purtroppo pochi che lavorano realmente perché il SSN non venga smantellato. È sicuramente invece importante lottare perché il finanziamento pubblico sia realmente adeguato e per rinnovare, migliorandoli, i contratti di lavoro degli operatori, ma tutto ciò, anche se irrinunciabile, non basta.

Occorre soprattutto ritrovare la capacità di ridisegnare un servizio sanitario nazionale che riesca a snellirsi di tutte le inefficienze burocratiche, che sappia assumersi il compito di promuovere realmente la salute e non solo di "tamponare" le malattie, che sappia ascoltare i bisogni e le preferenze della popolazione, che sappia occuparsi del benessere della popolazione ottenendone il suo gradimento.

Non si può farne solo un argomento di lotta elettorale soprattutto quando chi oggi è all'opposizione nel passato non aveva fatto molto per migliorare il SSN. Per la maggioranza dei cittadini che per fortuna è in salute può interessare di più potere pagare meno tasse che dover pagare qualcosa per una sanità di cui non ha ancora bisogno.

Occorre allora maggiore preparazione gestionale in tutto il personale sanitario del SSN; non conta solo, anche se è l'aspetto più rilevante, l'efficacia delle terapie, conta molto anche il sentirsi accolti, il sentirsi protetti, il sentirsi aiutati. E l'operatore del SSN non può essere solo un operatore di sanità, ma deve anche essere un operatore sociale capace di capire ed indirizzare gli utenti; ma per far questo deve cambiare anche la formazione dell'operatore che non può ignorare nel suo curriculum universitario gli argomenti gestionali, economici, relazionali, ecc.

Ed anche l'operatore deve essere soddisfatto del suo ruolo e dei riconoscimenti che la società gli riserva. La scelta di lavorare in sanità spesso è motivata da valori etici significativi ma se manca da parte dell'istituzione un giusto riconoscimento anche questi valori svaniscono, e spesso sono proprio gli ambienti della sanità privata a ridare giusti riconoscimenti all'operatore.

È probabile che per la metà più benestante della società un sistema sanitario basato su assicurazione privata possa apparire maggiormente conveniente, ma per l'altra metà sarebbe inaccessibile, ed allora differenziare l'assistenza sanitaria in base alle capacità economiche sarebbe l'abbandono più grave all'idea di equità affermata nella seconda metà del secolo scorso. Però l'equità non può realizzarsi su dei bassi livelli di qualità altrimenti è inevitabile che chi può cerchi delle alternative alla soluzione dei propri problemi di salute e approvi lo sviluppo di una sanità privata costosa ma gratificante.

Il modo principale per contenere l'eccessiva privatizzazione della sanità è quindi quello di rendere più competitivo il SSN nei confronti dei servizi privati, e questa sarebbe una sfida che credo molti apprezzerebbero e molti operatori sarebbero contenti di collaborare perché si realizzi.

<https://www.welforum.it/perche-aumenta-il-privato-in-sanita/>

Pandemie, oggi e domani ...



The NEW ENGLAND
JOURNAL of MEDICINE

Sequenziamento del genoma per la diagnosi di malattie rare

Monica H. Wojcik, Gabrielle Lemire, Eva Berger, Maha. Zaki, Mariel Wissmann, Wathone Win, Susan M. White, e Anne O'Donnell-Luria

Pubblicato il 5 giugno 2024

N inglese J Med 2024 ; 390 : 1985 - 1997

DOI: 10.1056/NEJMoa2314761

VOL. 390 n. 21

Astratto

Sfondo

Le varianti genetiche che causano disturbi rari possono rimanere sfuggenti anche dopo test approfonditi, come il sequenziamento dell'esoma. Il risultato diagnostico del sequenziamento del genoma, soprattutto dopo una valutazione negativa, rimane scarsamente definito.

Metodi

Abbiamo sequenziato e analizzato i genomi di famiglie con fenotipi diversi sospettate di avere una rara malattia monogenica e per le quali i test genetici non avevano rivelato una diagnosi, così come i genomi di una coorte di replicazione presso un centro clinico indipendente.

Risultati

Abbiamo sequenziato i genomi di 822 famiglie (744 nella coorte iniziale e 78 nella coorte di replicazione) e abbiamo effettuato una diagnosi molecolare in 218 famiglie su 744 (29,3%). Delle 218 famiglie, 61 (28,0%) - l'8,2% delle famiglie nella coorte iniziale - presentavano varianti che richiedevano il sequenziamento del genoma per l'identificazione, comprese varianti codificanti, varianti introniche, piccole varianti strutturali, inversioni neutre rispetto alla copia, riarrangiamenti complessi e tandem ripetere le espansioni. La maggior parte delle famiglie in cui è stata fatta una diagnosi molecolare dopo un precedente sequenziamento dell'esoma non diagnostico (63,5%) presentavano varianti che potevano essere rilevate mediante una rianalisi dei dati della sequenza dell'esoma (53,4%) o mediante metodi analitici aggiuntivi, come l'identificazione delle varianti con numero di copia, ai dati della sequenza dell'esoma (10,8%). Abbiamo ottenuto risultati simili nella coorte di replicazione: nel 33% delle famiglie in cui è stata fatta una diagnosi molecolare, ovvero nell'8% della coorte, è stato richiesto il sequenziamento del genoma, il che ha dimostrato l'applicabilità di questi risultati sia alla ricerca che agli ambienti clinici.

Conclusioni

Il rendimento diagnostico del sequenziamento del genoma in un'ampia e diversificata coorte di ricerca e in una piccola coorte clinica di persone precedentemente sottoposte a test genetici è stato di circa l'8% e comprendeva diversi tipi di variazioni patogene che non erano state precedentemente rilevate mediante sequenziamento dell'esoma o altre tecniche. (Finanziato dal National Human Genome Research Institute e altri.)

https://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMoa2314761?query=TOC&ssotoken=U2FsdGVkX1%2FZdyByhWFyi%2Fw0kG1Z3phkNckOF9xne32%2BGUHZ1mFmXBRd9q6KFTR9zX9ZgpKWlwNZ0PnKdlwh0HnzhicvERDfl%2B%2Fmr7RS6asqfzn6sLbatQMyCwbC29iWRt1t3a1CvPD%2F50mUOty8rIB9q1P%2BnwZ4GBcFAStp0YKwthYqAFmhroFAKsWZKdYytjm207RI7U9C%2BGiijkHRDQ%3D%3D&c id=DM2344091_Non_Subscriber&bid=-1957754103



The NEW ENGLAND
JOURNAL OF MEDICINE

Inattivazione del virus dell'influenza aviaria A(H5N1) nel latte crudo a 63°C e 72°C

Franziska Kaiser, DVM, Ph.D.

Istituto nazionale di allergie e malattie infettive, Hamilton, MT

Dylan H. Morris, Ph.D.

Università della California, Los Angeles, Los Angeles, California

Arthur Wickenhagen, Ph.D.

Reshma Mukesh, Ph.D.

Shane Gallogly, B.Sc.

Kwe Claude Yinda, Ph.D.

Emmie de Wit, Ph.D.

Istituto nazionale di allergie e malattie infettive, Hamilton, MT

James O. Lloyd-Smith, Ph.D. <https://orcid.org/0000-0001-7941-502X>

Università della California, Los Angeles, Los Angeles, California

Vincent J. Munster, Ph.D.

Istituto nazionale di allergie e malattie infettive, Hamilton, MT vincent.munster@nih.gov

Pubblicato il 14 giugno 2024

DOI: 10.1056/NEJMc2405488

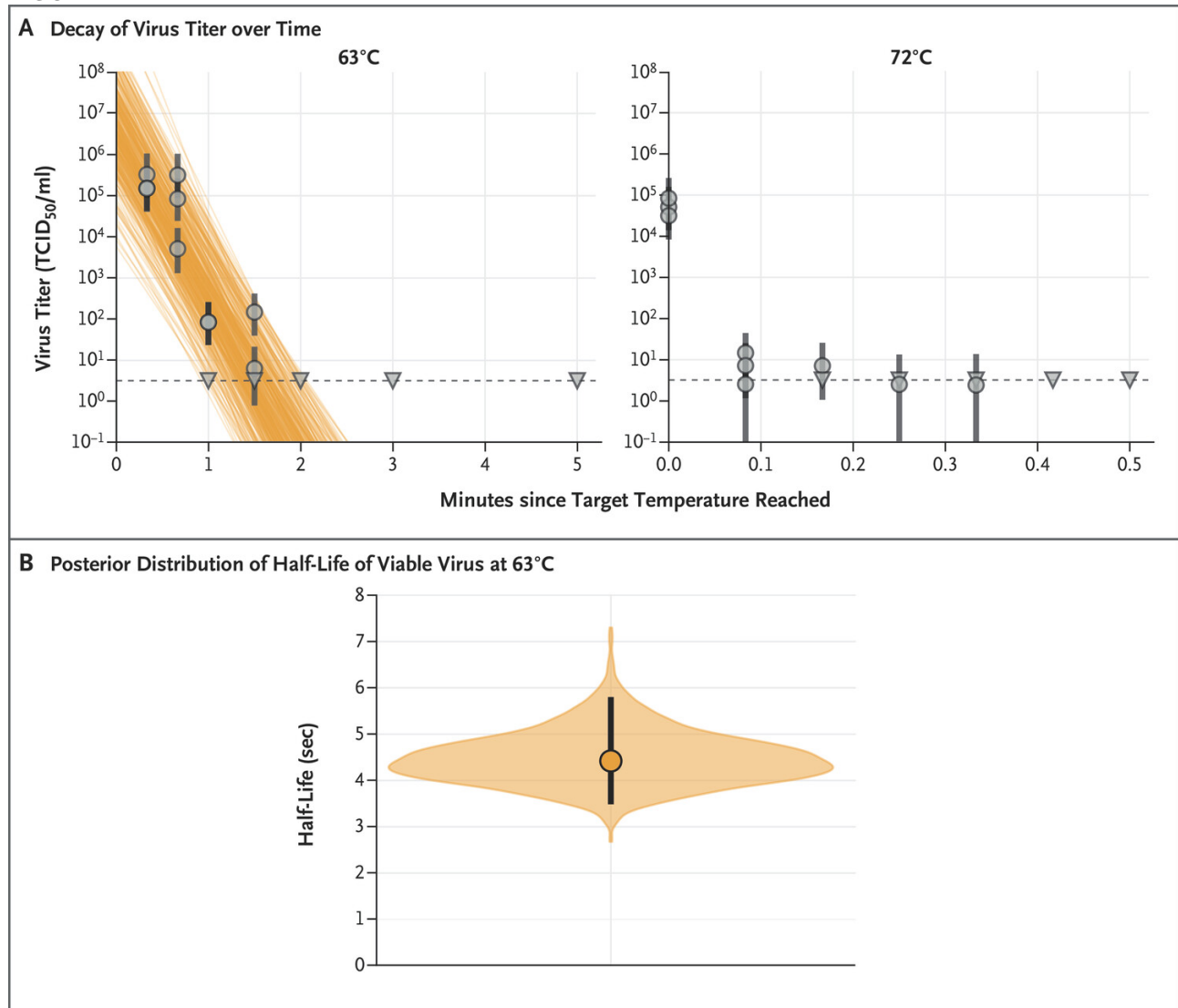
Nel marzo 2024, il virus dell'influenza aviaria ad alta patogenicità (HPAI) del clade A (H5N1) 2.3.4.4b è stato rilevato nel bestiame dei mammiferi, principalmente bovini da latte, negli Stati Uniti ed è ora stato segnalato in allevamenti da latte in nove stati degli Stati Uniti. ¹ Nel latte di queste mucche da latte infette sono stati riscontrati titoli elevati di virus infettivo e copie del genoma del virus HPAI A (H5N1). ² I test molecolari hanno inoltre rivelato la presenza di materiale

genetico HPAI A(H5N1) in circa il 20% dei campioni ottenuti da prodotti lattiero-caseari pastorizzati al dettaglio, ma i ricercatori non sono stati in grado di coltivare il virus da questi campioni. ³ In questo studio, abbiamo misurato la stabilità del virus HPAI A(H5N1) nel latte crudo a 63°C e 72°C, le temperature più comunemente utilizzate nella pastorizzazione commerciale. ⁴

Abbiamo diluito il virus A/mountain lion/MT/1/2024 del virus HPAI A(H5N1) (clade 2.3.4.4b; numero di accesso Global Initiative on Sharing All Influenza Data [GISAID], EPI_ISL_19083124) nel latte vaccino crudo (non pastorizzato) a 10^6 Dosi infettive di colture tissutali al 50% (TCID₅₀) per millilitro di terreno. Abbiamo trattato termicamente il latte in un blocco termico a temperatura controllata a 63°C e 72°C. Abbiamo quantificato il virus infettivo mediante titolazione del punto finale nelle cellule renali canine Madin-Darby, utilizzando diluizioni seriali 1:10. Le copie del genoma dell'HPAI A (H5N1) sono state quantificate mediante test quantitativo di reazione a catena della polimerasi-trascrittasi inversa (qRT-PCR).

Abbiamo dedotto i titoli individuali e l'emivita del virus in un quadro bayesiano, come descritto in precedenza ⁵ (vedere l'Appendice Supplementare, disponibile con il testo completo di questa lettera su NEJM.org), modellando i titoli del virus trovati in un test di emoagglutinazione come Poisson-distribuito. A 63°C, il virus HPAI A(H5N1) è stato inattivato da titoli iniziali di $10,6^{TCID_{50}}$ per millilitro a livelli non rilevabili entro 2 minuti (Figura 1A). Abbiamo stimato che l'emivita del virus infettivo sia di 4,5 secondi (intervallo di credibilità al 95%, da 3,5 a 5,8) a 63°C (Figura 1B e Tabella S1 nell'Appendice Supplementare). A 72°C, abbiamo osservato una diminuzione dei titoli virali da circa 10^5 a circa 10^1 TCID₅₀ per millilitro entro 5 secondi e poi titoli molto bassi (<10 TCID₅₀ per millilitro, al limite della rilevabilità) fino al 20- è stato raggiunto il secondo punto temporale; nessun virus vitale è stato trovato in momenti successivi (Figura 1A). Questi dati non sono coerenti con un semplice decadimento esponenziale e pertanto non riportiamo un'emivita. A entrambe le temperature, il numero di copie del genoma del virus HPAI A(H5N1) misurato mediante qRT-PCR è diminuito di meno di 1 log in un periodo di 30 minuti a 63°C o in un periodo di 15 secondi a 72°C (Fig. S1).

FIGURA 1



Inattivazione del virus dell'influenza aviaria A(H5N1) ad alta patogenicità nel latte crudo a 63°C e 72°C.

Sottolineiamo che queste misurazioni riflettono condizioni sperimentali e sono necessarie misurazioni dirette del virus nel latte di mucche infette che è stato riscaldato con apparecchiature di pastorizzazione commerciali.

Considerati i nostri risultati, tuttavia, il trattamento termico a 63°C produrrebbe una diminuzione del titolo virale infettivo di un fattore $10 \cdot 10^{\text{entro } 2,5 \text{ minuti}}$ (intervallo credibile al 95%, da 1,9 a 3,2), quindi la pastorizzazione standard

in massa di 30 minuti a 63°C C ha un ampio buffer di sicurezza. A 72°C, abbiamo misurato una diminuzione del virus infettivo di un fattore 10^4 entro 5 secondi; tuttavia, abbiamo rilevato virus infettivi anche appena al di sopra del limite di rilevamento del test per un massimo di 20 secondi a 72°C. Questo risultato indica la possibilità che una quantità relativamente piccola ma rilevabile di virus HPAI A(H5N1) rimanga infettiva nel latte dopo 15 secondi a 72°C se il titolo iniziale è sufficientemente alto, almeno in queste specifiche condizioni sperimentali.

I nostri risultati evidenziano la necessità di ricerca sul virus HPAI A (H5N1) nella produzione lattiero-casearia. È necessario replicare questi risultati ed estenderli ad altri prodotti lattiero-caseari, compreso lo studio del latte di mucche da latte infette con apparecchiature di pastorizzazione commerciali, poiché le condizioni di trattamento possono alterare l'efficacia dell'inattivazione del calore.⁵

Una limitazione del nostro studio è l'uso di campioni di latte crudo addizionati con il virus HPAI A(H5N1), poiché il latte crudo di mucche infette può avere una composizione diversa o contenere virus associati alle cellule che potrebbero avere un effetto sulla cinetica di inattivazione.

Infine, sebbene siano state segnalate infezioni gastrointestinali da virus HPAI A (H5N1) in diverse specie di mammiferi,² non è nota la dipendenza dalla dose della probabilità di infezione umana attraverso l'ingestione del virus HPAI A (H5N1) nel latte.

https://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMc2405488?query=WB&ssotoken=U2FsdGVkX19ktCkywSu5rm73dSVBptvYcq8WQzzVZRvY4iBeO66RV5MsjTwMUN%2FI1A9X3Zwqyy4mvM15UgOsSiAn%2F4KTmAPDtEnTm277sf%2BSZwl6qkx4t9SnmXs6%2FHb6FrAjbWqlhPG6AI73dQ16FKrcPxmOV0i2TvpDNYf5wz1xg20qsOTcLcBYjNj6YxfHy8BAwcfJ1ItXmmeoObhOKw%3D%3D&cid=NEJM%20Weekend%20Briefing,%20June%202022,%202024%20DM2347061_NEJM_Non_Subscriber&bid=-1922165858



The NEW ENGLAND
JOURNAL of MEDICINE

Durabilità dei vaccini XBB.1.5 contro le sottovarianti Omicron

Dan-Yu Lin, Yi Du, Yangjianchen Xu, Sai Paritala, Pharm, Matthew Donahue, Patrick Maloney

Pubblicato il 29 maggio 2024

N inglese J Med 2024; 390: 2124 -2127

DOI: 10.1056/NEJMc2402779

VOL. 390 n. 22

All'Editore:

L'11 settembre 2023 sono stati pubblicati i vaccini mRNA aggiornati di Moderna e Pfizer–BioNTech (ovvero formule 2023–2024) contro la malattia da coronavirus 2019 (Covid-19) contenente la sindrome respiratoria acuta grave coronavirus 2 (SARS-CoV-2) omicron XBB.

La sottovariante 1.5 è stata autorizzata dalla Food and Drug Administration (FDA) per tutte le dosi somministrate a persone di età pari o superiore a 6 mesi negli Stati Uniti.¹

Il 3 ottobre 2023, il vaccino adiuvato Novavax aggiornato contro Covid-19 contenente la proteina spike della sottovariante XBB.1.5 è stato autorizzato dalla FDA per l'uso in persone di età pari o superiore a 12 anni.² Qui riportiamo i dati clinici sulla durabilità della protezione conferita da questi vaccini aggiornati contro le sottovarianti omicron circolanti per un periodo di 5 mesi.

Abbiamo raccolto dati a livello individuale sull'assunzione dei tre vaccini XBB.1.5 e sull'incidenza di Covid-19 tra l'11 settembre 2023 e il 21 febbraio 2024, in una coorte di circa 1,8 milioni di persone collegando i record del Nebraska Electronic Sistema di sorveglianza delle malattie e sistema informativo sull'immunizzazione dello stato del Nebraska (NESIIS).

I dettagli riguardanti le fonti dei dati e il piano di analisi statistica sono forniti nella sezione Metodi Supplementari dell'Appendice *Supplementare*, disponibile con il testo completo di questa lettera su NEJM.org.

Durante questo periodo, le varianti circolanti dominanti sono cambiate da EG.5 e XBB.1.16 a HV.1 e poi a JN.1, e la prevalenza della sottovariante XBB.1.5 è diminuita dal 10% a meno dell'1%. Nella coorte, 218.250 persone (11,9%) hanno ricevuto vaccini XBB.1.5, di cui 133.403 (61,1%) hanno ricevuto il vaccino Pfizer-BioNTech e 84.307 (38,6%)

hanno ricevuto il vaccino Moderna (Fig. S1 nell'Appendice [Supplementare](#)). Nella coorte totale sono stati segnalati un totale di 21.988 infezioni da SARS-CoV-2, 1.364 ricoveri correlati a Covid-19 e 237 decessi correlati a Covid-19 (Tabella S1).

Abbiamo considerato quattro endpoint clinici: infezione, ospedalizzazione, ospedalizzazione o morte (a seconda di quale evento si sia verificato per primo) e morte.

Abbiamo adattato un modello di regressione di Cox al tempo di ciascun evento in cui l'hazard ratio per il vaccino aggiornato dipendeva dal tempo trascorso dalla vaccinazione (vedere la sezione [Metodi supplementari](#) nell'Appendice [supplementare](#)).

Per ridurre i bias confondenti causati dalla variazione dei tassi di infezione nel tempo, abbiamo confrontato il rischio di malattia tra riceventi e non riceventi i vaccini XBB.1.5 nella stessa data.

Per ridurre ulteriormente i bias, abbiamo incluso come covariate il tempo trascorso dalla precedente vaccinazione, il tempo trascorso dalla precedente infezione e le caratteristiche demografiche (sesso, età, razza, gruppo etnico e stato socioeconomico).

Abbiamo calcolato l'efficacia del vaccino per ciascun endpoint come uno meno l'hazard ratio.

Le stime dell'efficacia del vaccino sono mostrate nelle [Figure 1A, 1C, 1E e 1G](#) e nella Tabella S2.

L'efficacia del vaccino contro l'infezione ha raggiunto un livello del 52,2% (intervallo di confidenza al 95% [CI], da 44,6 a 58,7) dopo 4 settimane. È diminuito al 32,6% (IC al 95%, da 28,1 a 36,8) dopo 10 settimane e al 20,4% (IC al 95%, da 6,2 a 32,5) dopo 20 settimane.

L'efficacia contro il ricovero ospedaliero ha raggiunto un livello del 66,8% (IC 95%, da 51,7 a 77,1) dopo 4 settimane ed è scesa al 57,1% (IC 95%, da 40,4 a 69,2) dopo 10 settimane.

L'efficacia contro la morte era superiore a quella contro altri endpoint; tuttavia, permane una sostanziale incertezza a causa del numero limitato di decessi.

Ulteriori analisi hanno mostrato che i vaccini XBB.1.5 erano efficaci in tutti i gruppi di età e in persone che non erano state precedentemente infettate o precedentemente vaccinate (Fig. S2).

Abbiamo anche analizzato i dati separatamente per due coorti di vaccinazioni: persone che hanno ricevuto i vaccini XBB.1.5 entro il 25 ottobre 2023 e coloro che li hanno ricevuti dopo il 25 ottobre 2023.

Ciascuna coorte aveva approssimativamente lo stesso numero di vaccini XBB.1.5 destinatari.

I risultati sono mostrati nelle [Figure 1B, 1D, 1F e 1H](#) e nelle Tabelle S3 e S4. L'efficacia del vaccino era inferiore nella seconda coorte rispetto alla prima coorte, il che indica che i vaccini XBB.1.5 erano meno protettivi contro JN.1 che contro i sottolignaggi XBB.

Questo studio ha incluso principalmente infezioni SARS-CoV-2 sintomatiche e non ha incluso i risultati dei test antigenici Covid-19 a domicilio.

Abbiamo esaminato tutti i dati sulle dimissioni ospedaliere degli ospedali membri della Nebraska Hospital Association e abbiamo esaminato tutti i certificati di morte nel Nebraska per identificare i decessi correlati a Covid-19.

Sebbene la segnalazione della somministrazione del vaccino sia diventata facoltativa dopo la scadenza dell'emergenza sanitaria pubblica federale per Covid-19, il numero di fornitori di vaccini che hanno segnalato i dati sulla vaccinazione XBB.1.5 al NESIIS è stato simile a quello nel periodo in cui la segnalazione era obbligatoria (vedere la sezione [Metodi supplementari](#) nell'Appendice [supplementare](#)).

La nostra analisi è stata limitata da bias confondenti. Per ridurre questa distorsione, abbiamo adeguato le caratteristiche di base misurate.

È possibile che il sovraadattamento possa aver influenzato i risultati; pertanto, le curve non dovrebbero essere sovrainterpretate.

Nello specifico, l'efficacia molto probabilmente ha raggiunto il picco a circa 4 settimane, ma i dati non erano sufficientemente densi per individuare con precisione il picco.

Nel complesso, i vaccini XBB.1.5 sono risultati efficaci contro le sottovarianti omicron, anche se meno contro JN.1.

L'efficacia è stata maggiore contro l'ospedalizzazione e la morte che contro l'infezione, e nel tempo è diminuita moderatamente rispetto al suo picco. I modelli di aumento e diminuzione erano sostanzialmente simili a quelli dei booster bivalenti contro BQ.1-BQ.1.1 e XBB-XBB.1.5.³ Varrebbe la pena sviluppare e distribuire nuovi vaccini mirati al JN.1 o ai ceppi futuri.

Abbiamo anche confrontato l'incidenza della malattia tra riceventi e non riceventi i vaccini XBB.1.5 nella stessa data per evitare confusione dovuta alle tendenze temporali.

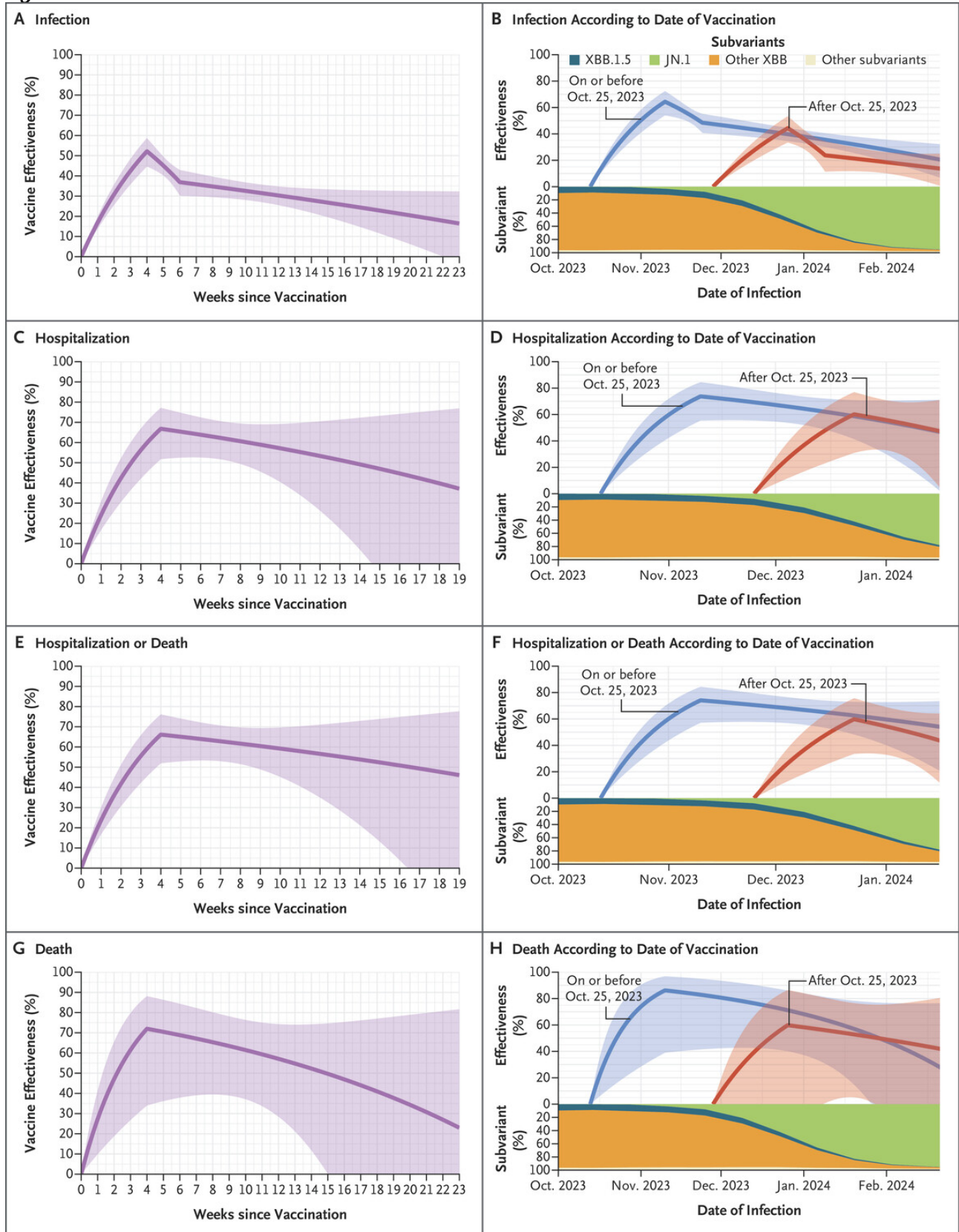
Le analisi di sensibilità hanno mostrato che il nostro aggiustamento statistico per i fattori confondenti ha avuto successo e che i nostri risultati erano robusti rispetto alle scelte di modellazione (vedere l'[Appendice Supplementare](#)).

Il piano di analisi statistica prespecificava una funzione lineare a tratti per l'hazard ratio logaritmico.

La curva risultante per l'efficacia del vaccino contro l'infezione variava bruscamente a 4 e 6 settimane ([Figura 1A](#)).

Una rappresentazione più fluida è mostrata nella [Figura S4A](#).

Figura 1











Efficacia dei vaccini XBB.1.5 contro le sottovarianti Omicron in funzione del tempo trascorso dalla vaccinazione.

<https://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMc2402779?query=TOC&ssotoken=U2FsdGVkX1%2BG53AQ%2BWOeQs850iMI52FiHTd28Oq897E8DUAbVL0hWsfj%2FCrxyii0vFQRATJDURZDhv4vo0u8kWwnPMmg5grUcCFZL%2Bh9GBUc%2Bf1lBWXB5EwUDZcSJyhGtA32JWNXhfShLsy0FMwaT>

ARTICOLI | PRIMA IN LINEA, 100954

Mortalità ospedaliera, comorbilità e costi di un milione di pazienti ventilati meccanicamente in Germania: uno studio osservazionale a livello nazionale prima, durante e dopo la pandemia di COVID-19

Cristiano Karagiannidis   • Franz Krause  • Claas Bentlage  • Johannes Wolff  • Tommaso Bein  •
Wolfram Windisch   • et al. [Mostra tutti gli autori](#) • [Mostra le note a piè di pagina](#)

Accesso Libero • Pubblicato: 07 giugno 2024 • DOI: <https://doi.org/10.1016/j.lanpe.2024.100954>

Riepilogo

Sfondo

Ancor più dell'assistenza ospedaliera in generale, le capacità di terapia intensiva e di ventilazione meccanica e il loro utilizzo in termini di tassi, indicazioni, tipi di ventilazione ed esiti variano ampiamente da paese a paese. Abbiamo analizzato dati completi e nazionali per la Germania, un paese con un ampio settore di terapia intensiva, prima, durante e dopo la pandemia di COVID-19.

Metodi

Analisi dei dati relativi alle richieste amministrative, forniti dall'assicurazione sanitaria tedesca, da tutti gli ospedali per tutti i singoli pazienti sottoposti a ventilazione meccanica tra il 2019 e il 2022.

I dati includevano età, sesso, diagnosi, durata del ricovero, procedure (ad es. forma e durata della ventilazione meccanica), esito (morto vs. vivo) e costi.

Abbiamo incluso tutti i pazienti che avevano almeno 18 anni al momento della dimissione dal 1 gennaio 2019 al 31 dicembre 2022.

I pazienti sono stati raggruppati in base all'anno, alla fascia di età e alla forma di ventilazione meccanica. Abbiamo analizzato ulteriormente i sottogruppi di pazienti rianimati e quelli positivi al COVID-19 (rispetto a quelli negativi).

Risultati

Durante i quattro anni, 1.003.882 pazienti sono stati ventilati meccanicamente in 1.395 ospedali.

I tassi per 100.000 abitanti variavano tra i gruppi di età da 110 a 123 (18–59 anni) a 1101–1275 (>80 anni).

Le diagnosi principali riguardavano altre forme di malattie cardiache, polmonite, broncopneumopatia cronica ostruttiva (BPCO), cardiopatie ischemiche e malattie cerebrovascolari.

Il 43,3% (437.031/1.003.882) di tutti i pazienti ventilati meccanicamente è morto in ospedale con un notevole aumento della mortalità con l'età e dal 2019 al 2022 di quasi 5 punti percentuali.

La mortalità intraospedaliera dei pazienti COVID-19 ventilati è stata del 53,7% (46.553/86.729), mentre è stata del 42,6% (390.478/917.153) nei pazienti non-COVID.

La mortalità intraospedaliera variava dal 27,0% solo nei casi di ventilazione meccanica non invasiva (NIV) al 53,4% nei casi di sola ventilazione meccanica invasiva, al 59,4% con fallimento NIV precoce, al 68,6% con fallimento NIV tardivo, al 74,0% nei pazienti trattati con VV- ECMO e 80,0% in VA-ECMO. Il 17,5% dei pazienti ventilati meccanicamente era stato rianimato in precedenza, di cui il 78,2% (153.762/196.750) è deceduto. La spesa totale è stata di circa 6 miliardi di euro all'anno, pari allo 0,17% del Pil tedesco.

Interpretazione

La ventilazione meccanica è stata ampiamente utilizzata, prima, durante e dopo la pandemia di COVID-19 in Germania, raggiungendo più di 1.000 pazienti ogni 100.000 abitanti all'anno di età superiore agli 80 anni. I tassi di mortalità ospedaliera in questa coorte nazionale e completa hanno superato di gran lunga la maggior parte dei dati conosciuti.

Finanziamento

Questa ricerca non ha ricevuto alcun finanziamento dedicato.

Ricerca nel contesto

Prove prima di questo studio

La ventilazione meccanica (MV) dei pazienti critici ha guadagnato notevole attenzione durante la pandemia di COVID-19, soprattutto nei pazienti con insufficienza respiratoria (sindrome da distress respiratorio acuto). Sebbene negli ultimi due decenni sia stato ottenuto un sostanziale miglioramento a livello internazionale nella prognosi dei pazienti, la mortalità varia ancora tra il 20 e il 50% nei pazienti ventilati meccanicamente con shock cardiogeno o forme più gravi di ARDS.

Abbiamo cercato in PubMed gli articoli sottoposti a revisione paritaria pubblicati fino al 17/05/2024 utilizzando i termini meccanica e ventilazione e a livello nazionale e ICU.

Non abbiamo trovato studi con dati nazionali completi che confrontassero gli esiti e la comorbilità dei pazienti ventilati meccanicamente prima, durante e dopo la pandemia di COVID-19.

Tuttavia, abbiamo trovato dati nazionali completi prima della pandemia provenienti da 5 paesi ad alto reddito e uno a basso reddito e diversi studi incentrati esclusivamente sui dati sugli esiti del COVID-19 a livello nazionale in diversi sottogruppi.

Inoltre i dati epidemiologici provenienti da un numero molto limitato di paesi mostrano tassi di ventilazione compresi tra 100 e più di 1.000 per 100.000 abitanti a seconda dell'età e del paese.

Valore aggiunto di questo studio

Questo studio analizza per la prima volta i tassi di mortalità intraospedaliera completi e imparziali di pazienti con diagnosi diverse che ricevono diversi tipi di VM prima, durante e dopo la pandemia di COVID-19.

Sia i tassi di utilizzo che quelli di mortalità ospedaliera in questa coorte non selezionata in Germania superano di gran lunga la maggior parte dei dati conosciuti. Possono servire come parametri di riferimento per confronti internazionali di utilizzo, mortalità e costi.

Implicazioni di tutte le prove disponibili

Questi alti tassi di mortalità ospedaliera e l'elevato numero di pazienti sottoposti a ventilazione meccanica sollevano la questione dell'indicazione e dell'inutilità dei pazienti sottoposti a ventilazione meccanica in un sistema sanitario con capacità molto elevate e un sistema di rimborso completamente dipendente dall'utilizzo quasi senza limiti.

[https://www.thelancet.com/journals/lanepi/article/PIIS2666-7762\(24\)00121-2/fulltext?dqcid=raven_jbs_aip_email](https://www.thelancet.com/journals/lanepi/article/PIIS2666-7762(24)00121-2/fulltext?dqcid=raven_jbs_aip_email)



Covid-19, i pazienti immunocompromessi sono ancora a rischio. Un progetto a tutela e un modello di gestione

Pur rappresentando solo il 4% circa della popolazione totale, il 24% di decessi, il 22% delle ospedalizzazioni e il 28% dei ricoveri in Unità di Terapia intensiva sono costituiti da pazienti immunocompromessi: questi sono alcuni dei dati emersi dallo studio Inform che ha dimostrato come i pazienti immunocompromessi siano a maggiore rischio di incorrere in gravi conseguenze da Covid-19 rispetto alla popolazione generale.

Dai risultati italiani recentemente pubblicati dall'Istituto superiore di sanità relativi agli individui vaccinati, i pazienti immunocompromessi, rispetto alla popolazione senza condizioni di rischio, presentano un rischio di ospedalizzazione correlato a Covid-19 circa 3 volte maggiore e un rischio di decesso correlato a Covid-19 quasi 4 volte superiore.

Questa sotto popolazione di pazienti presenta un sistema immunitario compromesso a causa di una o più patologie e risulta quindi a maggior rischio di contrarre virus e infezioni di forma severa, necessita pertanto di essere protetta con le opzioni terapeutiche disponibili anti Covid-19 e la Profilassi Pre-Esposizione (PrEP) con anticorpi monoclonali.

Il progetto Prevention Management Laboratory.

Per elaborare delle linee di indirizzo che possano semplificare la gestione della PrEP, dall'identificazione alla presa in carico dei pazienti immunocompromessi, è nato il progetto Prevention Management Laboratory (PMLab), ideato da Dephaforum con il sostegno di AstraZeneca Italia.

L'obiettivo del progetto è proporre un modello organizzativo condiviso a livello nazionale che possa, con il rispetto delle autonomie regionali e locali, facilitare la selezione e l'identificazione dei pazienti immunocompromessi potenzialmente eleggibili alla PrEP e aumentare la consapevolezza in merito all'importanza e al valore della PrEP di Covid-19 con anticorpi monoclonali, lavorando al contempo alla costruzione di una rete multidisciplinare di professionisti sanitari che permetta di efficientare il percorso e la presa in carico dei pazienti.

Le linee di indirizzo relative al modello organizzativo ideale per la PrEP di Covid-19 e la presa in carico e gestione del paziente immunocompromesso, elaborate dal lavoro cross-funzionale del Gruppo di lavoro e validate nel corso del 2023 a livello regionale e locale attraverso il supporto di una team multidisciplinare di esperti, sono state presentate oggi durante l'Evento nazionale conclusivo.

«Il virus SARS-Cov-2 continua a circolare, nonostante in questa fase endemica risulti meno pericoloso per la popolazione sana rispetto agli anni passati – spiega Stefano Vella, professore di Metodologia della Ricerca Clinica & Global Health, Università degli Studi di Roma Tor Vergata –. Questo significa che rimane oggi fondamentale proteggere soprattutto i pazienti immunocompromessi, sia quelli che nonostante il completamento del ciclo vaccinale presentano una condizione di immunocompromissione che non permette loro di sviluppare un'adeguata risposta immunitaria, sia coloro che non hanno potuto vaccinarsi per varie cause tra cui le proprie condizioni di salute.

Da un'analisi del livello di anticorpi anti Sars-CoV-2 di pazienti oncematologici che avevano completato il ciclo di vaccinazione contro il Covid-19, è emerso che il 55,3% non rispondeva al vaccino.

Nel 2022, il 46,8% dei pazienti con malattia renale allo stadio terminale e il 24,6% di chi aveva subito un trapianto di cellule staminali ematopoietiche o un trapianto di organo solido che avevano contratto il Covid-19 sono stati ospedalizzati, contro il 3,7% della popolazione generale. Questi dati dimostrano la presenza di un bisogno non ancora soddisfatto e l'importanza della profilassi pre esposizione con anticorpi monoclonali come protezione per questa sottopopolazione di pazienti a rischio di mancata o ridotta risposta o non eleggibilità alla vaccinazione e quindi ad un aumentato rischio di sviluppare forma severa di infezione da Sars-CoV-2, ospedalizzazione Covid-19 correlata e morte.

È fondamentale il ruolo del medico specialista nell'approfondire l'opportunità offerta dagli anticorpi monoclonali nella protezione del paziente immunocompromesso, attraverso l'informazione sulle opzioni esistenti. Al tempo stesso è altrettanto importante la collaborazione con la Medicina generale nell'identificazione del paziente a rischio e nella sensibilizzazione a un confronto con lo specialista.

Il progetto PMLab ha previsto la costituzione di un team multidisciplinare di esperti che ha elaborato una proposta di linee di indirizzo relative al modello organizzativo ideale per la PrEP di Covid-19 dalla presa in carico alla gestione del paziente immunocompromesso.

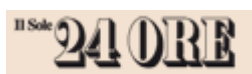
Per tracciare anche a livello locale la gestione della Profilassi con anticorpi monoclonali, il progetto ha previsto degli incontri multidisciplinari in diverse Regioni Italiane in cui la proposta di linee di indirizzo è stata discussa e validata, al fine di realizzare un Documento di Consenso che tenesse conto sia dell'esperienza nazionale che regionale.

«Per i pazienti oncematologici in trattamento antitumorale il Covid-19 ha rappresentato e rappresenta ancora oggi un rischio concreto – afferma Carmine Pinto, Direttore Uoc Oncologia medica, Comprehensive Cancer Centre Ausl-Irccs Reggio Emilia –. Le terapie causano spesso un'immunosoppressione che richiede maggiori cautele, in quanto il manifestarsi di un'infezione può significare non solo ospedalizzazione, decesso o peggioramento dello stato di salute, ma anche la sospensione del trattamento, con tutti i rischi correlati. Per ridurre il rischio di infezione i pazienti immunocompromessi ancora oggi vivono una realtà quotidiana alterata, in quanto il timore di contrarre il virus ne limita le attività giornaliere». Le linee di indirizzo elaborate in modalità cross-funzionale dal Gruppo di lavoro rappresentano il punto di partenza per la costruzione di un modello organizzativo che semplifichi la gestione della Profilassi Pre-Esposizione e la presa in carico dei pazienti immunocompromessi mediante la creazione di una rete tra medici specialisti per l'identificazione, la selezione e prioritizzazione dei pazienti grazie anche alla collaborazione con i Medici di Medicina Generale. Ruolo chiave in questo percorso è quello del farmacista ospedaliero, attore nel coordinamento e nella programmazione delle attività legate alla gestione della PrEP e all'interno del team multidisciplinare, team che comprende, oltre all'infettivologo, anche altre figure specialistiche. L'esperienza e le conoscenze dell'infettivologo risultano dunque fondamentali anche in termini di formazione e informazione delle diverse figure specialistiche, oltre che dei pazienti.

«Nelle attività di prevenzione e profilassi la componente organizzativa diventa sempre più rilevante, ma anche la più difficile da gestire a livello locale, in quanto necessita di analisi dedicate e di gruppi di lavoro nelle quali siano rappresentate tutte le componenti. Non è scontato, infatti, dare concretezza alla volontà di

coinvolgimento di pazienti e professionisti nelle fasi di ideazione e costruzione della proposta di modelli “ideali” di presa in carico e gestione del paziente immunocompromesso – afferma Francesca Patarnello, Vice President Market Access & Government Affairs di AstraZeneca Italia –. Il nostro contributo è stato quello di supportare un Laboratorio, il ‘PmLAB’, dedicato a questo obiettivo nel quale sono state studiate e discusse indicazioni concrete per assicurare un maggiore e più omogeneo accesso alle opportunità di protezione esistenti che fossero adattabili e modulabili sulla base delle specifiche realtà locali».

<https://www.sanita24.ilsole24ore.com/art/medicina-e-ricerca/2024-06-17/covid-19-pazienti-immunocompromessi-sono-ancora-rischio-progetto-tutela-e-modello-gestione-135040.php?uuid=AFoUIdwB&cmpid=nlqf>



Pnrr e Neuroscienze: a Napoli il punto sul maxi-progetto Mnesys da 115 milioni. In campo una rete di 500 scienziati per oltre 200 iniziative di ricerca

Italia all'avanguardia in Europa nello studio delle neuroscienze: dalla creazione di avatar digitali del cervello umano per studiare la risposta a farmaci e malattie, allo sviluppo di nuovi biomarcatori per la diagnosi precoce, fino all'identificazione di nuovi bersagli cellulari e molecolari per approcci farmacologici innovativi.

Questi gli obiettivi di Mnesys, un Cern italiano della ricerca sul cervello, finanziato dal Pnrr con uno stanziamento record di 115 milioni di euro a supporto di oltre 200 progetti che coinvolgono 500 scienziati provenienti da 25 fra atenei pubblici e privati, enti di ricerca e imprese, per la prima volta insieme per migliorare la conoscenza del cervello e il suo funzionamento, sia in condizioni normali che patologiche.

Un progetto integrato, unico, innovativo e multidisciplinare in cui si fondono medicina e tecnologie digitali, anche al fine di ricreare il cervello su piattaforme informatiche per prevenire le malattie del sistema nervoso e curarle con terapie modellate sui pazienti.

Lo scenario di riferimento.

150 miliardi di neuroni in grado di realizzare ulteriori miliardi di connessioni attraverso le sinapsi (100 trilioni), le superstrade del cervello che messe in fila coprono 160.000 chilometri, pari a un terzo della distanza tra la Terra e la Luna, e risiedono in due emisferi cerebrali, con un volume di pochi centimetri cubici e un peso medio inferiore a un chilo e mezzo.

Tutto questo per consentirci, grazie al cervello, di avere funzioni motorie, parlare, percepire gli stimoli dell'ambiente esterno, provare emozioni, elaborare ricordi e pensieri. Tuttavia c'è ancora molto da scoprire e la ricerca scientifica sta indagando sui suoi meccanismi per capire come funziona, ma anche perché non funziona bene, come cambia nel corso della vita e con l'avanzare dell'età portando alle malattie del sistema nervoso e non soltanto a quelle neurodegenerative.

Dalle diverse forme di demenza, con cui convivono in Italia un milione di persone, di cui 600.000 con malattia di Alzheimer, alle 400.000 persone colpite dal Parkinson, fino alla sclerosi multipla che interessa circa 90.000 persone.

Numeri molto elevati anche per i casi di ictus con 200.000 nuove diagnosi ogni anno e circa 1 milione di persone che vivono con gli esiti invalidanti della malattia, mentre la depressione affligge quasi 3 milioni di italiani. Complessivamente, il ministero della Salute stima che le malattie del sistema nervoso abbiano nel nostro Paese un'incidenza di nuovi casi ogni anno pari al 7,5% della popolazione italiana e una prevalenza del 30%.

Risorse, obiettivi generali e sfide.

In questo contesto l'Italia si lancia nella sfida più affascinante e misteriosa per migliorare la conoscenza del cervello e giungere al trattamento delle malattie più diffuse, per diventare punto di riferimento internazionale con il progetto Mnesys, la prima e più ampia “brain venture” realizzata nel nostro Paese.

«Avviato a fine 2022 con una durata di 3 anni e finanziato dal Pnrr Missione 4 Componente 2 con 115 milioni di euro a supporto di oltre 200 progetti che coinvolgono 500 tra scienziati e ricercatori medici, biologi, bioingegneri e informatici, Mnesys è un progetto imponente e complesso.

Un programma di ricerca che prevede la realizzazione di una rete di collaborazione, a oggi, tra 12 atenei pubblici e privati e 13 tra istituti di ricerca, Irccs e imprese, ma che a breve coinvolgerà altri enti di primo

piano, “ingaggiati” attraverso appositi bandi “a cascata” per catalizzare gli sforzi e promuovere il coordinamento dei gruppi di lavoro distribuiti in tutta Italia guidata dall’Università di Genova, capofila del progetto – dichiara Antonio Uccelli, professore ordinario di Neurologia all’Università di Genova, direttore scientifico dell’Irccs Ospedale San Martino di Genova, e direttore scientifico del progetto Mnesys -.

Uno sforzo congiunto di ricerca di base che intende stimolare l’interazione tra università, istituti scientifici e industria per raggiungere risultati di alto profilo grazie a tecnologie digitali e all’intelligenza artificiale al fine di comprendere i misteri del sistema cervello e sviluppare trattamenti personalizzati per le malattie neurologiche e mentali, tramite la medicina di precisione».

«Se il funzionamento del cervello nel suo insieme ancora ci sfugge in gran parte, Mnesys rappresenta, però, un importante passo in avanti per le neuroscienze, volto a spingere la ricerca verso una nuova fase con iniziative all’avanguardia – prosegue Sergio Martinoia, professore ordinario di Bioingegneria all’Università di Genova e coordinatore del comitato scientifico del progetto Mnesys -. Mira, infatti, a facilitare la scoperta dei meccanismi di funzionamento del sistema nervoso e delle malattie, attraverso la creazione di avatar digitali del cervello umano (digital twins), cioè la realizzazione virtuale al computer del funzionamento del sistema nervoso in condizioni fisiologiche e patologiche, attraverso l’elaborazione, mediante algoritmi matematici, di dati anagrafici, clinici, di laboratorio e diagnostici. Ciò consente esperimenti virtuali per poter studiare la risposta ai farmaci e alle malattie accelerando la ricerca attraverso l’integrazione tra medicina e tecnologie informatiche applicate al cervello», spiega Martinoia

«L’ambizioso progetto oltre a sostenere lo sviluppo di modelli computazionali delle malattie con tecniche di simulazione, si concentra anche sull’identificazione di nuovi biomarcatori di malattia per individuare i pazienti in una fase precoce o addirittura prima che il disturbo si manifesti e impostare strategie terapeutiche personalizzate e preventive, al fine di migliorare la prognosi e la qualità di vita dei pazienti. Mnesys mira inoltre all’identificazione di nuovi bersagli cellulari e molecolari per lo sviluppo di farmaci innovativi», riferisce Uccelli.

«Il progetto si affida a un approccio “multi scala” che parte dallo studio delle singole molecole, all’organismo in toto fino all’analisi delle interazioni sociali e comportamentali, passando dalla genetica, ai modelli animali per arrivare a studi di popolazione, costruendo via via, a step sempre più complessi, le strutture interne del cervello e le interazioni tra esse. L’idea è apparentemente semplice, partire dal piccolo costruendo un mattone, poi mettere insieme più pareti per arrivare all’architettura della casa», conclude Martinoia.

La struttura del progetto Mnesys è strutturato in sette macro-progetti (Spoke) a cui contribuiscono ricercatori di diversi enti, circa 70 per spoke, ciascuno dei quali dedicato a specifiche tematiche che possono rappresentare una particolare funzione del cervello: dal neurosviluppo alla cognitivtà, oppure un processo patologico comune a diverse malattie come la neurodegenerazione. Ciascuno Spoke, coordinato da una università, è articolato in circa 30 progetti di ricerca, che coinvolgono di volta in volta alcuni degli istituti scientifici, università e imprese partecipanti al progetto.

<https://www.sanita24.ilsole24ore.com/art/medicina-e-ricerca/2024-06-21/pnrr-e-neuroscienze-napoli-punto-maxi-progetto-mnesys-115-milioni-campo-rete-500-scientiati-oltre-200-iniziative-ricerca-125932.php?uuid=AF3lWo1B&cmpid=nlqf>



Progetto Mnesys/ Dalla sclerosi multipla all’Alzheimer, il sistema immunitario “infiamma il cervello”. Il ruolo dei globuli bianchi e le due proteine spia della neuroinfiammazione

Per molto tempo si è pensato che il sistema nervoso centrale fosse autonomo e che il cervello si difendesse da solo per la barriera encefalica che lo rende particolarmente resistente ad attacchi esterni. Si parlava infatti di “santuario immunologico privilegiato”.

«Nell’ultimo decennio è però diventato via via sempre più evidente che così non è: il cervello e il sistema immunitario hanno un fitto dialogo, importante non solo per la difesa del cervello, ma anche per il suo funzionamento», spiega Gabriela Constantin, ordinaria di Patologia generale e Immunologia all’Università di Verona e coordinatrice dello ‘Spoke 7’ di Mnesys, dedicato alla “Neuroimmunologia e Neuroinfiammazione”.

Che «sta lavorando proprio per comprendere il coinvolgimento del sistema immunitario in malattie neurodegenerative, come la sclerosi multipla e l’Alzheimer, cioè tutte le patologie per cui l’infiammazione del cervello ha un ruolo solo recentemente individuato», precisa l’esperta.

In questo contesto si colloca la ricerca [Re-emergence of T lymphocyte-mediated synaptopathy in progressive multiple sclerosis](#), accettata recentemente per la pubblicazione su *Frontiers in Immunology*, condotta

dall'Università di Tor Vergata di Roma, che riguarda il ruolo dei linfociti T, cellule immunitarie fondamentali, nell'induzione della sclerosi multipla.

Questo è una malattia autoimmune neurodegenerativa del sistema nervoso centrale che colpisce circa 2,8 milioni di persone nel mondo, di cui quasi 130.000 solo in Italia.

Nella sclerosi multipla i linfociti T si attivano in maniera anomala, vanno oltre la risposta autoimmune e danneggiano, così, i tessuti del sistema nervoso centrale causando un disturbo dell'attività delle sinapsi neuronali e quindi una disfunzione cerebrale.

«Lo studio conferma che l'aggravamento della malattia, da una fase lieve con periodi di remissione a una fase cronica progressiva, è accompagnata da una alterazione funzionale dei neuroni a livello delle sinapsi, dove si verificano i contatti tra i neuroni e avviene la trasmissione dell'impulso nervoso, provocata proprio dalle cellule immunitarie - chiarisce Diego Centonze, ordinario di Neurologia presso l'Università di Roma Tor Vergata e direttore dell'Unità operativa complessa di Neurologia e della Stroke Unit presso l'Irccs Neuromed di Pozzilli -. Siamo inoltre riusciti a evidenziare come questa alterazione venga attenuata dal trattamento con Siponimid, un farmaco già attualmente in uso in pazienti con sclerosi multipla, enfatizzando quindi il ruolo dei meccanismi immuni nell'induzione del deficit cognitivo nelle malattie neuroinfiammatorie e neurodegenerative. Siponimid intrappola i linfociti negli organi linfoidei e impedisce quindi la loro entrata nel sistema nervoso dove provocherebbero danno, incluso quello alle sinapsi».

Un altro farmaco che riduce in maniera significativa gli effetti neurotossici indotti dai processi infiammatori a livello delle sinapsi è inoltre la molecola Interleuchina-9 come i ricercatori dello Spoke 7 hanno dimostrato nello studio *Interleukin-9 protects from microglia-and TNF-mediated synaptotoxicity in experimental multiple sclerosis* pubblicato sulla rivista *Journal of Neuroinflammation* a maggio 2024.

«La ricerca dimostra che nella sclerosi multipla la somministrazione di questa molecola prodotta da una particolare categoria di cellule del sistema immunitario, riduce l'infiammazione dannosa caratteristica della sclerosi multipla indotta dalle cellule microgliali, cioè quelle cellule che si occupano della prima e principale difesa immunitaria attiva nel sistema nervoso centrale, e migliora la sintomatologia della malattia in modelli sperimentali», prosegue Centonze.

Il sistema immunitario gioca un ruolo fondamentale non solo nell'insorgenza della sclerosi multipla ma anche nella malattia di Alzheimer, come emerge dagli studi non ancora pubblicati condotti dall'Università di Verona nell'ambito dello Spoke 7 su questa patologia. «Le nostre ricerche stanno dimostrando come i globuli bianchi che circolano naturalmente nel sangue migrino nel cervello e si posizionino vicino ai neuroni, nelle zone importanti per la memoria – dichiara Constantin -. I nostri studi hanno evidenziato che questo fenomeno di migrazione leucocitaria ha un ruolo fondamentale nella malattia di Alzheimer e il suo blocco ha un effetto terapeutico, riducendo l'infiammazione cerebrale e migliorando la memoria.

Mediante l'ausilio di studi in vitro, abbiamo infatti rilevato come le cellule immunitarie “aggreghino” i neuroni inducendo un danno cellulare e l'alterazione dei circuiti neuronali. Queste ricerche indicano pertanto che i globuli bianchi possono indurre un danno diretto alle cellule del cervello e contribuire allo sviluppo dei deficit cognitivi», riferisce Constantin.

Lo Spoke 7 sta inoltre ricercando biomarcatori predittivi della malattie neurodegenerative, come emerge dagli studi guidati da Massimiliano Calabrese dell'Università di Verona *Association of levels of cerebrospinal fluid Osteopontin with cortical atrophy and disability in early Multiple Sclerosis and CSF parvalbumin levels at multiple sclerosis diagnosis predict future worse cognition, physical disability, fatigue, and gray matter damage* che presto verranno pubblicati sulla rivista *Neurology Neuroimmunology & Neuroinflammation*, nei quali si identificano due proteine che possono essere associate alla sclerosi multipla, presenti nel liquido cerebrospinale che avvolge il sistema nervoso centrale e che permette la diffusione di nutrienti e sostanze chimiche.

«Abbiamo identificato l'osteopontina, una proteina coinvolta nel rimodellamento osseo con rilevanti azioni pro-infiammatorie, spia del calo numerico e funzionale dei neuroni e delle loro connessioni e della progressione della malattia in pazienti con sclerosi multipla in fase precoce. Inoltre, la presenza di un'altra proteina, la parvalbumina, all'esordio della malattia, è stata identificata come indicatore in grado di anticipare lo sviluppo di danno cerebrale a distanza di 4 anni. In particolare, livelli aumentati di parvalbumina nel liquido cerebrale hanno predetto il rischio di sviluppare atrofia cerebrale, deficit cognitivi, disabilità fisica e fatica cronica nei pazienti con sclerosi multipla», spiega Massimiliano Calabrese, professore di Neurologia dell'Università di Verona.

Tra i vari filoni di ricerca lo Spoke 7 sta inoltre indagando le forme di epilessia resistenti ai farmaci come nello studio *The ferroptosis inducer RSL3 triggers interictal epileptiform activity in mice cortical neurons* pubblicato su *Frontiers in Cellular Neuroscience* a giugno 2023. La ricerca si è focalizzata sul ruolo della ferroptosi, un nuovo tipo di morte cellulare programmata provocata dall'accumulo di ferro, nell'induzione di epilessia.

«L'aumento della ferroptosi nel cervello è correlato a una disfunzione del sistema immunitario e caratterizzato da una reazione infiammatoria che potrebbe contribuire all'insorgenza dell'epilessia. È stato infatti dimostrato che la ferroptosi è coinvolta in questa malattia, in particolare nelle forme resistenti ai farmaci e comprenderne il meccanismo apre pertanto nuove strade per il trattamento dell'epilessia», afferma Enrico Cherubini, direttore scientifico dell'European Brain Research Institute Rita Levi-Montalcini (Ebri) e coordinatore del laboratorio congiunto Ebri - Ospedale Pediatrico Bambin Gesù sulle forme di epilessia resistenti ai farmaci nei bambini.

<https://www.sanita24.ilsole24ore.com/art/medicina-e-ricerca/2024-06-21/progetto-mnesys-sclerosi-multipla-all-alzheimer-sistema-immunitario-infiamma-cervello-ruolo-globuli-bianchi-e-due-proteine-spia-neuroinfiammazione-144129.php?uuid=AFj2v01B&cmpid=nlqf>



Progetto Mnesys/ Bimbi prematuri, nuove terapie per ridurre i danni neurologici: da melatonina a percorsi riabilitativi

Si stima che attorno al 5-10% di tutti i neonati abbia necessità di cure rianimatorie al momento della nascita e che tra questi bambino su 10 nasca pretermine, ovvero venga messo al mondo prima della 37esima settimana di gestazione.

La nascita pretermine presenta un elevato rischio di comparsa di patologie croniche, di ritardo dello sviluppo, paralisi cerebrale, disturbi neurologici dell'apprendimento, comportamentali e psichiatrici che richiedono assistenza sanitaria a lungo termine.

Per questo è fondamentale intervenire con un percorso riabilitativo precoce che possa compensare i danni acquisiti. Ed è proprio questo uno dei filoni di ricerca di cui si occupa lo Spoke 1 di Mnesys dedicato a "Neurosviluppo, cognizione e interazione sociale". «L'unità coordinata dall'Università di Parma si occupa dello studio dei meccanismi neuronali che regolano lo sviluppo delle capacità motorie, percettive e sociali del cervello - spiega Luca Bonini, docente di Psicobiologia e Psicologia fisiologica all'Università di Parma e coordinatore dello Spoke 1 -.

Il progetto aspira a identificare biomarcatori per il monitoraggio e la diagnosi di patologie del neurosviluppo, come encefalopatia, epilessia e autismo, consentendo di sviluppare nuove strategie per la diagnosi precoce e il trattamento mirato delle malattie del cervello».

Nello studio [Influence of isolated low-grade intracranial haemorrhages on the neurodevelopmental outcome of infants born very low birthweight](#) pubblicato su *Developmental medicine and child neurology* nel 2023, condotto su 240 neonati tra gennaio 2012 e luglio 2017 e seguiti fino all'età di 3 anni, sono stati indagati gli effetti di piccole emorragie intraventricolari e cerebellari che colpiscono i bambini prematuri.

La ricerca condotta presso l'Istituto Gaslini di Genova, e coordinata da Luca Ramenghi, direttore dell'Unità di Neonatologia, «ha mostrato che piccole emorragie, esclusivamente identificabili da raffinate indagini di Risonanza, possono avere un impatto negativo sul neurosviluppo di bambini nati pretermine con peso molto basso alla nascita» afferma Sara Uccella, neuropsichiatra infantile, ricercatrice Mnesys dell'Università di Genova e primo autore del lavoro. Lo studio sottolinea inoltre «l'importanza di individuare precocemente queste minime lesioni per attuare una più tempestiva ed efficace riabilitazione di questi bambini», continua Uccella.

L'encefalopatia ipossico ischemica è una delle maggiori cause di morte e disabilità neurologica nei neonati. Si stima che colpisca circa 1,5 su 1000 nati a termine e fino al 60% nei neonati prematuri di peso inferiore a 1500 grammi.

L'encefalopatia di grado moderato o elevato ha una mortalità compresa tra il 10 ed il 60%; tra i sopravvissuti, il 25% sviluppa complicanze neurologiche. In questo contesto si colloca un altro studio Mnesys guidato dall'Università di Parma: [Hypoxic ischemic brain injury: animal models reveal new mechanisms of melatonin-mediated neuroprotection](#).

Il lavoro pubblicato a dicembre 2023 su *Reviews in the Neurosciences* si è concentrato sull'identificazione di potenziali biomarcatori precoci di lesioni cerebrali a seguito di ipossia-ischemia. «A oggi l'ipotermia terapeutica rappresenta l'unica possibilità di trattamento delle forme moderate o gravi di questa patologia - spiega Serafina Perrone, professoressa associata di Pediatria all'Università di Parma -.

Iniziata entro 6 ore dalla nascita e proseguita per 72 ore, l'ipotermia ha ridotto dal 60% al 46% la morte o disabilità a 18 mesi.

Nonostante ciò, e i progressi nell'assistenza ostetrica e neonatale, rimane però ancora la sfida dell'identificazione precoce e tempestiva di lesioni in neonati a rischio di danni cerebrali che, ad oggi, si basa principalmente sulle manifestazioni cliniche e sulla diagnostica per immagini». Nella ricerca, è stata indotta carenza di ossigeno su ratti nati da qualche giorno, seguita dalla somministrazione di melatonina.

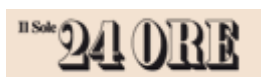
Dai risultati è emerso che l'ipossia-ischemia provoca nei ratti appena nati un aumento significativo dei livelli circolanti di miR-126 e miR-146a, frammenti di Rna, nella fase iniziale dello sviluppo del danno cerebrale ischemico, entro un'ora, e che il successivo trattamento con melatonina ripristina gli effetti indotti dall'ipossia-ischemia sull'espressione dei miR-126/miR-146a. Il risultato è stato poi verificato anche analizzando il siero di neonati con encefalopatia ipossico-ischemica, sottoposti a ipotermia terapeutica e melatonina.

«Ciò ha permesso di concludere che il trattamento con melatonina è in grado di intervenire nei processi di crescita e proliferazione cellulare a seguito di asfissia fornendo quindi una potenziale terapia aggiuntiva da utilizzare in combinazione con l'ipotermia terapeutica per ottenere migliori risultati neurologici a lungo termine», aggiunge Perrone.

Gli effetti neuroprotettivi della melatonina contribuiscono anche a ridurre l'infiammazione legata allo stress ossidativo nei neonati come dimostrato nel lavoro coordinato dall'Università di Parma all'interno dell'attività di ricerca dello Spoke 1: [Melatonin in Newborn Infants Undergoing Surgery: A Pilot Study on Its Effects on Postoperative Oxidative Stress](#). Pubblicato su *Antioxidants* a febbraio 2023, lo studio ha valutato l'effetto antiossidante della melatonina che ha coinvolto 23 neonati sottoposti a operazioni chirurgiche.

«Gli interventi sono spesso associati a un eccessivo stress ossidativo, specialmente nei pazienti neonatali nei quali è stata descritta una carenza transitoria di melatonina che ha funzione antiossidante. Questo studio pilota ha verificato l'efficacia di una integrazione per via orale della melatonina nel ridurre i prodotti biologici dello stress ossidativo e ha dimostrato il ruolo di questo ormone nella protezione dei neonati dalle conseguenze deleterie che lo stress ossidativo può causare, come dolore e alterazioni neurocomportamentali», spiega Perrone.

<https://www.sanita24.ilsole24ore.com/art/medicina-e-ricerca/2024-06-21/progetto-mnesys-bimbi-prematuri-nuove-terapie-ridurre-danni-neurologici-melatonina-percorsi-riabilitativi-142530.php?uuid=AFKW8y1B&cmpid=nlqf>



Tumori/ Crea Sanità: Screening polmone, con diagnosi tempestiva +7,6 anni di vita e -2,3 mld in 30 anni. Risparmio da 180 mln già nel primo anno

In Italia, il carcinoma polmonare rappresenta la più frequente causa di morte oncologica, con 34.000 nuovi decessi all'anno. A contrasto di questo tumore però, negli ultimi anni si sono registrati importanti progressi nella chirurgia e nelle terapie farmacologiche, che hanno permesso - anche grazie alla prevenzione primaria, in primis la lotta al tabagismo - di aumentare significativamente le aspettative di sopravvivenza dei pazienti. Ma il successo dei trattamenti è legato alla precocità della diagnosi. Ed è per questo motivo che l'implementazione di un programma strutturato di screening polmonare deve rappresentare una priorità nell'ambito degli interventi e delle politiche di sanità pubblica.

Per contribuire a un dibattito aperto sul tema, C.R.E.A. Sanità ha sviluppato, con il contributo di Roche Italia, un innovativo modello che, per la prima volta - integrando e aggiornando uno studio precedente - analizza anche l'impatto di farmaci innovativi come l'immunoterapia, di recente introduzione e offre una valutazione economica dello screening del cancro al polmone, basata su evidenze di costo-efficacia, costo-utilità, impatto finanziario (budget impact). I risultati del modello stimano che l'attuazione di un programma di screening nazionale nei pazienti ad alto rischio, consentirebbe, grazie ad una diagnosi tempestiva, un incremento della sopravvivenza dei pazienti screenati di 7,63 anni rispetto ai non screenati, a fronte di una riduzione dei costi sanitari pari 2,3 mld di euro, in un orizzonte temporale di 30 anni.

In termini finanziari, va previsto un investimento iniziale nel primo anno (legato anche all'organizzazione dello screening) pari a circa 80 milioni di euro, che sarebbe però più che compensato dai risparmi pari a circa 180 milioni di euro già al primo anno.

La presentazione dei risultati è stata l'occasione per dare vita a un dibattito che ha coinvolto esperti clinici, economisti e istituzioni, con l'obiettivo di stimolare un impegno condiviso per ampliare l'accesso allo screening al polmone nel nostro Paese.

«Il modello elaborato dimostra che la promozione di uno screening della popolazione ad alto rischio per il carcinoma polmonare è una politica di sanità pubblica efficace ed efficiente che, purché adeguatamente promossa e incentivata, risulta anche sostenibile da un punto di vista finanziario», spiega Federico Spandonaro, Professore aggregato Università degli Studi di Roma "Tor Vergata" e Presidente Comitato Scientifico C.R.E.A. Sanità. «Parallelamente alla lotta al tabagismo, è prioritario favorire l'accesso allo screening ai soggetti ad alto rischio cioè fumatori o ex forti fumatori sopra i 50 anni. Le società scientifiche internazionali e la commissione europea stanno già andando in questa direzione e raccomandano, per questi soggetti, regolari Tac al torace a basso dosaggio di radiazioni intensità, per un monitoraggio adeguato - dichiara la Giulia Veronesi, Direttrice del Programma di Chirurgia Robotica Toracica presso l'Ircs Ospedale

San Raffaele – Quando il tumore al polmone viene diagnosticato e trattato in fase precoce con chirurgia e farmaci si possono raggiungere tassi di sopravvivenza a 5 anni intorno all'80%. Per questo, investire in un programma strutturato di screening polmonare è oggi più cruciale che mai, perché consente un guadagno di vita di oltre 7 anni a fronte di un risparmio economico per il sistema sanitario nazionale».

«Mentre è ormai prassi consolidata fornire evidenze anche in termini di costo-efficacia delle terapie, ci sono ancora pochi dati e analisi di questo tipo sullo screening – commenta Francesco Perrone, Presidente Aiom – . Il modello presentato oggi sul polmone è, per questo, molto interessante e ha il potenziale per essere replicato e applicato ad altri screening oncologici, fornendo uno strumento di grande valore per guidare le politiche sanitarie».

«Gli screening consentono di giocare d'anticipo sulla malattia e sulle conseguenze. Per questo è fondamentale recuperare i ritardi accumulati durante la pandemia. Una delle misure su cui Governo e Parlamento stanno lavorando è lo smaltimento delle liste d'attesa, con un provvedimento importante a favore dei diritti dei cittadini – ha dichiarato Ugo Cappellacci, Presidente XII Commissione Affari Sociali della Camera dei Deputati – La missione è, inoltre, quella di ampliare l'offerta di screening ad ambiti prioritari come quello del tumore al polmone, grazie all'azione comune avviata a livello europeo e che vede anche l'Italia protagonista. In Commissione abbiamo svolto una serie di audizioni sul Piano Europeo Contro il Cancro, da cui una volta di più, emerge che impiegare nuove risorse a favore della salute non va considerato una spesa, ma il migliore investimento e la migliore riforma che si possa attuare».

«Grazie a significativi investimenti in ricerca, mettiamo a disposizione dei pazienti affetti da tumore al polmone farmaci immunoterapici e a bersaglio molecolare in grado di agire fin dalle fasi precoci della malattia, dove l'obiettivo può essere quella della cura. Per poter assicurare i benefici associati a questi trattamenti, è prioritario effettuare una diagnosi quanto più precoce e lo screening è uno strumento chiave. In questa prospettiva, rinnoviamo la nostra volontà ad essere un partner di valore per il Sistema, collaborando con tutti gli attori in campo affinché l'accesso a questa strategia di salute pubblica così preziosa possa essere garantito - ha concluso Federico Pantellini, Medical Lead Roche Italia – Il dibattito di oggi si inserisce nell'ambito del programma LungLive, promosso da Roche per ridefinire insieme il tumore al polmone, puntando su prevenzione primaria, screening e innovazione terapeutica fin dalle fasi precoci di malattia».

Il modello. *Il modello presentato fornisce uno strumento prezioso, se si tiene conto del fatto che, tra tutti i tumori, quello al polmone è quello a maggiore impatto per la Società: a livello mondiale l'onere raggiunge i 4.000 miliardi di dollari mentre in Italia è stato stimato un costo annuo di € 2,5 miliardi. E in un contesto di risorse limitate per le politiche pubbliche, l'aspetto economico non può essere trascurato.*

Assumendo di effettuare lo screening con frequenza biennale sulla popolazione ad alto rischio (rappresentata dai soggetti di età compresa fra 50 e 79 anni con forte esposizione al fumo - più di 30 pack-year), considerando un orizzonte temporale di 30 anni ed adottando, infine, un tasso di risposta del 30%, il modello predisposto stima che sarà necessario effettuare in media circa 460.000 LD-CTs annue (circa 360.000 a regime se non si modificheranno significativamente le abitudini di fumo).

Il lavoro di ricerca condotto si è concentrato sulla modellizzazione delle diverse possibili modalità alternative di effettuazione dello screening e permette di modificare la popolazione invitata e aderente, la frequenza di ripetizione dello screening e le opzioni di gestione dei casi in cui lo screening effettuato non permetta una diagnosi certa. In aggiunta, una particolare attenzione è stata dedicata alla descrizione dei percorsi terapeutici ad oggi disponibili, prevedendo la possibilità di un loro aggiornamento nel tempo.

Il lavoro è stato implementato con il supporto di un board scientifico composto da: Giulia Veronesi, prof.ssa presso Irccs Ospedale San Raffaele; Ferrara R., Ricercatore, Dip. di Oncologia Medica, Università Vita-Salute San Raffaele; Graziano P., Dir. Unità di Patologia, Ist. di Ricerca "Casa Sollievo della Sofferenza".

<https://www.sanita24.ilsole24ore.com/art/medicina-e-ricerca/2024-06-18/tumori-crea-sanita-screening-polmone-diagnosi-tempestiva-76-anni-vita-e-23-mld-30-anni-risparmio-180-mln-gia-primo-anno-110648.php?uuid=AFsCOMxB&cmpid=nlqf>

la Repubblica

Sindrome da choc tossico, impennata di casi in Giappone

a cura di redazione Salute

Allerta a Tokyo per i numeri elevati di sindrome da choc tossico streptococcico, un batterio carnivoro che porta alla morte. Da inizio 2024 registrati 77 decessi: ecco di cosa si tratta

È emergenza medica in Giappone. Da inizio anno a marzo 77 persone sono morte a causa di un'infezione batterica. Il ministero della Salute ha registrato, al 2 giugno, 977 casi di sindrome da choc tossico streptococcico (Stss), un'infezione batterica pericolosa e altamente mortale. Gli esperti finora non sono in grado di individuare il motivo di questo incremento che ha portato a superare il record di 941 infezioni, toccato nel 1999, mentre lo scorso anno i morti erano stati 97.

Stss: ecco di cosa si tratta

Di cosa stiamo parlando? La Stss è un'infezione batterica rara ma grave che può svilupparsi quando i batteri si diffondono nei tessuti profondi e nel flusso sanguigno. I pazienti inizialmente soffrono di febbre, dolori muscolari e vomito, ma i sintomi possono rapidamente diventare pericolosi per la vita con bassa pressione sanguigna, gonfiore e insufficienza multiorgano, quando il corpo entra in choc.

La Cnn ha spiegato che "i Centri statunitensi per il controllo e la prevenzione delle malattie (Cdc). Anche con il trattamento, l'Stss può essere mortale", aggiungendo che "su 10 persone affette, ben tre moriranno a causa dell'infezione".

Infezione causata da un batterio

La maggior parte dei casi sono causati dal batterio streptococco del gruppo A (Gas). I sintomi che provoca sono soprattutto febbre e infezioni alla gola nei bambini. In rare circostanze, lo streptococco A può diventare invasivo quando il batterio produce una tossina che gli consente di accedere al flusso sanguigno, causando malattie gravi come lo choc tossico.

In casi estremi può anche causare fascite necrotizzante "carnivora", che può portare alla perdita degli arti. Ma in questo caso concorrono anche altre cause: secondo i Cdc, la maggior parte dei pazienti che contraggono la malattia hanno altri problemi di salute, come cancro o diabete, che potrebbero ridurre la capacità del loro corpo di combattere le infezioni".

https://www.repubblica.it/salute/2024/06/19/news/batteri_infezioni_choc_tossico_giappone-423258761/?ref=RHLF-BG-P12-S1-T1

quotidianosanita.it

Influenza aviaria. Siamo pronti per una nuova pandemia?

Cristina Casalone, DVM, Dirigente Veterinario presso l'Istituto Zooprofilattico Sperimentale del Piemonte, Liguria e Valle d'Aosta, Torino

Giovanni Di Guardo, DVM, Dipl. ECVP, Già Professore di Patologia Generale e Fisiopatologia Veterinaria presso la Facoltà di Medicina Veterinaria dell'Università degli Studi di Teramo

13 GIU -

Gentile Direttore,

fra le varie ragioni che sono alla base del fondato allarme suscitato dal virus dell'influenza aviaria ad alta patogenicità (highly pathogenic avian influenza, HPAI) A(H5N1), con particolare riferimento al clade 2.3.4.4b, possiamo annoverare lo spiccato neurotropismo e l'elevata neuropatogenicità dello stesso nei confronti di numerose specie di uccelli e di mammiferi domestici e selvatici, anche filogeneticamente distanti le une dalle altre, ivi compresi i Pinnipedi e i Cetacei, nonché la già pluriminacciata popolazione di orsi polari (*Ursus maritimus*), con un [caso accertato in Alaska](#).

Ciò appare ulteriormente giustificato dalla comprovata suscettibilità dei bovini nei confronti di tale infezione, come in maniera oltremodo eloquente testimoniano i numerosi casi recentemente insorti nella popolazione bovina statunitense di ben nove Stati, primo fra tutti il Texas (7), ove un allevatore ha sviluppato una congiuntivite bilaterale insorta dopo il contatto con un capo infetto (8), cui ha fatto seguito un analogo episodio di [malattia oculare riscontrato in un allevatore del Michigan](#).

Degno di particolare menzione risulta, in un siffatto contesto, anche il parallelo riscontro del virus A(H5N1) nelle acque reflue di più città texane (9) - come già segnalato in precedenza sia per il poliovirus sia per il betacoronavirus SARS-CoV-2 (10) -, a fronte di una presunta origine del medesimo da una matrice avicola o bovina, se non addirittura umana (9). Per quanto specificamente attiene alla sorveglianza epidemiologica dell'infezione da virus A(H5N1) nella popolazione bovina statunitense e, più in generale,

in quella di tutti gli altri Paesi, un serio ostacolo è rappresentato dalle manifestazioni cliniche paucisintomatiche con cui la stessa generalmente evolve nella specie in esame, con il conseguente rischio di una più o meno marcata sottostima dei casi d'infezione effettivamente presenti (11).

Ciononostante, mentre si assisterebbe da un lato ad una consistente eliminazione del virus attraverso il latte - fattispecie quest'ultima che richiama ad un caloroso invito a consumare esclusivamente latte pastorizzato (il processo di pastorizzazione, è bene ricordarlo, sarebbe in grado di inattivare sia questo che molti altri agenti microbici, virali e non) -, l'epitelio tubulo-alveolare della ghiandola mammaria bovina albergherebbe al proprio interno, dall'altro lato, un'elevata densità di recettori nei confronti del virus A(H5N1) (11,12).

A tal proposito, la coesistenza a livello dell'epitelio ghiandolare mammario dei bovini di un'elevata concentrazione di recettori specifici sia per i virus influenzali aviari (sialic acid, SA-alfa 2-3) sia per quelli umani (SA-alfa 2-6) - a differenza di quanto osservato in ambito respiratorio e cerebrale, ove la numerosità di tali recettori risulterebbe decisamente inferiore - qualificherebbe la specie bovina, secondo alcuni studiosi, quale ulteriore "mixing vessel" in grado di consentire un "rimescolamento genetico" fra virus di origine aviaria ed umana, in stretta analogia con il comprovato ruolo notoriamente svolto in tal senso dai suini (12).

Ciò potrebbe contribuire, unitamente alle succitate dinamiche evolutive progressivamente assunte dall'infezione da virus A(H5N1), ad un ulteriore affinamento della "fitness" virale, con conseguente acquisizione ad opera dello stesso della capacità di trasmettersi facilmente da uomo a uomo. Per quanto sia attualmente ben lungi dall'essere comprovata, una siffatta evenienza appare tuttavia oltremodo plausibile, vista e considerata l'elevata propensione dei virus influenzali di soggiacere a mutazioni del proprio "make-up" genetico attraverso i ben noti fenomeni di riassortimento/ricombinazione genomica che li contraddistinguono (6).

La possibilità di una trasmissione interumana efficiente risulta ulteriormente supportata dalla comprovata diffusione dell'agente vireale in numerose specie di uccelli e di mammiferi, domestici e selvatici, terrestri ed acquatici, fra cui si annoverano più specie di Pinnipedi e di Cetacei.

In epoca recente, infatti, un ceppo di HPAI virus A(H5N1) ha causato una significativa mortalità tra gli uccelli selvatici e i mammiferi marini in Sud America, ove si calcola che almeno 30.000 esemplari di leoni marini (*Otaria byronia*) siano deceduti. Nonostante i casi umani di malattia siano stati numericamente limitati, seppur variabili nelle manifestazioni cliniche, il rischio zoonosico associato a tutti i ceppi di virus A(H5N1) e ad altri sottotipi non può essere sottovalutato. Risulta cruciale, pertanto, diagnosticare tempestivamente e notificare in modo rapido tutti i casi sospetti, insieme all'adozione di rigorose misure di biosicurezza, al fine di sviluppare strategie efficaci di contenimento e prevenzione, proteggendo il benessere degli animali e degli esseri umani e tutelando la biodiversità.

Le linee guida attuali, riassunte nella "Practical guide for authorized field responders to HPAI outbreaks in marine mammals, with a focus on biosecurity, sample collection for A(H5N1) virus detection and carcass disposal" (WOAH), sono state formulate da un panel di esperti internazionali con il Centro di Collaborazione per la Salute dei Mammiferi Marini (WOAH), in risposta agli ultimi episodi di malattia che hanno coinvolto le popolazioni di mammiferi marini lungo le coste del Sud America, e forniscono indicazioni importanti per la progettazione di strategie preventive e di gestione di eventuali focolai.

Per quanto riguarda l'Europa, fra dicembre 2022 e marzo 2023 si è registrata un'ulteriore diffusione del virus ai mammiferi marini, con un caso di meningoencefalite da A(H5N1) in una focena (*Phocoena phocoena*) rinvenuta spiaggiata lungo le coste svedesi (4), in stretta connessione epidemiologica con una serie di casi accertati nei volatili selvatici. Il rischio per la popolazione generale in Europa è considerato basso, ma si presume che lo stesso possa essere di grado più elevato in categorie di individui professionalmente esposti al virus.

In considerazione di quanto sopra esposto, si ritiene opportuno sottolineare che adeguati sforzi andrebbero profusi, anche sulla scia delle lezioni apprese dalla drammatica pandemia da CoViD-19, al precipuo fine di giungere adeguatamente "preparati e pronti" ("preparedness and readiness", queste le parole-chiave, giustappunto) ad un'eventuale emergenza pandemica da virus dell'influenza aviaria A(H5N1), in una salutare ottica di collaborazione multidisciplinare ed intersettoriale fra Medicina Umana e Medicina Veterinaria, diffusamente permeata dal concetto/principio della "One Health", la salute unica di uomo, animali ed ambiente!

Bibliografia citata

- 1) Ariyama, N., et al. (2023). Highly Pathogenic Avian Influenza A(H5N1) Clade 2.3.4.4b Virus in Wild Birds, Chile. *Emerg. Infect. Dis.* 29:1842-1845. doi: 10.3201/eid2909.230067.
- 2) Puryear, W., et al. (2023). Highly Pathogenic Avian Influenza A(H5N1) Virus Outbreak in New England Seals, United States. *Emerg. Infect. Dis.* 29:786-791. doi: 10.3201/eid2904.221538.
- 3) Gamarra-Toledo, V., et al. (2023). Mass Mortality of Sea Lions Caused by Highly Pathogenic Avian Influenza A(H5N1) Virus. *Emerg. Infect. Dis.* 29:2553-2556. doi: 10.3201/eid2912.230192.

- 4) Thorsson, E., et al. (2023). Highly Pathogenic Avian Influenza A(H5N1) Virus in a Harbor Porpoise, Sweden. *Emerg. Infect. Dis.* 29:852-855. doi: 10.3201/eid2904.221426.
- 5) Murawski, A., et al. (2024). Highly pathogenic avian influenza A(H5N1) virus in a common bottlenose dolphin (*Tursiops truncatus*) in Florida. *Commun. Biol.* 7:476. doi: 10.1038/s42003-024-06.
- 6) Di Guardo, G., Roperto S. (2024). AH5N1 avian influenza, a new pandemic behind the corner? (Rapid Response). [Bmj](#)
- 7) Reardon, S. (2024). Bird flu in US cows: Where will it end? [Nature](#)
- 8) Uyeki, T.M., et al. (2024). Highly pathogenic avian influenza A(H5N1) virus infection in a dairy farm worker. *N. Engl. J. Med.*
doi:10.1056/NEJMc2405371.
- 9) Tisza, M.J., et al. (2024). Virome sequencing identifies H5N1 avian influenza in wastewater from nine cities. *MedRxiv preprint 2024.05.10.* [doi](#)
- 10) Clark, J.R., et al. (2023). Wastewater pandemic preparedness: Toward an end-to-end pathogen monitoring program. *Front. Public Health* 11:1137881. doi:10.3389/fpubh.2023.1137881.
- 11) Gerhard, D. (2024). Deciphering the unusual pattern of bird flu symptoms in cows. [The Scientist Magazine](#)
- 12) Kristensen, C., et al. (2024). The avian and human influenza A virus receptors sialic acid (SA)- α 2,3 and SA- α 2,6 are widely expressed in the bovine mammary gland. *BioRxiv preprint 2024.05.03.592326.*

https://www.quotidianosanita.it/lettere-al-direttore/articolo.php?articolo_id=122809

quotidianosanita.it

Malattie trasmesse da vettori. ECDC: in continuo aumento casi importati e focolai locali Dengue e West Nile. Nel 2024 si attendono numeri record

Nei primi mesi del 2024, diversi paesi hanno segnalato aumenti sostanziali nel numero di casi di dengue importati, il che potrebbe suggerire che i numeri nel 2024 potrebbero diventare ancora più alti del 2023, quando già era stato registrato un deciso aumento dei casi

11 GIU - Una continua tendenza al rialzo nel numero di casi di dengue importati da regioni endemiche, nonché un numero crescente di focolai locali di infezioni da virus del Nilo occidentale (West Nile) e dengue all'interno dell'UE/SEE.

A rilevarlo sono i dati del Centro europeo per la prevenzione e il controllo delle malattie (ECDC).

Nel 2023, sono stati segnalati 130 casi di dengue acquisiti localmente nell'UE/SEE, contro i 71 casi segnalati nel 2022. Si tratta di un aumento significativo rispetto al periodo di dieci anni 2010-2021, in cui il numero totale di casi acquisiti localmente era 73 per l'intero periodo

Sono in aumento anche i casi importati con 1.572 casi segnalati nel 2022 e oltre 4.900 casi nel 2023.

Si tratta del numero più alto di casi di dengue importati segnalati dall'inizio della sorveglianza a livello dell'UE nel 2008.

Nei primi mesi del 2024, diversi paesi hanno segnalato aumenti sostanziali nel numero di casi di dengue importati, il che potrebbe suggerire che i numeri nel 2024 potrebbero diventare ancora più alti.

Per il virus del West Nile, nel 2023, i paesi dell'UE/SEE hanno segnalato 713 casi umani acquisiti localmente in 123 diverse regioni di nove paesi dell'UE.

Ventidue di queste regioni sono state segnalate come luoghi di infezione per la prima volta nel 2023; segnalati anche 67 decessi. Il conteggio dei casi segnalati è inferiore a quello del 2022, con 1.133 casi umani, ma il numero di regioni colpite è il più alto dal picco del 2018, indicando un'ampia circolazione geografica del virus.

"L'Europa sta già assistendo a come il cambiamento climatico stia creando condizioni più favorevoli affinché le zanzare invasive si diffondano in aree precedentemente non colpite e infettino più persone con malattie come la dengue. L'aumento dei viaggi internazionali dai paesi endemici di dengue aumenterà anche il rischio di casi importati e, inevitabilmente, anche il rischio di epidemie locali", avverte **Andrea Ammon**, direttore dell'ECDC. Le misure di protezione personale combinate con misure di controllo dei vettori, l'individuazione precoce dei casi, la sorveglianza tempestiva, ulteriori attività di ricerca e di sensibilizzazione sono fondamentali nelle aree d'Europa più a rischio".

L'Aedes albopictus, nota per trasmettere i virus dengue, chikungunya e Zika, si sta diffondendo ulteriormente a nord, est e ovest dell'Europa e ora conta popolazioni autosufficienti in 13 paesi dell'UE/SEE. L'Aedes aegypti, vettore dei virus della febbre gialla, della dengue, della chikungunya e del virus Zika, si è recentemente affermato a Cipro.

Il suo potenziale di insediamento in altre parti d'Europa è preoccupante a causa della sua significativa capacità di trasmettere agenti patogeni e della sua preferenza nel mordere gli esseri umani. La zanzara Culex pipiens, responsabile della diffusione del virus del Nilo occidentale, è originaria dell'Europa ed è presente in tutta l'UE/SEE.

È ampiamente previsto - sottolinea l'ECDC - che il cambiamento climatico avrà un impatto significativo sulla diffusione delle malattie trasmesse dalle zanzare in Europa, ad esempio attraverso la creazione di condizioni ambientali favorevoli all'insediamento e alla crescita delle popolazioni di zanzare.

Quest'anno a Siviglia, in Spagna, è stato segnalato un caso umano confermato di infezione da virus del Nilo occidentale, acquisito localmente, con insorgenza dei sintomi all'inizio di marzo. Sebbene si tratti di un caso isolato, si evidenzia che la trasmissione del virus del West Nile può verificarsi molto presto nel corso dell'anno, probabilmente a causa delle condizioni climatiche adatte.

L'istituzione di misure coordinate di controllo dei vettori è un elemento chiave per la lotta contro le malattie trasmesse dalle zanzare e saranno necessarie ulteriori ricerche per sviluppare strumenti efficienti ma ecologici per gestire le popolazioni di zanzare.

Parallelamente, si dovrebbero informare le popolazioni sulle misure semplici come la rimozione dell'acqua stagnante nei giardini o nei balconi dove si riproducono le zanzare, l'uso di indumenti che coprono la maggior parte del corpo, l'uso di repellenti per zanzare, l'uso di zanzariere o zanzariere per finestre/porte e il dormire o riposare in stanze climatizzate.

L'ECDC fa anche sapere che, a partire dal 2024, Aedes albopictus è presente in Austria, Bulgaria, Croazia, Francia, Germania, Grecia, Ungheria, Italia, Malta, Portogallo, Romania, Slovenia e Spagna, e si è introdotta in Belgio, Cipro, Repubblica Ceca, Paesi Bassi e Slovacchia. Sempre dal 2024, Aedes aegypti si è stabilita a Cipro e in diverse regioni ultraperiferiche dell'UE, come Madeira (Portogallo) e le isole dei Caraibi francesi.

Dal 2010, anno in cui è stata registrata la prima recente epidemia di dengue, si sono verificate 48 epidemie di dengue trasmesse da vettori. Tra il 2010 e il 2017 si sono verificati fino a 3 focolai all'anno, 5 focolai nel 2018, 7 nel 2020, 10 focolai nel 2022, e il picco è stato osservato lo scorso anno nel 2023, con 8 focolai in Francia, 4 in Italia e 2 in Spagna.

https://www.quotidianosanita.it/studi-e-analisi/articolo.php?articolo_id=122762

L'ospedale che cambia

quotidianosanita.it

Il tetto di spesa del personale e il rischio che non verrà rimosso nel 2025

Claudio Maria Maffei

06 GIU -

Gentile direttore,

il [Decreto per la riduzione delle liste di attesa](#) appena approvato avrebbe previsto l'abolizione del tetto di spesa del personale nel 2025. Molti hanno salutato con entusiasmo questa misura quasi fosse una sorta di "tana libera tutti". In realtà non è così. Per rendersene conto basta leggere per intero l'Articolo 5 in cui sarebbe prevista tale misura, lettura che risparmio al lettore per quanto è ostica e incomprensibile. Ne estraggo i punti essenziali, come li ho capiti io in attesa di una interpretazione autentica che magari qualcuno farà (così mi auguro):

- il Ministero della Salute con rito allungato (di concerto con il Ministro dell'economia e delle finanze, previa intesa in sede di Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province

autonome di Trento e Bolzano) adotta con uno o più decreti una metodologia per la definizione del fabbisogno di personale degli enti del SSN;

- i decreti debbono agire nell'ambito del livello del finanziamento del fabbisogno sanitario nazionale standard cui concorre lo Stato e fermo restando il rispetto dell'equilibrio economico e finanziario del Servizio sanitario regionale;
- le Regioni predispongono i piani dei fabbisogni triennali per il servizio sanitario regionale che vanno approvati con lo stesso rito allungato ai fini del riscontro di congruità finanziaria.

Quindi perché il tetto di spesa del personale della sanità di una Regione venga superato nel 2025 occorrono almeno tre precondizioni: che nel frattempo siano stati approvati i Decreti per il calcolo del fabbisogno di personale (in modo che il superamento del tetto sia coerente con una sana e sobria programmazione e organizzazione dei servizi), che la Regione in questione abbia una organizzazione dei servizi coerente con quella prevista nei Decreti e, infine, che la Regione in questione si possa permettere sul piano finanziario il fabbisogno opportunamente calcolato. Date queste tre precondizioni i limiti alla spesa del personale agiranno verosimilmente in modo pesante anche nel 2025. Approfondiamole un attimo.

Partiamo dalla metodologia per il calcolo del fabbisogno di personale, metodologia che è complicata da definire, soprattutto se si vuole garantire un equilibrio tra servizi ospedalieri e territoriali, una innovazione nei modelli organizzativi e una valorizzazione dei ruoli professionali. Vale la pena di ricordare che in tema di calcolo del fabbisogno già nel 2017 l'Agenas elaborò un [Metodo per la determinazione del fabbisogno di personale ospedaliero](#), alla cui stesura aveva provveduto un gruppo di lavoro ristretto (composto da rappresentanti delle regioni Veneto, Emilia Romagna, Piemonte, Lazio e Puglia). Il metodo, applicabile a tutte le Regioni, venne approvato dalla Commissione Salute della Conferenza delle Regioni e delle Province autonome, in data 20.12.2017. Nel gennaio 2023 è stato poi approvato con rito allungato un [Decreto](#) con il nuovo metodo di calcolo dei fabbisogni di personale, non solo ospedaliero, messo a punto dall'Agenas allo scopo di consentire in via sperimentale alle Regioni di superare il tetto di spesa del personale del Servizio Sanitario Nazionale per un importo pari al 5% dell'incremento del Fondo Sanitario. In teoria, i Decreti necessari al "tana libera tutti" hanno quindi già buona parte del lavoro fatto grazie al Decreto approvato nel gennaio dell'anno scorso. Ma così non è visto che quel Decreto ha grossi limiti, [come scrissi qualche tempo fa qui su Qs](#). I tempi per l'approvazione dei nuovi Decreti saranno verosimilmente molto lunghi, visto che per approvarli bisognerà avere prima rivisto il DM 70 e il DM 77, percorso avviato un anno fa e ancora tutto sotto traccia

Seconda questione: l'allineamento della organizzazione dei servizi delle Regioni a quanto previsto nei Decreti. Già qui salta la possibilità del superamento del tetto da parte di molte Regioni, visto che i nuovi Decreti non potranno (per logica) che confermare quanto previsto nel Decreto del gennaio 2023 e cioè che i provvedimenti regionali attuativi della metodologia approvata andavano applicati (e valutati) alle sole reti ospedaliere allineate agli standard del DM 70. Siccome questo allineamento tra le reti ospedaliere regionali e il DM 70 nella stragrande maggioranza delle Regioni non c'è, per queste sarà impossibile giovare del "tana libera tutti". E, aggiungo, è un bene che sia così. A meno che il "tana libera tutti" non venga esteso anche al non rispetto del DM 70, come già hanno capito alcune Regioni come le Marche che confidano (purtroppo con successo) nella complicità del livello nazionale.

Terza questione: la congruità finanziaria. Con l'attuale finanziamento del Ssn quali Regioni e per quale importo si potranno permettere una maggiore spesa del personale?

Quindi il Ministro e il Governo anziché inneggiare al mitico superamento del tetto di spesa del personale, lavorino con lena ai Decreti che lo dovrebbero governare e a incrementare il finanziamento del Ssn. Quanto al resto del "Decreto Liste di attesa", si tratta davvero di poca cosa e non solo perché privo di risorse, ma perché privo in modo imbarazzante di cultura e quindi di capacità di innovazione nelle analisi e nelle proposte.

https://www.quotidianosanita.it/lettere-al-direttore/articolo.php?articolo_id=122665

Sostenibilità ambientale e gestionale degli ospedali:

less is more

Claudio Maffei

Quello della sostenibilità ambientale della sanità è un tema da anni al centro della attenzione degli addetti ai lavori e dei decisori. In Italia molto più dei primi che dei secondi. Già un paio di anni fa comparve qui su Scienza in rete un [intervento](#) di Francesco Baroni-Adesi sulla decarbonizzazione del sistema sanitario, definita «impresa possibile».

Dentro il generale tema della sostenibilità ambientale della sanità, particolarmente rilevante è quello della sostenibilità degli ospedali, che sono notoriamente energivori. Nel [Rapporto Annuale sull'Efficienza Energetica](#) dell'ENEA del 2019, il consumo specifico di energia in ospedale è stato stimato superiore di circa tre volte rispetto a quello per uso abitativo. Sempre nello stesso rapporto, nel sottolineare come i consumi varino negli ospedali in funzione dei servizi offerti, si fa presente che un fattore comune è che, in tutte le strutture, l'energia viene utilizzata sotto forma di energia elettrica, termica e frigorifera per soddisfare la necessità di climatizzare gli ambienti e assicurare il ricambio dell'aria in aree speciali come le sale operatorie o i reparti di terapia intensiva. Un importante contributo ai consumi lo forniscono anche le apparecchiature diagnostiche in cui la richiesta di energia è legata sia alla loro alimentazione che alla dissipazione termica loro collegata (particolarmente rilevante in quelle dedicate alla diagnostica per immagini).

Ma gli ospedali sono anche e soprattutto grandi consumatori di risorse umane ed economiche in generale, proprio per gli stessi motivi: continuità della attività nelle 24 ore, presenza di aree ad alta intensità assistenziale e presenza di tecnologie avanzate.

L'ospedale che non c'è è quello a miglior sostenibilità

Date queste premesse, è rilevante ragionare su come integrare l'analisi della sostenibilità ambientale degli ospedali con quella della loro sostenibilità gestionale.

Dentro questo termine facciamo rientrare sia la sostenibilità economica legata ai costi rispetto al finanziamento complessivo della sanità pubblica, sia quella organizzativa legata al personale. In tempi di crisi del Servizio sanitario nazionale (determinata tra l'altro dal suo sottofinanziamento e dalla carenza di personale nelle strutture pubbliche, fenomeni che sono ben evidenziati nell'[appello](#) pubblicato qualche tempo fa su Scienza in rete) le due dimensioni della sostenibilità ambientale e della sostenibilità gestionale vanno presidiate contemporaneamente e tutte le azioni che migliorano l'una e l'altra dovrebbero essere perseguite in via prioritaria.

Una di queste azioni è tanto concettualmente banale quanto trascurata nei fatti ed è la riduzione nel numero degli ospedali e la concentrazione delle loro attività maggiormente energivore in tutti i sensi.

Questa azione non solo potrebbe garantire delle economie di scala in termini gestionali, ma anche concentrare gli interventi di miglioramento di sostenibilità ambientale in un numero ridotto di strutture.

Facciamo degli esempi: la riduzione delle strutture ospedaliere in generale e di quelle che ospitano dipartimenti di emergenza di primo o secondo livello in particolare, e quindi con una organizzazione complessa ed energivora con copertura nelle 24 ore delle aree di degenza e dei servizi, porterebbe certamente a significative economie in termini di personale e verosimilmente a un minor consumo di energia e a un minor impatto ambientale. Negli stessi ospedali, non a caso, c'è un sottoutilizzo delle sale operatorie e delle piattaforme tecnologiche, oltre che ridotti volumi di attività rispetto agli standard di volume "auspicabili".

A buona programmazione, minor impatto

In tema di sostenibilità ambientale degli ospedali, i possibili articoli, documenti e siti di riferimento sono moltissimi, ma quasi mai si cita la programmazione delle strutture ospedaliere come possibile misura per la migliore gestione della loro sostenibilità ambientale.

Questo vale per esempio per il peraltro ottimo [The Global Green and Healthy Hospitals Network](#), un network che ha 1.900 membri in oltre 80 paesi. In Italia, a oggi (dato aggiornato al 2 maggio 2024), hanno aderito otto

strutture: l'ASST Melegnano e Martesana, l'Istituto Auxologico Italiano, l'ASST Bergamo Est, l'Ospedale di Alessandria, il Policlinico Sant'Orsola di Bologna, l'Azienda USL della Romagna, l'Azienda Ospedaliero-Universitaria Meyer di Firenze e l'Azienda Ospedaliero Universitaria di Sassari.

Filosofia, organizzazione e metodo di lavoro del network sono ben descritti [qui](#), dove troviamo anche una descrizione dell'[Agenda](#) del network che prevede dieci aree di obiettivi, ognuna delle quali comprende decine di azioni da intraprendere per garantire una maggiore sostenibilità e una maggiore salute ambientale in modo da migliorare la salute dei pazienti, della comunità e del pianeta.

Ma del ruolo di una diversa programmazione delle strutture ospedaliere non si fa cenno, mentre vengono per esempio presi in considerazione la leadership (per dare priorità alla salute ambientale), i rifiuti (in modo da ridurre, trattare ed eliminare in modo sicuro i rifiuti sanitari), l'energia (in modo da arrivare a un uso efficiente di energia pulita e da favorire l'uso di energia rinnovabile) e ovviamente gli edifici (in modo da favorire la progettazione di ospedali green e "salutari").

C'è spazio per razionalizzare?

A questo punto diventa logico chiedersi se nel Servizio sanitario nazionale del nostro Paese ci siano spazi importanti di razionalizzazione delle reti ospedaliere, in funzione di una loro maggiore sostenibilità sia gestionale che ambientale.

Non solo ci sono, ma sono molto consistenti. Il racconto favolistico del taglio di ospedali e posti letto, di cui [ho già scritto](#) su Scienza in rete, tiene in una sorta di incomprensibile (per me) cono d'ombra la dispersione irrazionale e inefficiente di troppe strutture ospedaliere nella stragrande maggioranza delle regioni italiane. Non solo è ancora elevato il numero di piccoli ospedali pubblici che, in un capitolo del [Rapporto OASI 2020](#) dell'Università Bocconi, sono censiti nel 2017 pari a 210 su un totale di 630 ospedali per acuti con una funzione di Pronto Soccorso, ma sono ancora numerose le strutture ospedaliere pubbliche sede di un Dipartimento di emergenza e accettazione (DEA) molto vicine tra loro con una moltiplicazione spesso ingiustificata di funzioni coperte nelle 24 ore ad alto assorbimento di risorse di tutti i tipi.

Ciò che è grave è che la spinta a una razionalizzazione di queste reti ospedaliere regionali già debole si è ulteriormente affievolita quando a governarle sono arrivate le sanità populiste, come avvenuto nelle Marche (per saperne un po' di più leggere [qui](#)).

A titolo di esempio, in questa regione la nuova giunta ha rivisto i progetti di integrazione strutturale in corso tra coppie di ospedali con DEA di primo livello vicinissimi tra loro e ha previsto la riapertura "mascherata" di piccoli ospedali già riconvertiti.

Ancor più grave è il fatto che queste reti sono interessate da programmi di edilizia ospedaliera all'insegna della bassa sostenibilità sia gestionale che ambientale, programmi che proiettano i loro effetti negativi sul lungo periodo (su questo leggere [qui](#)). Infatti, se una regione costruisce o adegua più ospedali di quelli sostenibili, dati i tempi dell'edilizia sanitaria (in Italia serve un decennio per costruire un nuovo ospedale pubblico), quella rete ospedaliera non si correggerà se non troppo tardi.

In realtà lo strumento per governare la programmazione più razionale delle reti ospedaliere ci sarebbe (il Decreto Ministeriale 70 del 2015), ma nessuno ne verifica la applicazione sistematica e gli effetti del mancato controllo si vedono oggi e si vedranno ancor di più domani.

Quanto alla domanda inevitabile «Ma così non si favorisce il privato?», la risposta è che il privato viene favorito dalla ridondanza delle strutture ospedaliere pubbliche, che le condanna all'inefficienza e al sottoutilizzo delle potenzialità operative, e non dalla loro integrazione e caratterizzazione. Fenomeno alla base anche della fuga nel privato di molti professionisti, specie di area chirurgica. Insomma, messaggi da portare a casa: sostenibilità ambientale e sostenibilità gestionale degli ospedali vanno affrontate contemporaneamente, la sanità per essere sostenibile deve essere sobria e, quanto agli ospedali, *less is more*.

<https://www.scienzainrete.it/articolo/sostenibilit%C3%A0-ambientale-e-gestionale-degli-ospedali-less-more/claudio-maffei/2024-06-07>

“Sfruttati, sottopagati e con una formazione carente”. Il sondaggio di Anaa

31 MAG - Il nuovo sondaggio di Anaa Assomed sugli specializzandi in Italia condotto nel mese di aprile 2024 su un campione statisticamente significativo di specializzandi italiani sia medici che dirigenti sanitari (biologi, chimici, fisici, psicologi, farmacisti) ha messo in luce una realtà sconcertante: la loro condizione lavorativa e formativa è ben lontana da standard accettabili. Vediamo nel dettaglio i motivi principali emersi dal sondaggio degli specializzandi medici.

Sfruttamento lavorativo. Il 50% degli specializzandi denuncia di subire orari di lavoro non rispettati, con frequenti superamenti delle 38 ore settimanali previste dal contratto. I turni notturni sono la norma per il 60% degli intervistati, spesso senza adeguati periodi di riposo. Nonostante il lavoro extra, solo il 26% degli specializzandi dichiara di lavorare 38 ore settimanali, mentre per circa il 30% la settimana lavorativa supera le 50 ore.

Formazione carente. Soltanto il 10% degli specializzandi afferma di svolgere tutte le attività previste dal programma formativo. La qualità della formazione è spesso inadeguata, con il 20% degli intervistati che dichiara di non seguire un programma formativo definito.

Stipendi bassi e tasse universitarie alle stelle. Gli specializzandi pagano tasse universitarie annuali tra i 1.500 e i 2.500 euro, cifre che superano addirittura i 3.000 euro in un caso su 10. Nonostante i contributi onerosi, non ricevono un vero stipendio, ma solo una borsa di studio che, nella migliore delle ipotesi, equivale a circa uno stipendio e mezzo. A tutto questo si aggiunge la mancanza di un contratto di formazione.

Diritti negati. Il 50% degli specializzandi denuncia di non vedersi riconosciuti i sei giorni di assenza giustificata previsti dalla legge. Anche le ferie sono spesso un miraggio: gli specializzandi si vedono costretti a organizzare le ferie con i colleghi per non creare disagi al servizio.

Un sistema da riformare. L'80% degli specializzandi si sente un tappabuchi sfruttato dall'università, anziché un medico in formazione. Il 97% degli intervistati vede nel c.d decreto Calabria un'opportunità per migliorare la propria situazione, grazie alla possibilità di partecipare a concorsi aperti. Il 90% degli specializzandi ritiene che la formazione pratica debba svolgersi in ospedale, dove possono acquisire le competenze necessarie sul campo. Infatti ben il 99% degli specializzandi auspica una riforma del sistema formativo che ponga fine al monopolio dell'università e apra le porte al learning by doing, come negli altri paesi europei, direttamente negli Ospedali.

“Il sondaggio – commenta **Pierino Di Silverio**, Segretario Nazionale Anaa Assomed - evidenzia la necessità di un intervento urgente per migliorare le condizioni degli specializzandi in Italia. Serve un nuovo modello, come quello proposto da Anaa, più moderno, equo e rispettoso dei loro diritti, che valorizzi il loro ruolo fondamentale nel sistema sanitario nazionale. Solo così si potrà garantire un future migliore alla nostra sanità”.

“È emerso chiaramente – sottolinea Di Silverio – che lo specializzando, rifiuta il monopolio dell'Università sulla formazione, approva e quindi promuove il learning Hospital, ma soprattutto, lamenta come la formazione universitaria non riconosca il professionista come medico bensì lo relega al ruolo di eterno studente. La responsabilità che abbiamo come sindacato è quindi di allontanarci da una visione baronale e adeguarci finalmente al resto del mondo”.

Il sondaggio su un campione statisticamente significativo di specializzandi dirigenti sanitari ha evidenziato:

Inaccettabilità attuale trattamento. Il 98% degli intervistati ha denunciato l'attuale trattamento degli specializzandi non medici che, a parità di ordinamenti didattici e di modalità formative, non prevede alcun trattamento economico. Essi auspicano una urgente modifica che riconosca anche agli specializzandi dirigenti sanitari il trattamento adeguato.

Sfruttamento lavorativo. Sulla base di quanto sopra gli specializzandi evidenziano la sostanziale situazione di sfruttamento lavorativo. Il 68% degli intervistati ha evidenziato di svolgere comunque delle attività lavorative per sostenersi nel percorso formativo con enormi disagi.

Decreto Calabria. Il 15% degli intervistati ha dichiarato di aver partecipato ai concorsi ex Decreto Calabria

Qualità formativa. Variegato il giudizio sulla qualità formativa laddove il 57% degli intervistati ha auspicato una maggiore rotazione tra le strutture/ambulatori, il 60% ritiene che vada finalmente estesa la rete formativa ad AAOO ed ASL territoriali. Il 37% richiede di implementare l'attività di ricerca scientifica ed il 44% di favorire ulteriore partecipazione ad attività di aggiornamento.

Concorso di accesso. Oltre il 90% degli intervistati auspica modalità di accesso alle scuole omogenee a quelle dei medici.

“Il sondaggio condotto anche per gli specializzandi dirigenti sanitari – ha quindi osservato **Alberto Spanò**, Responsabile Nazionale della Dirigenza Sanitaria Anao Assomed – ha consentito di prendere atto della storica grave situazione che caratterizza le specializzazioni delle categorie della dirigenza sanitaria non medica, per le quali sono previsti gli stessi percorsi di formazione specialistica dei medici, con il medesimo ordinamento didattico e connessi obblighi di frequenza nelle strutture formative, in assenza di qualunque forma di riconoscimento economico. Il sondaggio ha consentito di capire che anche i non medici auspicano una riforma della formazione specialistica incentrata sulla contrattualizzazione del rapporto e sul coinvolgimento delle università ma anche delle strutture ospedaliere e territoriali del Ssn”.

https://www.quotidianosanita.it/studi-e-analisi/articolo.php?approfondimento_id=19305

Medicina territoriale

quotidianosanita.it

Case della comunità. Dovrà essere garantita la presenza medica e infermieristica h24, 7 giorni su 7. Ecco le linee di indirizzo di Agenas

Si prevede una CdC hub ogni 40.000-50.000 abitanti. L'orario di attività articolato nell'arco delle 24 ore giornaliere permette alla CdC hub di svolgere funzioni di primo livello disponendo di competenze cliniche e strumentali adeguate a fornire risposte a situazioni di minore criticità e bassa complessità. Si avrà un'azione d'équipe tra Medici del ruolo unico di assistenza primaria, PLS, Specialisti Ambulatoriali Interni (SAI) e dipendenti, Infermieri di Famiglia o Comunità (IFoC), Assistenti Sociali e altri professionisti della salute.

12 GIU -

Le Case della Comunità (CdC) Hub sono il luogo fisico, di prossimità e di facile individuazione al quale i cittadini possono accedere per bisogni di salute che richiedono assistenza sanitaria e socioassistenziale a valenza sanitaria, e che presenta i necessari collegamenti con i servizi sociali per gli interventi socioassistenziali.

Le attività garantite dalla CdC hub riguardano assistenza al pubblico e supporto amministrativo-organizzativo ai pazienti (PUA), assistenza primaria erogata attraverso équipe multiprofessionali e continuità assistenziale, assistenza infermieristica, assistenza specialistica ambulatoriale di primo e secondo livello, assistenza domiciliare, assistenza sanitaria e socioassistenziale, punto prelievi, diagnostica

di base, prenotazioni con collegamento al Centro Unico di Prenotazione (CUP) aziendale, partecipazione della Comunità e valorizzazione della co-produzione.

Per l'attuazione del modello organizzativo delle Case della Comunità (CdC) Hub previste dal Pnrr e tracciate nel DM 77/2022, Agenas ha pubblicato le Linee di indirizzo con le quali mira a definire un nuovo modello organizzativo per la rete di assistenza sanitaria territoriale, stabilendo standard uniformi su tutto il territorio nazionale.

Il documento è stato redatto da un Gruppo di Lavoro multidisciplinare e multiprofessionale istituito e coordinato dall'Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali - Uosd Sanità Digitale e Telemedicina - e sottoscritto da AGENAS, FNOMCEO, FNOPI, FNOFI, FIMMG, SNAMI, SMI, SUMAI ASSOPROF, CNOAS, Comunità di Sant'Egidio.

La CdC hub promuove infatti un **modello di intervento integrato e multidisciplinare**, in qualità di sede privilegiata per la progettazione e l'erogazione di interventi sanitari e sociosanitari. L'attività dovrà essere organizzata in modo tale da permettere un'azione d'équipe tra Medici del ruolo unico di assistenza primaria, PLS, Specialisti Ambulatoriali Interni (SAI) e dipendenti – anche nelle loro forme organizzative – Infermieri di Famiglia o Comunità (IFoC), Assistenti Sociali e altri professionisti della salute disponibili a legislazione vigente nell'ambito delle aziende sanitarie, quali ad esempio Psicologi ambulatoriali interni e dipendenti, Biologi ambulatoriali interni e dipendenti, Ostetrica/o e Professionisti dell'area della Prevenzione, della Riabilitazione e Tecnica.

Secondo gli standard del DM 77/2022, si prevede una CdC hub ogni 40.000-50.000 abitanti e CdC spoke e studi professionali dei Medici del ruolo unico di assistenza primaria e PLS tenendo conto delle caratteristiche orografiche e demografiche del territorio al fine di favorire la capillarità dei servizi e maggiore equità di accesso, in particolare nelle aree interne e rurali, nel pieno rispetto del principio di prossimità. Le CdC hub diventano le sedi di riferimento in cui effettuare tutte le attività volte a garantire un accesso ed una risposta coordinata ai bisogni della Comunità e la necessaria continuità assistenziale all'interno dei diversi programmi e percorsi di prevenzione e cura.

Nel documento si spiega poi come, al fine di facilitare il primo accesso dei cittadini nella CdC hub, con particolare attenzione alle persone con oltre 75 anni, e favorire l'avvio tempestivo della rilevazione e della valutazione dei bisogni sanitari e sociosanitari, si prevede, al primo accesso nella CdC hub, un primo contatto informativo, di conoscenza e di orientamento rispetto ai servizi presenti ai quali è possibile rivolgersi, svolto dall'IFoC o altro personale appositamente formato. Tale rilevazione è condivisa con il Medico del ruolo unico di assistenza primaria di riferimento, responsabile clinico del paziente per la sua presa in carico integrata e l'elaborazione del Progetto di Assistenza Individuale (PAI).

Nella CdC hub è garantita la:

- **presenza medica h 24, 7 giorni su 7**, anche attraverso il servizio di continuità assistenziale;
- **presenza infermieristica h 24, 7 giorni su 7**.

L'orario di attività articolato nell'arco delle 24 ore giornaliere permette alla CdC hub di svolgere funzioni di primo livello disponendo di competenze cliniche e strumentali adeguate a fornire risposte a situazioni di minore criticità e bassa complessità e a garantire una prima risposta sanitaria sul territorio.

Le attività garantite dalla CdC hub riguardano: assistenza al pubblico e supporto amministrativo-organizzativo ai pazienti (PUA), assistenza primaria erogata attraverso équipe multiprofessionali e continuità assistenziale, assistenza infermieristica, assistenza specialistica ambulatoriale di primo e secondo livello, assistenza domiciliare, assistenza sanitaria e sociosanitaria, punto prelievi, diagnostica di base, prenotazioni con collegamento al Centro Unico di Prenotazione (CUP) aziendale, partecipazione della Comunità e valorizzazione della co-produzione. Nella seguente tabella vengono sinteticamente descritte le attività che deve svolgere la CdC hub.

Per assicurare l'erogazione delle attività, la CdC hub deve avere la seguente presenza minima di personale:

- personale medico del ruolo unico di assistenza primaria h24;
- 7-11 IFoC;
- 1 assistente sociale del Ssn;
- 5-8 unità di personale di supporto (sociosanitario, amministrativo);
- un numero congruo di ore di specialisti ambulatoriali interni e dipendenti in base ai bisogni di salute del territorio.

Le CdC hub possono ospitare forme associative e/o studi medici della medicina generale.

L'assistenza sanitaria h24 è garantita da personale medico e infermieristico che dispone delle competenze professionali adeguate a fornire risposte a situazioni di minore criticità e bassa complessità e a garantire una prima risposta sanitaria sul territorio.

Inoltre, considerando il bacino di utenza massimo della CdC hub pari a 50.000 abitanti, ad ogni CdC hub afferiscono funzionalmente i Medici del ruolo unico di assistenza primaria nei modi definiti dall'Accordo Collettivo Nazionale (ACN). Tali medici, appartenenti alle rispettive AFT, devono essere collegati tra loro e con la CdC hub, anche attraverso la condivisione di strumenti e sistemi applicativi informatici, che permettono interscambio di informazioni allo scopo di diagnosi e cura.

Tutte le **CdC spoke** afferiscono funzionalmente alla CdC hub di riferimento e **devono garantire la presenza medica e infermieristica h12, 6 giorni su 7**, nel rispetto dei requisiti e degli standard minimi previsti dal DM 77/2022.

In merito all'assistenza infermieristica, la CdC hub al fine di assicurare i servizi dovrà essere dotata di 7-11 IFoC organizzati secondo il seguente modello:

- 1 Coordinatore infermieristico;
- 2-3 IFoC per le attività ambulatoriali legate alla cronicità;
- 3-5 IFoC per le attività di triage e di valutazione dei bisogni di salute
- 1-2 IFoC per l'assistenza domiciliare di base, le attività di prevenzione e la teleassistenza;
- un ulteriore numero di infermieri a seconda del volume di attività prevista per le altre attività all'interno della CdC hub.

Gli IFoC impegnati nelle attività ambulatoriali delle CdC hub operano nell'ambito dei servizi dedicati alla cronicità per le patologie ad elevata prevalenza, quindi monitorano il percorso assistenziale, contribuendo alla programmazione delle attività anche attraverso l'utilizzo di strumenti digitali e di telemedicina e teleassistenza. Inoltre, gli IFoC forniscono assistenza infermieristica in collaborazione con tutti i professionisti presenti e con tutti i servizi aziendali.

Gli IFoC impegnati nelle attività di triage e di valutazione dei bisogni di salute collaborano all'intercettazione e alla valutazione del bisogno di salute e a favorire l'accessibilità e l'orientamento ai servizi. Inoltre, svolgono tale attività nell'ambito del PUA e delle UVM, nonché promuovono l'integrazione con i servizi sociali, collaborando con gli assistenti sociali e gli altri professionisti presenti nel PUA e con tutta la rete di offerta compresa la funzione di raccordo con il Terzo Settore. Inoltre, l'IFoC svolge una funzione di orientamento della Comunità e interagisce con le risorse formali e informali e concorre a realizzare la rete del welfare di Comunità/generativo.

Gli IFoC impegnati nell'assistenza domiciliare di base, in collaborazione con i medici e i professionisti della salute, svolgono interventi/prestazioni assistenziali domiciliari coerentemente con il PAI, in presenza o da remoto, anche attraverso l'uso di strumenti di telemedicina, con il coinvolgimento, ove occorra, del personale di supporto. Inoltre, contribuiscono alla valutazione dei bisogni del singolo e della famiglia ed erogano l'assistenza infermieristica, facilitando, per le situazioni assistenziali a medio-alta complessità, l'attivazione della rete territoriale e dell'Assistenza Domiciliare Integrata (ADI). Per la gestione integrata di bisogni legati alla perdita di capacità e autonomia funzionale si raccordano con i fisioterapisti e i logopedisti, in coerenza con il PAI/PRI definito.

A titolo esemplificativo, di seguito è riportata una stima del bacino di utenza medio oggetto delle attività di assistenza domiciliare di base erogate dalla CdC hub. Tenendo conto che il bacino di utenza della CdC hub è 50.000 persone e che gli over 65 sono circa il 24% della popolazione generale, ogni CdC hub assicura assistenza a circa 12.000 persone over 65. Stimando che di questi almeno il 10% (1.200 assistiti) sarà assistito a domicilio e che il 60% degli assistiti a domicilio necessita di cure domiciliari di base, la CdC hub dovrà organizzare tali servizi su un bacino di utenza di circa 720 persone over 65.

L'assistente sociale è il professionista sociosanitario della CdC hub che agisce negli interventi di valutazione (o di rilevazione) degli aspetti sociali che influiscono sui bisogni di salute e nei percorsi integrati di presa in carico con attenzione alla persona, alla famiglia e al contesto di relazione e sociale nel quale è inserita e in rapporto all'ambiente. La figura dell'assistente sociale svolge la propria attività con la Comunità occupandosi della lettura delle risorse e delle problematiche presenti in un dato territorio nonché della promozione di risposte comunitarie e partecipate; agisce nell'organizzazione e attivazione di processi di integrazione sociosanitaria, interni ed esterni alla CdC hub. In particolare, assicura gli opportuni raccordi tra i servizi sanitari e sociosanitari ed i servizi sociali, sia a livello operativo nella costruzione di progetti personalizzati ai bisogni di salute, sia a livello organizzativo per la definizione di protocolli e percorsi che richiedono azioni congiunte tra sistema sanitario e sociosanitario e sistema sociale degli ATS/enti locali.

Quanto ai **requisiti che dovranno essere garantiti in termini di strumentazione**, dotazione obbligatoria per ogni CdC hub è il carrello di emergenza. Nel carrello di emergenza deve essere presente l'attrezzatura essenziale per il pronto soccorso e per la rianimazione cardiopolmonare di base (pallone autoespansibile, corredato di maschere facciali e cannule orofaringee, sfigmomanometro e fonendoscopio, laccio emostatico, siringhe e farmaci di pronto intervento, materiale per medicazione e kit per suture). Nel caso in cui vengano effettuate ricerche diagnostiche con manovre complesse, oltre alla dotazione di cui sopra, devono essere presenti: sistema di monitoraggio ECG e parametri vitali, defibrillatore semi-automatico e pulsossimetro.

In ogni CdC hub deve essere garantita la presenza della seguente strumentazione diagnostica, anche finalizzata alla gestione e al monitoraggio delle patologie a maggiore prevalenza:

- ecografo;
- elettrocardiografo;
- event recorder;
- holter pressorio PA;
- holter cardiaco;
- retinoscopio;
- dermatoscopio;
- PoCT;
- OCT;
- pulsossimetro;
- spirometro.

Relativamente alla **formazione**, si spiega che saranno necessari momenti formativi locali e nazionali rivolti a tutti gli attori coinvolti, anche attraverso l'erogazione di crediti ECM, con lo scopo di rendere il più omogeneo possibile, pur nel rispetto delle diversità geografiche ed organizzative delle varie realtà locali, il modello organizzativo a livello nazionale. La formazione dovrà tener conto anche dell'evoluzione del contesto epidemiologico e normativo di riferimento, anche in termini di innovazione tecnologica.

https://www.quotidianosanita.it/studi-e-analisi/articolo.php?articolo_id=122805



Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali

LINEE DI INDIRIZZO PER L'ATTUAZIONE DEL MODELLO ORGANIZZATIVO DELLE CASE DELLA COMUNITÀ HUB



Finanziato
dall'Unione europea
NextGenerationsEU



Ministero della Salute



Italiadomani
DIPARTIMENTO DELLA
SALUTE E PREVIDENZA



agenas AGENZIA NAZIONALE PER
I SERVIZI SANITARI REGIONALI

Indice

Sommario

1. Sezione introduttiva	4
1.1 Premessa	4
1.2 Obiettivi e metodologia del documento	6
2. Sezione generale	7
2.1 Modello organizzativo	7
2.2 Strumentazioni medicali e dispositivi medici	16
3. Sezione conclusiva	18
3.1 Monitoraggio dell'implementazione del modello organizzativo	18
4. Riferimenti normativi e bibliografici	19
Abbreviazioni	20

<https://www.quotidianosanita.it/allegati/allegato1718206814.pdf>

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 équipes 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>

Welfare/ Istat: al Sud la spesa dei Comuni per i servizi sociali cresce di più ma resta ampio il gap con il Nord. Anziani: spesa in calo in un decennio e Adi solo per lo 0,6% degli over 65

Barbara Gobbi.

La spesa dei Comuni per i servizi sociali e socio-educativi nel 2021 è stata di 10,3 miliardi di euro, di cui 1,2 miliardi rimborsati dal Servizio sanitario nazionale e 745 milioni dalla contribuzione a carico degli utenti. Sono i dati del [rapporto Istat](#) sul tema.

La spesa al netto delle compartecipazioni (8,4 miliardi) è aumentata del 6,7% rispetto al 2020. Maggiori gli incrementi di spesa al Sud (8,1% in valuta corrente; 6,1% in termini reali), soprattutto in Calabria (27,6%), in Puglia (18,5%) e in Basilicata (17,2%). Il divario rispetto alle altre aree del Paese resta però molto ampio. Al Nord-Est le risorse per il welfare territoriale (197 euro pro-capite) sono ben al di sopra della media nazionale (142 euro) e quasi tre volte superiori rispetto al Sud (72 euro).

Sono stati presi in carico dagli assistenti sociali oltre 2 milioni 185mila utenti, di cui la quota più ampia (31%) è composta da bambini e nuclei familiari con minori.

Nel dettaglio, i primi destinatari della spesa sociale dei Comuni sono le famiglie con figli (3,2 mld pari a +9,1%, al netto delle contribuzioni degli utenti al Ssn) e i minori (37,7%), a seguire le persone con disabilità (26,3%) e gli anziani (15%).

Nel 2021 la spesa dei Comuni per i disabili, che alcune Regioni intervengono a integrare, è stata di 2,2 miliardi (+12,1% sul 2020) e + 35% rispetto a 10 anni prima (ma al netto dell'inflazione i due dati scendono al 10% e al 24,2%) ed è l'incremento maggiore tra tutte le aree di utenza.

Parallelamente, tra 2011 e 2021 è "diminuita gradualmente la spesa per i servizi sociali destinati agli anziani", si legge nel Report, passata da 1,4 a 1,3 miliardi con -16,5% di variazione in termini reali e ha ridotto il suo peso sul totale delle risorse dei Comuni per i servizi socio-assistenziali (dal 19,8% al 15%).

Tra 2020 e 2021 si assiste a un lieve recupero del +1,2% che scende a -0,6% in termini reali).

A livello pro capite la spesa sociale per anziani diminuisce negli anni anche per l'aumento della platea: in dieci anni si è passati da 112 euro l'anno per un residente over 65 a 90 euro, con un decremento in termini reali di 32 euro.

Dell'assistenza socio-assistenziale, la forma più diffusa di Ad offerta dai Comuni, beneficiano quasi 130mila anziani e oltre 51mila disabili under 65, con variazioni territoriali molto ampie.

Ne beneficia a livello nazionale lo 0,9% di anziani (1,6% al Nord Est e 0,5% al Sud). L'Adi, che prevede il coordinamento con i servizi offerti dal Ssn, è fornita agli anziani dal 38,7% dei Comuni e ai disabili dal 33,4%. Va nel complesso allo 0,6% degli anziani residenti e all'1,5% dei disabili al di sotto dei 65 anni. Quanto alla forma di assistenza a domicilio tramite voucher, assegni di cura e buoni socio-sanitari, prevalentemente diffusi al Nord, sono erogati agli anziani dal 50% dei Comuni e ai disabili dal 59,2%, con percentuali di utilizzo delo 0,4% nel primo caso e del 2,8% nel secondo.

<https://www.sanita24.ilsole24ore.com/art/dal-governo/2024-06-19/welfare-istat-sud-maggiori-incrementi-spesa-comuni-i-servizi-sociali-ma-resta-ampio-gap-il-sud-114515.php?uuid=AFZ0pUyB&cmpid=nlqf>

quotidianosanita.it

Farmaci. Ema approva report attività e misure su carenze, fee, conflitto di interesse e trial clinici

Il consiglio dell'ente regolatorio europeo ha inoltre presentato una panoramica delle recenti tendenze e sfide nello sviluppo di medicinali per malattie rare e molto rare. Attualmente sono 257 i medicinali autorizzati per le malattie rare, di cui 159 hanno ancora lo status di farmaco orfano nell'UE.

14 GIU -

Il consiglio di amministrazione dell'Agenzia europea dei medicinali (Ema) ha approvato la relazione annuale di attività del direttore esecutivo per il 2023. La relazione descrive l'attuazione del programma di lavoro dell'Agenzia e i sistemi di gestione e controllo in atto. Il Consiglio ha evidenziato i risultati ottenuti

dall'Agenzia e dalla rete europea di regolamentazione dei medicinali nell'attuazione della strategia della rete europea delle agenzie medicinali e della strategia scientifica di regolamentazione fino al 2025. Ha inoltre accolto con favore la finalizzazione dell'attuazione del mandato esteso dell'Agenzia, compresa l'istituzione di un struttura di governance per la gestione delle carenze di dispositivi medici nell'UE.

Il Consiglio ha osservato che nel 2023 l'EMA ha continuato a sostenere l'attuazione del piano d'azione europeo **One Health** contro la resistenza antimicrobica con un'ampia gamma di attività e ha accolto con favore il continuo impegno dell'EMA nel coinvolgere esperti di pazienti e operatori sanitari nel lavoro dei suoi comitati scientifici. Il rapporto sarà pubblicato a breve sul sito dell'EMA, insieme alla valutazione del Board.

Numerosi documenti sono stati adottati dal Consiglio in preparazione all'entrata in vigore del **nuovo regolamento tariffario** (regolamento 2024/568) sulle tariffe pagabili all'Agenzia a partire da gennaio 2025. Tra questi figurano le modalità di lavoro che chiariranno i requisiti e la terminologia del regolamento, delineare le condizioni per la riduzione delle tasse per determinati tipi di domande e fornire ulteriori dettagli sulle modalità di pagamento. Il nuovo regolamento tariffario mira a garantire la sostenibilità della rete europea di regolamentazione dei medicinali, fornendo una solida base finanziaria per sostenere le operazioni e gli obiettivi delineati nella strategia della rete delle agenzie europee dei medicinali.

Il Consiglio è stato aggiornato sui recenti progressi nelle aree di **carezza**, che rimane una priorità per l'EMA e la rete. Il meccanismo volontario di solidarietà per gli Stati membri dell'UE, istituito alla fine del 2023, è già stato utilizzato con successo per affrontare la carezza di tre farmaci antitumorali fondamentali. Attraverso il meccanismo di solidarietà, gli Stati membri dell'UE che si trovano ad affrontare una grave carezza possono chiedere aiuto ad altri Stati membri. L'interazione è coordinata dal Medicine Shortages Steering Group dell'EMA, o MSSG. Il Consiglio è stato inoltre informato di un seminario multilaterale sulle carezze in corso di agonisti del recettore del peptide-1 (GLP-1) simile al glucagone, che si terrà il 1° luglio 2024. Il seminario sarà ospitato dal MSSG e riunirà parti interessate per discutere e identificare possibili soluzioni alla carezza.

Violeta Stoyanova, presidente del comitato per i medicinali orfani dell'EMA, o Comp, ha presentato una panoramica delle recenti tendenze e sfide nello sviluppo di **medicinali per malattie rare** e molto rare. Attualmente sono 257 i medicinali autorizzati per le malattie rare, di cui 159 hanno ancora lo status di farmaco orfano nell'UE. "Le malattie rare e ultra rare pongono ulteriori sfide per i pazienti, i medici, gli sviluppatori di farmaci e gli enti regolatori - ha affermato - Stiamo ricevendo richieste sempre più complesse che richiedono competenze che combinino conoscenze scientifiche e cliniche con la comprensione normativa e l'esperienza nella valutazione dei medicinali orfani". Stoyanova ha inoltre sottolineato il ruolo chiave svolto dai pazienti affetti da malattie rare nell'acquisizione dei dati sull'esperienza del paziente, che stanno diventando sempre più importanti per il processo decisionale normativo in tutto il mondo.

Ancora, i membri del consiglio hanno discusso i principi per la revisione delle politiche dell'Agenzia sulla **gestione del conflitto d'interesse** dei suoi membri del consiglio, dei membri del comitato scientifico e degli esperti esterni. La revisione è intesa a garantire la conformità delle politiche dell'Agenzia con le sentenze d'appello della Corte di giustizia nelle cause riunite C-6/21 e C-16/21 P e nella causa C-291/22 P. La revisione mira a colpire il giusto equilibrio tra la salvaguardia dell'imparzialità e dell'indipendenza e l'accesso alle migliori competenze scientifiche per supportare le valutazioni dell'EMA. L'Agenzia procederà con la stesura delle politiche riviste e le discussioni proseguiranno nella prossima riunione del Consiglio di ottobre.

Infine, il comitato è stato aggiornato sull'attuazione del regolamento sulle **sperimentazioni cliniche**, compreso il sistema informativo sulle sperimentazioni cliniche (Ctis). Le nuove norme sulla trasparenza entreranno in vigore il 18 giugno 2024 con il lancio di una nuova versione del portale pubblico Ctis. Uno dei cambiamenti principali nell'ambito delle norme aggiornate sulla trasparenza è l'eliminazione del meccanismo di differimento, che in precedenza consentiva agli sponsor delle sperimentazioni cliniche di ritardare la pubblicazione di determinati dati e documenti fino a sette anni dopo la fine della sperimentazione per tutelare la riservatezza commerciale.

L'eliminazione di questo meccanismo consentirà alle parti interessate, compresi pazienti e operatori sanitari, un accesso più rapido alle informazioni sugli studi clinici mentre le informazioni commercialmente riservate continueranno a essere protette attraverso la redazione dei documenti. Le sperimentazioni cliniche approvate ai sensi della Direttiva sulle sperimentazioni cliniche devono essere trasferite al Ctis

entro il 30 gennaio 2025. Gli sponsor delle sperimentazioni cliniche che sono state approvate ai sensi della Direttiva sulle sperimentazioni cliniche e che dovrebbero continuare dopo il 30 gennaio 2025 devono considerare nella pianificazione della transizione il tempo necessario per i Membri Stati membri per completare la procedura di valutazione, che può richiedere fino a tre mesi.

https://www.quotidianosanita.it/scienza-e-farmaci/articolo.php?articolo_id=122856



Diagnostica di laboratorio e farmacia dei servizi: quale modello possibile per coniugare appropriatezza clinico-diagnostica e sostenibilità

Ettore Capoluongo * e Marcello Ciaccio **

A partire dal primo test di gravidanza rapido introdotto negli anni '70, la pandemia ha sicuramente dato una forte spinta all'ampia diffusione dei test rapidi.

A oggi, sono disponibili numerosi dispositivi per il dosaggio di svariate molecole, dal glucosio, al colesterolo, agli ormoni tiroidei, ai marcatori cardiaci e, perfino, il sangue occulto nelle feci e la ricerca di agenti patogeni nelle feci, oltre che i tamponi faringei rapidi.

Tuttavia, bisogna sottolineare e non sottovalutare che all'apparente vantaggio del cittadino di poter monitorare e analizzare in modo semplice e rapido il proprio stato di salute, in realtà si associano numerosi potenziali gravi rischi.

Innanzitutto, si deve considerare l'importanza dell'appropriatezza nella scelta dell'esame da eseguire: la farmacia non può essere considerata come un punto di diagnosi.

Infatti, l'appropriatezza prescrittiva è fondamentale per garantire il migliore risultato rispetto a uno specifico quesito clinico che deve essere formulato dal sanitario dopo un'attenta visita e valutazione dell'individuo, mentre i risultati di esami richiesti senza un razionale riducono significativamente l'accuratezza diagnostica per effetto della ridotta prevalenza, come ben descritto in qualsiasi trattato di statistica medica.

L'appropriatezza rappresenta, quindi, uno strumento fondamentale per realizzare una medicina efficace ed efficiente: essa è proprio il primo principio di qualità dettato anche dalla norma Iso15189, che valuta un test come erogabile solo clinicamente utile/valido.

La norma Iso15189 ha un ulteriore livello di assunzione: quello della competenza, che è il criterio fondamentale attraverso il quale si riconosce la qualificazione ad erogare una procedura diagnostica di laboratorio. Questo è anche lo spirito del recente regolamento europeo, il Regolamento Ue n. 2017/746 sui dispositivi medico-diagnostici in vitro (In Vitro Diagnostic Medical Device Regulation, "Ivdr"), che prevede alti standard per tutti i presidi diagnostici ed una standardizzazione del livello di acquisizione di reattivi e software a fini diagnostici.

Riusciranno le farmacie ad assicurare tali standard, che vanno oltre il livello di qualificazione del personale, ma che partono dalla necessità di saper discriminare ciò che è clinicamente utile da quello che è commercialmente disponibile?

Tali valutazioni possono essere fatte solo in presenza di professionisti di laboratorio, che in linea con le raccomandazioni e linee guida scientifiche è tenuto a rimodulare l'offerta di test diagnostici in linea con le nuove evidenze scientifiche: è questa una parte del lavoro del professionista di laboratorio. Un altro aspetto fondamentale da sottolineare è la corretta interpretazione del dato di laboratorio e il conseguente corretto referto.

Il dato di laboratorio non dev'essere considerato un semplice numero, come quello che viene fuori dai semplici strumenti utilizzati nelle farmacie, ma va corredato da informazioni sui livelli di normalità che variano a seconda della popolazione, del sesso e dell'età dei soggetti e deve essere sempre valutato ed interpretato in relazione alle caratteristiche cliniche ed anamnestiche dell'individuo, oltre che nel rispetto delle modalità di prelievo che sono parte fondamentale del processo diagnostico di laboratorio.

È, quindi, fondamentale definire le modalità di refertazione dei test rapidi e assicurarsi che il dato verrà correttamente utilizzato ai fini clinici, ancor più in considerazione del fatto che molti di questi dati contribuiscono alla costruzione del fascicolo sanitario elettronico del paziente.

Questo aspetto, ancora una volta, rappresenta il ruolo dello specialista di laboratorio e richiede conoscenze e competenze proprie dei professionisti della Medicina clinica e della Medicina di laboratorio.

Si deve evitare che il cittadino, sulla base di una potenziale autodiagnosi, formulata anche con il supporto del “Dr. Google”, possa decidere quali esami eseguire e sulla base del risultato stabilire una autodiagnosi, anche perché un’autodiagnosi errata può comportare un trattamento inappropriato con gravi conseguenze per la salute e per lo stato psicologico stesso del soggetto.

Ogni esame, inoltre, deve essere effettuato con specifiche strumentazioni e con metodiche che assicurano la qualità del parametro analizzato: anche per il follow up di un biomarcatore bisogna sempre riferirsi allo stesso laboratorio per valutare in modo coerente il miglioramento dello stato di salute del paziente (riduzione dei livelli glicemici o dell'emoglobina glicosilata, piuttosto che un marcatore tumorale).

I limiti dei test rapidi.

Aspetto fondamentale, infatti, è la qualità del dato ottenuto con i test rapidi, ovvero mediante i sistemi Point of Care Testing (Poct), che hanno, per natura, delle prestazioni adeguate per un autocontrollo e per il monitoraggio di alcuni parametri (ad esempio la glicemia) ma determinano prestazioni inadeguate per la diagnosi di malattia.

A causa delle potenziali gravi conseguenze derivanti dall'uso di risultati non attendibili degli esami di laboratorio, è fondamentale la corretta gestione dei sistemi Poct sottoponendoli a costanti controlli di qualità e manutenzione.

A tal fine, le analisi in Poct dovrebbero essere sempre eseguite sotto la responsabilità dei professionisti di Medicina di laboratorio, come accade nella maggior parte degli ospedali, che dovrebbero stabilire le modalità d'uso, le procedure per la verifica di qualità e la formazione degli operatori, oltre che il monitoraggio continuo delle performances dei test e delle apparecchiature.

Il tema della sostenibilità per il Ssn e della formazione dei professionisti.

Le criticità rappresentate non solo sono potenzialmente dannose per il cittadino che ne usufruisce ma anche costituire una spesa inutile con aggravio per la sostenibilità del nostro sistema sanitario.

Il ricorso ai test in farmacia sarebbe una perdita culturale oltre che economica per il mondo medico-scientifico: porterebbe a un extracosto per ripetizioni, per rischio di overdiagnosi ed overtreatment generato da risultati potenzialmente non veritieri, se eseguiti senza il controllo da personale adeguatamente qualificato e non in grado di interpretare il valore di quel test, generando il rischio di fornire al paziente informazioni non valide.

Per arrivare a questa maturità professionale, si studia circa 10 anni tra laurea e specializzazione, si deve acquisire con la pratica in laboratorio tutta una serie di competenze per raggiungere quelli che, da contratto, rappresentano anche i livelli di inquadramento professionale che permettono a un dirigente sanitario ospedaliero di venire classificato a media, alta, altissima specializzazione, permettendogli poi di passare eventualmente a responsabile di UOS (unità operativa semplice) o UOSD (unità operativa semplice dipartimentale), fino a poter ambire, dopo almeno sette-dieci anni di professionalizzazione, alla posizione di Direttore di struttura complessa.

In questo percorso, l'abilitazione del dirigente sanitario neoassunto a operare in una struttura sanitaria pubblica o accreditata, passa attraverso un periodo di formazione che prevede la compilazione della scheda di maturazione delle skills che lo renda in grado di refertare dagli esami più semplici a quelli più complessi (sempre che ne sia dimostrata la capacità).

I sistemi di accreditamento e certificazione a cui non siamo obbligati ad adeguarci prevedono che venga stilato per ciascun dipendente un fascicolo della formazione che comprenda tutta la valutazione di acquisizione degli skills, oltre che l'ottenimento annuale obbligatorio dei crediti Ecm (requisito obbligatorio): senza gli Ecm, il professionista può andare incontro a sanzioni disciplinari fino alla sospensione dal servizio, se emerge che il Dirigente sanitario o il tecnico di laboratorio non hanno raggiunto gli obiettivi formativi previsti dalla legge.

E questo è solo una o dei tanti aspetti di cui ci si fa carico sotto il profilo della qualificazione delle competenze professionali dei professionisti di laboratorio.

A tutto questo si aggiunge anche l'obbligo di effettuare le nostre prestazioni in ambienti idonei, adeguati, salubri, ergonomici, nel rispetto delle norme di sicurezza: da quelle più semplici fino all'antincendio. Oltre a questi “must”, bisogna anche obbligatoriamente ottemperare (pena la perdita della certificazione, e dell'accREDITAMENTO istituzionale) ai programmi di controllo di qualità interno (CQI) o esterni (VEQ) che, vanno superati e documentati agli ispettori nei diversi audit.

Ogni esame di laboratorio refertato ha un mondo di procedure, azioni, interventi specialistici (commento al referto, ad esempio) che lo sottende: tutte queste fasi hanno una tracciabilità digitale che permette sempre di ricondurre agli operatori eroganti il test di essere chiamati in causa nel momento in cui qualche risultato venisse contestato.

Su queste basi si è costruita la piattaforma di messa a punto anche del fascicolo sanitario elettronico che è oggi alimentato prevalentemente dagli esami di laboratorio.

Per arrivare a questa implementazione, abbiamo dovuto certificare i percorsi di presa in carico dei flussi di analisi diagnostiche che restano sempre riconducibili ad uno o più professionisti qualificati di laboratorio.

L'esperienza emergenziale del Covid non può trasformarsi di fatto nel paradigma della disfatta della medicina di laboratorio che si vedrebbe trasformata in un mercato libero dell'autodiagnosi dove si fa finta,

in farmacia, di far eseguire al paziente tutto da solo, mentre una persona con un camice (che non si sa che qualifica abbia) fa finta di guardare un test che va avanti da solo.

Non si può svilire il valore del test di laboratorio in questo modo, ancor più se si pensa che la diagnostica di laboratorio partecipa al 70% del percorso di diagnosi e cura di ogni paziente e interviene in modo scientifico anche nelle strategie di prevenzione e nella medicina di precisione.

Chi paga e con quale modello possibile?

Il problema non è solo la delega al “fai-da-te”, ma è anche quello di verificare a carico di chi tutto questo accadrà. I

n un momento in cui: a) i nuovi Lea abbattano le tariffe della gran parte dei test diagnostici; b) si fa fatica nel pubblico, oltre che nel privato, a richiedere degli upgrade tecnologici, spesso elemosinando aumenti di budget per portare l'innovazione tecnologica a favore dei pazienti; c) si hanno problemi a reperire risorse di personale qualificato, che sarà sempre meno se il PNRR sarà porterà a termine l'attivazione di tutti gli ospedali di comunità o delle strutture assistenziali decentrate sul territorio; d) le scuole di specializzazione dell'area di laboratorio vedono sempre meno vocazione proprio per le poche risorse disponibili nella diagnostica, ci chiediamo tutti con quali risorse le farmacie dovranno o potranno erogare servizi.

Se a carico del Ssr/Ssn, dovranno obbligatoriamente adeguarsi agli standard previsti per i laboratori pubblici e privati, sia per la dotazione di spazi che per l'organico professionale: dovranno partecipare ai controlli regionali e nazionali/internazionali VEQ, certificare i percorsi e creare una infrastruttura informatica in grado di dialogare con il fascicolo sanitario elettronico.

Al paziente non dovrà essere più permesso di uscire dalla farmacia con uno scontrino di carta autoreferato e autodiagnosticato e ci dovrà essere, se eseguito su uno strumento per diagnostica decentrata (POCT), un sistema in rete di controllo delle performance strumentali e del test stesso. Se di questo si parla, solo i professionisti di medicina di laboratorio possono garantire questo percorso.

Questa assunzione in realtà è legittimata dall'imminente partenza con le farmacie dei servizi in Lombardia dove, da giugno, le farmacie mettono a disposizione le proprie apparecchiature per consentire ai cittadini di effettuare holter pressorio, holter cardiaco ed ECG grazie alla telemedicina. Ciò vuol dire che lo specialista di branca (il cardiologo) referterà gli esami diagnostici.

Pertanto, anche gli esami di laboratorio dovranno essere referati da uno specialista della branca di pertinenza.

Se il modello prevedesse questo, le società scientifiche di laboratorio e l'Accademia dei settori disciplinari di medicina di laboratorio, non avrebbero difficoltà a supportare l'implementazione di tale progetto, immaginando che la regia della diagnostica di prossimità fatta in farmacia venga di fatto organizzata, standardizzata ed armonizzata dagli specialisti di laboratorio, permettendo al paziente di riferirsi alla farmacia più vicina per effettuare test controllati e validati da personale qualificato.

Ovviamente, per far questo servirebbero ulteriori risorse: di questo, non vi è traccia in nessuno dei piani visionati al momento, mentre invece sono state tagliate significativamente prestazioni diagnostiche e le relative della gran parte di quelle approvate nei nuovi Lea.

Le Regioni in piano di rientrano rischiano di non poter erogare a carico del SSR le nuove prestazioni e di non poter prevedere la revisione delle tariffe di quelle più importanti.

Un'altra domanda che sorge spontanea è la seguente: ma il budget eventualmente dato alle farmacie eroderà quello già risicato e continuamente oggetto di tagli feroci delle strutture pubbliche/private convenzionate?

Le conseguenze di eventuali errori diagnostici.

È stato calcolato quanto impatterebbe l'overdiagnosi o l'errore diagnostico sulla richiesta di accesso a cure ed esami strumentali e di laboratorio nelle strutture pubbliche, per effetto di questo accesso libero alla autodiagnosi in farmacia, ancor più se eseguita privatamente?

Il paradosso è che il Ssn si vedrebbe ribaltare richieste di accertamenti a carico della comunità per errori diagnostici relativi ad esami effettuati in autoprescrizione e in solvenza.

Solo una forte sinergia tra laboratori hub/spoke pubblici/convenzionati e farmacie territoriali potrebbe, invece, garantire un percorso in linea con gli standard di riferimento, non ultima la imminente implementazione dell'IVDR a livello europeo, al fine di decentrare in farmacia la fase tecnico-analitica ma di tenerla sotto il controllo del personale di laboratorio, che si prenderà cura della corretta esecuzione oltre che dell'appropriatezza della gestione dei risultati e della comunicazione all'utente delle richieste. In tale scenario, le farmacie dovranno essere uno dei tanti spoke per i pazienti/utenti che non trovano nelle vicinanze dei loro luoghi di residenza un ambulatorio prelievi o un laboratorio.

Questo modello, oggi, già si realizza all'interno degli ospedali dove, tutti i POCT (strumenti di diagnostica estemporanea rapidi), sono sotto il controllo del laboratorio: questo è diventato un obbligo di legge e molte regioni hanno già creato le reti dei POCT, sempre controllati dai laboratori di ASP, ASL o Aziende Ospedaliere.

Se si parla di un modello simile a questo, siamo pronti a contribuire al percorso avviato: se si tratta di sostituire quanto di grande i padri italiani della medicina di laboratorio hanno fatto per rendere questa disciplina un fiore all'occhiello nel mondo, allora siamo pronti davvero a scendere tutti in campo per ribadire la forza della nostra posizione critica.

Alla luce di queste considerazioni, in accordo alle dichiarazioni del dottor Andrea Mandelli, Presidente della Federazione degli Ordini dei Farmacisti Italiani (Fofi), emerge la necessità di un confronto multidisciplinare tra i vari professionisti coinvolti, inclusi i farmacisti e i medici, per definire e regolamentare un servizio che potrebbe essere prezioso per il cittadino, evitando di trasformarlo in uno strumento potenzialmente pericoloso con effetti negativi.

* Ordinario di Biochimica clinica e Biologia molecolare clinica, Università Federico II di Napoli; Direttore Uoc Patologia clinica Ospedale San Giovanni Addolorata - Roma; Componente dell'Expert panel on medical devices and in vitro diagnostics ('Expamed') presso la Commissione Ue; Componente "Committee on Molecular Diagnostics (C-MD)"- Ifcc (International Federation of Clinical Chemistry and Laboratory Medicine)

** Ordinario Biochimica clinica e Medicina di laboratorio, Scuola di Medicina e Chirurgia, Università di Palermo; Presidente Società italiana di Biochimica clinica e biologia molecolare clinica – Medicina di laboratorio; Presidente del Collegio dei professori ordinari di Biochimica clinica; Direttore Dip.to e Uoc Medicina di laboratorio del Policlinico Universitario "P. Giaccone" di Palermo

<https://www.sanita24.ilsole24ore.com/art/lavoro-e-professione/2024-06-10/diagnostica-laboratorio-e-farmacia-servizi-qual-modello-possibile-coniugare-appropriatezza-clinico-diagnostica-e-sostenibilita-130205.php?uuid=AFwzKBrB&cmpid=nlqf>

quotidianosanita.it

Medici di famiglia, Enpam prepara le "Case di comunità spoke". Oliveti: "Rilancio della professione passa dall'aggregazione"

L'Ente ha affidato a un fondo immobiliare il compito di realizzare sul territorio nazionale degli studi idonei per il lavoro in team, dotati di un'interconnessione e di tecnologie. Le case "spoke" saranno affidate ai medici interessati in affitto o in leasing. "Ferma restando la natura individuale della relazione fiduciaria col paziente, l'aggregazione porta maggiore appagamento professionale e a un'assistenza migliore per i cittadini", dice il presidente.

31 MAG - "Ferma restando la natura individuale della relazione fiduciaria col paziente, l'aggregazione tra medici porta a un maggiore appagamento professionale per i camici bianchi e a un'assistenza qualitativamente elevata per i cittadini". A dirlo **Alberto Oliveti**, presidente dell'Enpam, l'ente di previdenza dei medici e degli odontoiatri, che ieri ha presentato gli sviluppi del progetto Case di comunità spoke alla Società italiana di medicina generale (Simg) nel corso di un incontro avvenuto ieri al Ministero della salute.

Concretamente, spiega l'Ente in una nota, l'Enpam ha affidato a un fondo immobiliare il compito di realizzare in tutto il territorio nazionale degli studi professionali idonei per il lavoro in team, dotati di un'interconnessione efficiente (per la telemedicina, il fascicolo sanitario elettronico e le applicazioni dell'intelligenza artificiale) e di tecnologie specifiche per l'assistenza primaria.

Le Case di comunità "spoke", autogestite dai medici di famiglia e dai pediatri convenzionati con il Ssn, mirano a posizionarsi come vero ed effettivo collegamento di prossimità tra la casa del cittadino, intesa come il primo luogo di cura, e le Case di Comunità finanziate con i fondi del Pnrr.

Il fondo immobiliare che realizzerà le case "spoke" le affiderà ai medici interessati in affitto o in leasing.

https://www.quotidianosanita.it/lavoro-e-professioni/articolo.php?articolo_id=122549

Medici di famiglia verso un futuro incerto

Pina Onotri, Segretario Generale Sindacato Medici Italiani (SMI)

04 GIU -

Gentile Direttore,

facendo seguito ad altri articoli comparsi sul suo giornale in merito al [recente accordo](#) firmato da Fimmg con Lega Coop, su cui hanno scritto sia il [professor Cavicchi](#) che la [dr.ssa Mancin](#), mi viene da fare qualche considerazione che prende spunto dalla definizione di "mission" di un sindacato di categoria.

Ricopro un ruolo apicale in un organismo che ricordo, prima a me stessa, i Padri Costituenti scelsero di inserire in Costituzione per tutelarne la libertà e legittimarlo a difendere gli interessi dei lavoratori rappresentati, e anche di quelli che decidono di non farsi rappresentare da nessuno, all'interno dei luoghi di lavoro. Quindi i sindacati sono previsti dal dettato costituzionale.

Ogni sindacato cerca, insieme alle tutele, di offrire servizi ai propri iscritti, ma quando un sindacato di tutela diventa esclusivamente un sindacato di servizi è chiaro che si è deragliato verso tentazioni imprenditoriali che, in maniera fin troppo pervasiva, stanno condizionando la stipula dei nostri contratti di categoria nel susseguirsi dei diversi Accordi Collettivi Nazionali degli ultimi dieci anni. Tutto questo ci sta portando verso una libera professione sempre più difficile da gestire per il singolo medico, sulle cui spalle, oggi, sono caricati tutti i rischi di impresa, con ben pochi utili e vantaggi, ma molti grattacapi sia di tipo amministrativo che organizzativo.

Qual è la soluzione offerta da Fimmg ai medici del terzo millennio? Trasformarsi in imprenditori o, alla lunga, per chi non sente il business come vocazione da perseguire in parallelo all'esercizio della nobile arte di Ippocrate, di diventare dipendente di un imprenditore?

D'imprenditoria si occupa anche Enpam che si è offerta, "gentilmente", di costruire o restaurare, con i soldi degli iscritti alla cassa, le cosiddette case della salute spoke date in comodato d'uso a gruppi di medici delle neo costituenti aggregazioni funzionali territoriali, nate nell'ultimo contratto. Si vuole per recepire una legge dello Stato, la cosiddetta Balduzzi, di ben 12 anni fa e quindi anacronistica rispetto al presente e al nostro recentissimo passato, a partire dalla pandemia.

Quando l'impresa italiana o estera che sia, sarà entrata, come già ha avuto accesso, nella gestione della sanità territoriale, per i medici di famiglia, che rappresentavano l'ultimo baluardo in difesa di un sistema pubblico equo ed universale, non ci sarà più necessità di alcun sindacato, perché il contratto cooperativistico è preminente rispetto al contratto di lavoro, e la sanità non sarà più pubblica perché gli imprenditori, assumendosi il rischio di impresa, dovranno guadagnare, anche se il guadagno scaturisce dalla gestione della salute dei cittadini italiani.

Con questo patto si è aperta una porta alla dismissione di un altro asset strategico per il nostro Paese, al pari di altri che abbiamo svenduto a poche lire; mi riferisco alla sanità, alla salute e alla tutela dei lavoratori. Ma cosa succederà per chi ha scelto di fare il medico e basta?

In difesa di chi vuole fare il medico e basta non ci siamo sottratti, noi del Sindacato Medici Italiani, a ore di discussioni, in sede di trattative, per affermare l'importanza che gli studi dei medici di medicina generale quali presidi del Servizio Sanitario Nazionale. Abbiamo cercato di parlare di tutele, di pari opportunità, di riconoscimento dell'infortunio, di possibilità di part time, di riconoscimento dello straordinario, di necessità di una formazione specialistica universitaria per la medicina generale denunciando il grave rischio che le scuole di formazione regionale, gestite da chi ha la tessera sindacale giusta in tasca, magari adesso vengano affidate alle cooperative. Ma abbiamo ricevuto tanti "NIET".

Una sanità pubblica non può prescindere dal ruolo pubblico dei medici che vi lavorano all'interno, dove per ruolo pubblico intendiamo sia un rapporto di lavoro dipendente che convenzionato che continui a prevedere un'interfaccia diretta tra l'Ente Pubblico e i suoi medici, senza necessità di intermediari. In questo senso abbiamo già visto come è andata a finire con i medici a gettoni negli ospedali.

Con il nuovo contratto appena firmato, 38 ore di lavoro nelle case di comunità e comunque l'obbligatorietà di apertura di uno studio esterno, non crediamo che molti giovani accetteranno di lavorare in un sistema che rende il lavoro del medico di medicina generale sempre più una corsa ad ostacoli. Allora saranno altri i soggetti che ricopriranno gli spazi lasciati vuoti a detrimento della salute dei cittadini.

L'indipendenza, la capillarità, l'accessibilità dei MMG sono state le armi vincenti di un sistema pubblico che, producendo salute, ha realizzato benessere sociale e ricchezza e quelli della mia generazione, con orgoglio, hanno sentito l'appartenenza a questo servizio al pari di una medaglia al valore appuntata sul camice.

https://www.quotidianosanita.it/lettere-al-direttore/articolo.php?articolo_id=122598

Mmg. Ministero Salute: “Attività libero-professionale fuori orario servizio se non arreca pregiudizio a compiti convenzionali”

"Compresi quelli riferiti all'attività all'interno della Aggregazione funzionale territoriale", e previa "comunicazione all'Azienda sanitaria". A precisarlo è stato il sottosegretario alla Salute Gemmato, rispondendo ad un'interrogazione di Girelli (Pd) sullo svolgimento di prestazioni analoghe a quelle offerte dagli studi dei medici di famiglia presso centri di sanità privati.

14 GIU -

"L'articolo 28 del Acn, disciplina la possibilità per i Mmg di svolgere attività libero-professionale di fuori dell'orario di servizio, dandone comunicazione all'Azienda sanitaria, purché lo svolgimento di tale attività non rechi pregiudizio al corretto e puntuale svolgimento dei propri compiti convenzionali, ivi compresi quelli riferiti all'attività all'interno della Aggregazione funzionale territoriale".

*Così il sottosegretario alla Salute, **Marcello Gemmato**, rispondendo in commissione Affari Sociali alla Camera ad un'interrogazione di **Gian Antonio Girelli (Pd)** sullo svolgimento di prestazioni analoghe a quelle offerte dagli studi dei medici di famiglia presso centri di sanità privati.*

Di seguito la risposta integrale del sottosegretario Gemmato.

"Ringrazio gli interroganti per il quesito posto e, al riguardo, mi preme innanzitutto rappresentare che le informazioni relative alla struttura citata e alle prestazioni erogate dalla medesima sono reperibili a livello regionale e il Ministero della salute è in attesa di riscontro ad una nota inviata in tal senso.

Tanto premesso, faccio preliminarmente presente che nel nostro ordinamento l'assistenza sanitaria di base è garantita a tutti i cittadini nell'ambito dei Livelli Essenziali di Assistenza, attraverso medici convenzionati con il Servizio sanitario nazionale in possesso di specifici requisiti ed il cui rapporto di lavoro è disciplinato da Accordi collettivi nazionali di lavoro.

La convenzione – cui possono accedere esclusivamente i medici in possesso dei requisiti prescritti dall'ordinamento europeo per il titolo di medico di base – garantisce la possibilità di assicurare al cittadino l'assistenza sanitaria di base ottenendo prestazioni e certificazioni previste e riconosciute nell'ambito del Servizio sanitario nazionale.

Ciò premesso, ricordo che l'accordo collettivo nazionale (ACN) per la disciplina dei rapporti con i medici di medicina generale ai sensi dell'articolo 8 del decreto legislativo n. 502 del 1992 e successivi – triennio 2019-2021 – sancito con Intesa Stato regioni Rep. atti n. 51/CSR del 4 aprile 2024 – regola, sotto il profilo economico e giuridico, l'esercizio delle attività professionali dei medici di medicina generale convenzionati con le Aziende sanitarie nell'ambito e nell'interesse del Servizio sanitario nazionale.

In particolare, l'articolo 21 del predetto ACN, disciplina il regime delle incompatibilità dell'incarico di MMG. Tra le cause di incompatibilità ritengo importante ricordare:

- a) la titolarità di ogni altro rapporto di lavoro dipendente, pubblico o privato, o di altri rapporti anche di natura convenzionale con il Servizio sanitario nazionale;*
- b) l'esercizio di altre attività che possano configurare conflitto di interessi con il Servizio sanitario nazionale;*
- c) lo svolgimento di attività di medico specialista ambulatoriale accreditato con il Servizio sanitario nazionale;*
- d) lo svolgimento di attività di specialista ambulatoriale interno, veterinario ed altre professionalità sanitarie (biologi, chimici, psicologi) o di pediatra di libera scelta.*

Analogamente, l'articolo 28 del medesimo ACN, disciplina la possibilità per i MMG di svolgere attività libero-professionale di fuori dell'orario di servizio, dandone comunicazione all'Azienda sanitaria, purché lo svolgimento di tale attività non rechi pregiudizio al corretto e puntuale svolgimento dei propri compiti convenzionali, ivi compresi quelli riferiti all'attività all'interno della Aggregazione funzionale territoriale".

https://www.quotidianosanita.it/governo-e-parlamento/articolo.php?articolo_id=122844

Assistenza territoriale: lasciamo la possibilità ai medici delle cure primarie, soprattutto ai giovani, di scegliere come realizzare e contrattualizzare il proprio ruolo

Alessandro Nobili, Responsabile del Dipartimento di Politiche per la Salute, Istituto di Ricerche Farmacologiche Mario Negri IRCCS, Milano

04 GIU - Gentile Direttore,

ho letto con interesse, ma non senza preoccupazioni, l'accordo tra Fimmg e LegaCoop, un documento molto ambizioso tra il maggior sindacato dei MMG e LegaCoop. Tra i vantaggi viene rilanciato il modello delle Aggregazioni Funzionali Territoriali (AFT) come "strumento di offerta di servizi e garanzia di standard omogenei per le cure primarie e l'assistenza territoriale". Come se bastasse l'iscrizione a un sindacato e la governance attraverso una cooperativa per garantire gli obiettivi e gli standard di prevenzione e cura prerogativa dell'assistenza territoriale. Tutto questo in un contesto territoriale profondamente cambiato sia dal punto di vista demografico che epidemiologico dove, per far fronte ai numerosi bisogni di salute di una popolazione sempre più anziana, è anacronistico pensare che una sola figura professionale, al di fuori di un sistema di servizi multidisciplinari e integrati sul piano socio-sanitario, possa farsene pienamente carico. Di seguito alcune osservazioni.

1. Ancora una volta, di fronte alla necessità di dare una risposta su come attuare la riforma dell'assistenza territoriale delineata dal DM 77, si fa una controproposta di categoria, senza tener minimamente in considerazione il ruolo chiave del Distretto, delle altre professioni sanitarie e sociali e delle comunità in cui questi servizi dovrebbero essere realizzati. Si ribadisce imprescindibilmente la centralità del MMG trascurando l'importanza di un rapporto paritetico, integrato e interdisciplinare con le altre professioni.
2. Non si tiene minimamente conto che non tutti gli attuali e futuri MMG si riconoscono nel modello di medicina generale prospettato da Fimmg e LegaCoop, sia sul versante del percorso di formazione che sulla libera scelta della professione.
3. A livello nazionale esistono altri sindacati e organizzazioni della medicina territoriale, ma fino ad oggi non ho letto nessun commento a questo nuovo accordo. Mi piacerebbe davvero sapere se tutti sono convinti che questa sia la strada giusta.
4. Penso inoltre ai giovani medici che attualmente frequentano il corso di formazione specifica in medicina generale (CFSMG) e ai loro colleghi della scuola di specializzazione in medicina di comunità e delle cure primarie (SSMCCP): siamo proprio sicuri che tutti si riconoscano e siano disposti a sottoscrivere questo modello di medicina territoriale (non dimentichiamoci dell'anomalia tutta italiana che il CFSMG non è a tutti gli effetti una specialità e che agli specializzandi della SSMCCP non è data la possibilità di aprire un ambulatorio di medicina generale a meno di frequentare anche il CFSMG e di avere poi la convenzione come MMG).
5. Mi è poi capitato di rileggere il Documento di Posizione del Movimento MMG per la Dirigenza; tre proposte semplici e chiare: formazione accademica, status giuridico professionale (i vantaggi della dipendenza) e medicina di prossimità (le case della comunità). Un documento che mi è sembrato molto più vicino al modello di cure primarie delineato dal DM 77, che mette sullo stesso piano il MMG e le altre figure professionali coinvolte nell'assistenza territoriale, identificando nelle case della comunità il luogo fisico, e non solo funzionale, dove svolgere la medicina di prossimità. Una visione molto più aperta e vicina a realtà europee come Spagna, Portogallo e Svezia.

Voglio concludere questa mia riflessione parlando ancora dei giovani che hanno scelto di investire la loro carriera professionale nelle cure primarie. Da gennaio abbiamo avviato il Progetto MedicInRete in collaborazione con l'Alleanza per la Riforma delle Cure Primarie e il Movimento Campagna Primary Health Care. Il progetto, che coinvolge oltre 200 medici che stanno frequentando il CFSMG o la SSMCCP, ha l'obiettivo di formare e creare una rete di giovani medici che confrontandosi e lavorando assieme possano pianificare e implementare progetti ispirati alla primary health care e al Libro Azzurro (<https://2018phc.wordpress.com/verso-il-libro-azzurro/>). I partecipanti attraverso la costituzione di laboratori territoriali, effettueranno una mappatura delle esperienze e sperimentazioni più significative di modelli di assistenza territoriale e medicina partecipata già attivi nelle aree di appartenenza, per poi elaborare ipotesi di progettualità da implementare nei rispettivi territori e comunità, con l'aiuto (si spera) degli amministratori locali.

Per concludere, in un contesto dove è sempre più difficile trovare giovani medici disposti ad investire il loro futuro professionale nelle cure primarie, credo sia più opportuno dare a tutti, ma soprattutto ai giovani medici, la possibilità di scegliere il percorso formativo che ritengono più consono (CFSMG o SSMCCP), le modalità operative e contrattuali (libera professione o dipendenza), permettendo a chi vuole diventare dipendente del Servizio Sanitario Nazionale al pari degli altri colleghi specialisti di poterlo fare. Stessa possibilità di poter esercitare la professione di MMG da concedere anche ai colleghi che escono dalla SSMCCP. Lasciare ai giovani medici la libertà di scelta tra le diverse opportunità di formazione e carriera, piuttosto che vincolarli in un'unica direzione come quella tracciata dall'accordo Fimmg-LegaCoop; questo sì che sarebbe un vero rinnovamento e un segnale di forte di cambiamento, che potrebbe aiutare a rivalorizzare e rendere di nuovo attrattivo il ruolo e la professione del MMG.

https://www.quotidianosanita.it/lettere-al-direttore/articolo.php?articolo_id=122601

Nursing



L'Italia si trova di fronte a un'emergenza sanitaria senza precedenti, con una crescente carenza di **personale medico e infermieristico** che sta mettendo a dura prova il sistema sanitario nazionale. Per far fronte a questa situazione critica, il reclutamento di **medici e infermieri stranieri** è diventato una soluzione sempre più adottata.

Secondo le ultime stime, nel 2023 il numero di medici provenienti dall'estero è salito a quota 28.000, rispetto ai 21.000 del 2019.

Gli infermieri stranieri rappresentano circa il 5,5% del totale degli infermieri in Italia, con una concentrazione particolare nelle regioni della Lombardia, Lazio, Piemonte, Emilia-Romagna e Veneto.

Di fronte a questa crescente domanda di personale sanitario straniero, il governo italiano sta lavorando a nuove regole in collaborazione con le Regioni al fine di regolamentare e garantire la qualità dell'assistenza sanitaria offerta da questi professionisti.

<https://nursetimes.org/emergenza-sanitaria-boom-di-medici-e-infermieri-stranieri-nuove-regole-in-arrivo/175284>



Istituto Superiore di Sanità
EpiCentro - L'epidemiologia per la sanità pubblica

Sistema sanitario e risorse umane: l'Italia ha bisogno di infermieri

Gli italiani invecchiano e la domanda di assistenza sanitaria sale. La popolazione italiana è una delle più vecchie al mondo: quasi il 20% supera i 65 anni di età e, secondo i dati Istat, nel 2050 circa l'8% degli italiani avrà più di 85 anni. Il sistema

sanitario italiano, al momento, potrebbe non essere in grado di far fronte a questi cambiamenti, in particolare per quanto riguarda il rinnovo e l'assunzione del personale paramedico. Si calcola che la carenza di infermieri, già importante soprattutto al Nord, aumenti ogni anno a causa dello squilibrio tra i pensionamenti (17 mila all'anno) e le nuove assunzioni (8 mila all'anno). È quanto emerge dal [rapporto Ocse 2008](#) (pdf 4 12 kb) sulle risorse umane italiane in ambito sanitario.

Troppi medici

L'Italia ha il più alto numero al mondo di medici per abitante: più di 600 medici ogni 100 mila abitanti nel 2005. I medici appartenenti alla Federazione nazionale degli ordini dei medici chirurghi e degli odontoiatri (Fnomceo) sono circa 370 mila, di cui un terzo lavora negli istituti pubblici. Inoltre, secondo l'Ocse, la competizione tra medici nel settore pubblico è molto alta e spesso i più giovani devono aspettare a lungo prima di riuscire a ritagliarsi un posto di lavoro.

Questo esubero si è sviluppato tra gli anni Settanta e gli anni Novanta, periodo in cui il numero degli studenti di medicina è aumentato notevolmente: solo nel 1980, 17 mila studenti iscritti. Dagli anni Novanta, il numero chiuso alle università ha portato a una riduzione del numero di iscritti, che nel 2006 è sceso a 5623.

Il settore pubblico offre scarse opportunità a lungo termine e questo spinge a cercare lavoro all'estero: molti dei cosiddetti 'cervelli in fuga' sono, non a caso, medici. D'altra parte, l'Ocse sottolinea come il mercato del lavoro italiano in ambito sanitario soffra di una cronica mancanza di fondi, scarse opportunità di carriera e nepotismo, risultando quindi poco attraente per i professionisti stranieri.

Pochi infermieri

Il settore infermieristico deve far fronte al problema opposto. L'Italia ha meno infermieri che dottori, la maggior parte dei quali (70%) lavorano in strutture pubbliche. L'università italiana non forma abbastanza infermieri e, secondo la Federazione nazionale Ispavi, nel 2006 la carenza ammontava a circa 60 mila, per una mancanza di copertura dei posti di lavoro pari al 15%. Per questo motivo l'università ha incrementato la capacità dei corsi per le professioni paramediche, ma le domande di ammissione rimangono più alte dei posti disponibili, soprattutto al Sud.

Per risolvere la carenza cronica di infermieri, alcune Regioni hanno creato nuove figure professionali come quella dell'assistente e operatore socio-sanitario, riducendo così il carico di lavoro degli infermieri specializzati che storicamente svolgono anche compiti di pulizia e movimento dei pazienti.

Risorse dall'estero

La carenza di infermieri potrebbe essere in parte colmata dall'assunzione di personale proveniente dall'estero. Ma a causa della competizione con i Paesi esteri, che offrono salari più alti e condizioni di lavoro migliori e delle complesse politiche di immigrazione, il numero di infermieri stranieri in Italia è ancora molto basso: 6730 nel 2005, di cui un terzo proveniente dall'Unione europea.

Nel 2004, secondo i dati Ocse, la maggior parte del personale straniero autorizzato a venire in Italia è stato assunto con contratti dai 12 ai 24 mesi. Gli infermieri che arrivano in Italia hanno mediamente tra i 20 e i 39 anni e provengono generalmente da Romania (circa 60%), Polonia (25%), Perù, Albania, Serbia e India.

Le assunzioni dall'estero possono essere facilitate tramite contatti diretti tra le istituzioni. Gli accordi intrapresi in questo senso sono ancora pochi, ma alcuni sono risultati di particolare efficacia. La Spagna per esempio, che presenta un esubero di infermieri, ha un accordo interistituzionale con l'Italia che facilita l'assunzione del personale.

Alcune Regioni hanno iniziato a richiamare personale dall'estero tramite accordi bilaterali tra gli istituti di formazione. La Regione Veneto, per esempio, ha stipulato un accordo bilaterale con alcuni istituti di Bucarest e Pitesti e la Provincia di Parma con la Provincia di Cluj-Napoca.

Dei 7 mila infermieri stranieri presenti in Italia, la maggior parte lavora nel settore privato. L'unico accordo che coinvolge direttamente le autorità nazionali è quello che l'Italia ha con la Tunisia tramite il ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche sociali.

Le reazioni al flusso di infermieri dall'estero sono state molto positive anche se persistono alcune preoccupazioni legate alle difficoltà linguistiche e alla necessità di formazione iniziale. Malgrado la forte domanda di personale paramedico, l'Italia

rimane un Paese poco attraente per gli infermieri stranieri: lo stipendio non è competitivo (circa 1600 euro al mese), le politiche di immigrazione sono sfavorevoli e la scarsa diffusione della lingua italiana all'estero rende la comunicazione più difficile.

Studenti stranieri

L'Italia non ha mai avuto un grande afflusso di studenti stranieri, anche se negli ultimi anni la loro percentuale ha avuto un leggero incremento. L'assenza di una politica specifica in questo senso abbandona gli studenti alle loro risorse, anche se i posti a disposizione per gli stranieri sono quattro volte quelli attualmente occupati. Molti degli studenti provenienti dall'estero frequentano corsi di medicina: il 6,9% degli studenti che conseguono questa laurea sono stranieri, contro il 2,9% dei corsi di infermieristica.

Assistenza sanitaria a casa

L'invecchiamento della popolazione italiana richiede sempre maggiore impegno nell'assistenza agli anziani. L'invecchiamento della popolazione italiana richiede sempre maggiore più nell'assistenza agli anziani. La domanda di badanti e assistenti/operatori socio-sanitari eccede addirittura quella degli infermieri. Recenti indagini stimano che gli stranieri che in Italia lavorano in questo ambito sono circa 500 mila. La carenza dell'assistenza pubblica e i cambiamenti sociali delle famiglie italiane hanno incrementato il mercato dell'assistenza tramite badanti privati, la maggior parte dei quali stranieri. Molti di questi lavoratori non hanno un regolare permesso di soggiorno, ma il loro ruolo è ormai essenziale per la società italiana: si tratta fundamentalmente di immigrati provenienti da Ucraina, Romania, Polonia, Moldavia, Ecuador e Perù, spesso privi di preparazione in ambito sanitario. Per accrescere le loro competenze, molte autorità locali hanno organizzato corsi di formazione per il primo soccorso e le cure di base.

Conclusioni

L'Italia deve fronteggiare la questione delle risorse umane nel settore sanitario. L'eccesso di medici, ma soprattutto la scarsità di infermieri e di personale paramedico in genere, è un problema da risolvere al più presto. L'aumento dei corsi di formazione per infermieri sta iniziando a colmare queste carenze, ma la domanda di personale è ancora molto elevata. Gli ostacoli burocratici e le contraddizioni interne al sistema universitario e a quello sanitario rendono la situazione molto complessa, ma le risorse umane straniere possono contribuire a risolvere la questione.

https://www.epicentro.iss.it/politiche_sanitarie/ocseSistemaSanitario08

quotidianosanita.it

Sistemi informativi sanitari. L'OMS pubblica linee guida aggiornate. "Investire risorse economiche e umane è una necessità"

Per essere efficaci, i sistemi informativi sanitari necessitano di dati chiari e affidabili: la mancanza di standardizzazione, i ritardi nella ricezione dei dati, la mancanza di integrazione e interoperabilità tra diversi sistemi informativi e la mancanza di persone formate per gestire e utilizzare i dati sono tra le cause principali ragioni per cui i paesi hanno faticato a sfruttare in modo efficace i sistemi di informazione sanitaria a sostegno della risposta alla pandemia di COVID-19.

11 GIU - L'OMS/Europa aggiorna le linee guida per la valutazione e il rafforzamento dei sistemi informativi sanitari. L'[ultima versione](#) di questo strumento di supporto aiuta i paesi a valutare lo stato attuale dei loro sistemi, definire una visione strategica, preparare un piano di miglioramento e monitorare i progressi.

*“Nella regione europea dell’OMS, come altrove, ciò che è più importante per mettere in atto interventi efficaci di sanità pubblica è la nostra capacità di comprendere le tendenze sanitarie, identificare le disparità e indirizzare le risorse dove sono più necessarie”, afferma **Natasha Azzopardi-Muscat**, direttrice della divisione OMS/Europa delle politiche e dei sistemi sanitari nazionali. “Dati solidi e sistemi di informazione sanitaria sono la base su cui i paesi costruiscono strategie e politiche sanitarie. Lo strumento di supporto aggiornato dell’OMS/Europa è progettato per aiutare gli Stati membri a rafforzare i loro sistemi di informazione sanitaria e a salvaguardare la salute di tutte le persone nella nostra regione”, ha aggiunto.*

I sistemi informativi sanitari possono essere definiti come infrastrutture per il monitoraggio delle attività sanitarie, dei risultati sanitari della popolazione e delle politiche con un impatto significativo sulla salute. Comprendono le persone, le istituzioni, le relazioni interistituzionali, la legislazione, i valori, le tecnologie e gli standard che contribuiscono al trattamento dei dati. I dati generati da un sistema informativo sanitario supportano il processo decisionale basato sull'evidenza a ogni livello di un sistema sanitario. In altre parole, i sistemi informativi sanitari sono costituiti da tutte le risorse, le parti interessate, le attività e i risultati che consentono una politica sanitaria basata sull'evidenza. Per essere efficaci, i sistemi informativi sanitari necessitano di dati chiari e affidabili: la mancanza di standardizzazione, i ritardi nella ricezione dei dati, la mancanza di integrazione e interoperabilità tra diversi sistemi informativi e la mancanza di persone formate per gestire e utilizzare i dati sono tra le cause principali ragioni per cui i paesi hanno faticato a sfruttare in modo efficace i sistemi di informazione sanitaria a sostegno della risposta alla pandemia di COVID-19.

Come spiega **David Novillo Ortiz**, consigliere regionale dell’OMS/Europa per i dati e la salute digitale, “anche se spesso trascurati e con risorse insufficienti, i sistemi di informazione sanitaria sono la spina dorsale della capacità dei paesi di monitorare, valutare e rispondere alle sfide sanitarie. Investire nel loro sviluppo, sia a livello finanziario che in termini di risorse umane, non è un’opzione ma una necessità. Costruendo sistemi informativi sanitari adatti alle sfide moderne, i paesi possono garantire che tutti possano beneficiare di un’assistenza sanitaria equa e accessibile”

La versione 2024 dello strumento di supporto dell’OMS incorpora gli approfondimenti più recenti, basandosi sulla prima versione pubblicata nel 2015 e sulla seconda nel 2021. Gli aggiornamenti si basano su circa 20 valutazioni del sistema informativo sanitario effettuate dal 2015, che hanno indicato una grande necessità di sostenere lo sviluppo strategico di questi strumenti. Le principali sfide affrontate dai paesi includono l’uso limitato delle informazioni sanitarie esistenti per l’elaborazione delle politiche e meccanismi di coordinamento intersettoriali mal funzionanti. Lo strumento di supporto aggiornato viene fornito con diversi moduli aggiuntivi mirati a parti o funzioni specifiche dei sistemi informativi sanitari nazionali.

[Sistemi informativi sanitari. L’OMS pubblica linee guida aggiornate. “Investire risorse economiche e umane è una necessità” - Quotidiano Sanità \(quotidianosanita.it\)](#)

quotidianosanita.it

Sicurezza delle cure. Report Oms: 1 paziente su 10 subisce danni durante il trattamento sanitario. Solo un terzo dei Paesi ha un piano d’azione

Allo stesso tempo, il documento dell’Oms evidenzia che oltre il 70% dei paesi ha compiuto lodevoli progressi nel lavoro verso l’istituzione di programmi nazionali per la salute e la sicurezza sul lavoro degli operatori sanitari

19 GIU - Solamente un terzo dei paesi nel mondo ha sviluppato piani d’azione e programmi nazionali per la sicurezza dei pazienti, nonostante questa sia riconosciuta come una priorità sanitaria globale. Allo stesso tempo, oltre il 70% dei paesi ha compiuto lodevoli progressi nel lavoro verso l’istituzione di programmi nazionali per la

salute e la sicurezza sul lavoro degli operatori sanitari. Lo rivela l'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) che ha pubblicato il [Rapporto globale sulla sicurezza dei pazienti 2024](#), fornendo un primo quadro sullo stato della sicurezza dei pazienti a livello globale ed evidenziando le principali aree di miglioramento.

Il rapporto ha rilevato che da quando il Piano d'azione globale per la sicurezza del paziente (GPSAP) 2021-2030 è stato adottato nel 2021, l'attuazione di politiche, programmi e interventi strategici per migliorare la sicurezza dei pazienti è sulla buona strada, sebbene siano stati compiuti progressi limitati rispetto a una serie di indicatori chiave. Questo storico rapporto fornisce informazioni preziose e precedentemente non disponibili sui progressi che i paesi stanno facendo per prevenire danni evitabili ai pazienti e ridurre i rischi attraverso la creazione di sistemi a supporto di pratiche, tecnologie e ambienti sicuri.

Il facile accesso dei pazienti alle proprie cartelle cliniche è fondamentale per migliorare la sicurezza e attualmente circa l'80% dei paesi dispone di procedure stabilite. Tuttavia, a livello globale, il coinvolgimento dei pazienti e i finanziamenti per implementare interventi sulla sicurezza dei pazienti sono aree di particolare preoccupazione. Solo l'11% dei paesi ha riferito di aver stanziato risorse finanziarie sufficienti per attuare tutti gli interventi pianificati per la sicurezza dei pazienti. Nel 2023, la Giornata mondiale per la sicurezza del paziente si è concentrata sull'importanza fondamentale del coinvolgimento del paziente e della famiglia. Nonostante ciò, il rapporto ha rivelato una mancanza di enfasi sul coinvolgimento dei pazienti e delle famiglie, con solo il 13% dei paesi che hanno rappresentanti dei pazienti nel consiglio di amministrazione della maggior parte (> 60%) degli ospedali. È fondamentale che i pazienti o i familiari di coloro che hanno subito danni evitabili siano coinvolti nella progettazione di soluzioni e nel processo decisionale condiviso presso il punto di cura.

“Le cure non sicure riguardano milioni di pazienti ogni anno; si stima che 1 paziente su 10 subirà danni derivanti da eventi avversi durante il trattamento sanitario”, ha affermato **Rudi Eggers**, direttore del dipartimento dei servizi sanitari integrati dell'OMS. “Il rapporto sulla sicurezza globale dei pazienti rappresenta una pietra miliare fondamentale nei nostri sforzi per migliorare la sicurezza dei pazienti a livello globale. Evidenzia i progressi compiuti e le sfide che rimangono, richiedendo un'azione concertata per proteggere i pazienti dai danni. Esortiamo tutti gli Stati membri e le parti interessate a dare priorità ai pazienti la sicurezza come componente fondamentale della copertura sanitaria universale”.

Il rapporto misura i progressi di oltre 100 Stati membri rispetto a 7 obiettivi strategici stabiliti nel GPSAP: sviluppo delle politiche; costruire organizzazioni affidabili; garantire la sicurezza dei processi clinici; coinvolgere pazienti e famiglie; migliorare la formazione, le competenze e la sicurezza degli operatori sanitari; migliorare l'informazione, la ricerca e la gestione del rischio; e promuovere la sinergia, i partenariati e la solidarietà. Il rapporto globale sulla sicurezza dei pazienti dell'OMS è una risorsa essenziale per i decisori politici, i leader clinici, gli operatori sanitari e assistenziali, i sostenitori della sicurezza dei pazienti, gli accademici e i ricercatori.

[Sicurezza delle cure. Report Oms: 1 paziente su 10 subisce danni durante il trattamento sanitario.](#)

[Solo un terzo dei Paesi ha un piano d'azione - Quotidiano Sanità \(quotidianosanita.it\)](#)

La carenza infermieristica nella sanità territoriale

G. Barbato, G. Piga

L'Infermiere Online Contributi ISSN 2038-0712 – L'Infermiere 2024, 61:2, e51 – e55 53

DESCRIZIONE DEL FENOMENO Alla luce delle sollecitazioni dell'emergenza pandemica, risulta necessario creare un sistema di servizi diversificato, che risponda ai bisogni complessi della comunità. Il tessuto sociale ed economico in profonda trasformazione porta ad esigere lo sviluppo di metodi e dinamiche innovative e integrative alla programmazione ed erogazione dei servizi. Negli ultimi 50 anni l'invecchiamento della popolazione italiana è stato uno dei più rapidi tra i Paesi maggiormente sviluppati e si stima che nel 2050 la quota di ultra 65enni ammonterà al 35,9% della popolazione totale, con un'attesa di vita media pari a 82,5 anni (79,5 per gli uomini e 85,6 per le donne) (1). L'Italia detiene il primato europeo sia per aspettativa di vita che per numero di anziani e le previsioni attestano che nei prossimi decenni assisteremo a quello che viene spesso denominato "inverno demografico".

REVISIONE DELLA LETTERATURA MIRATA SUL FENOMENO ANALIZZATO Le recenti rilevazioni statistiche disponibili su 55 comuni del territorio bolognese confermano queste previsioni. Gli anziani rappresentano infatti il 24,4% (247.900) della popolazione complessiva (1.019.539 abitanti), percentuale che aumenterà di circa il 20% in più entro il 2033, a fronte di tassi di natalità statistici (Figura 1) (2).

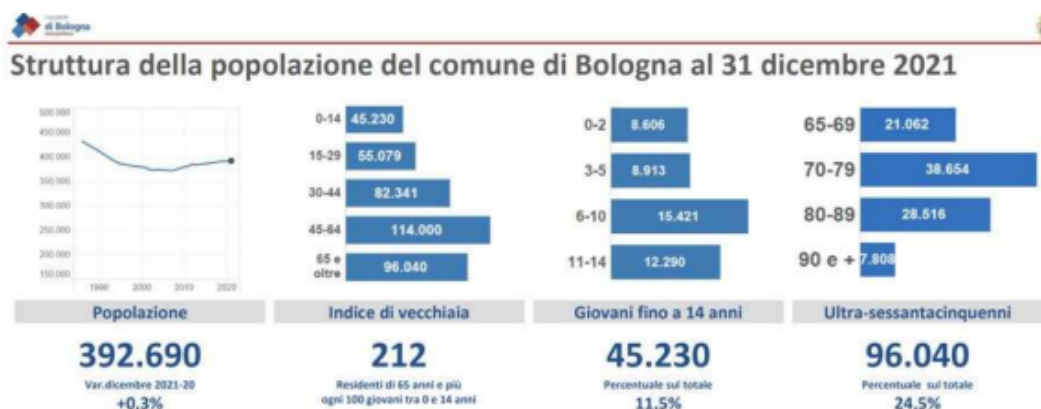


Figura 1 – Struttura della popolazione del comune di Bologna al 30 dicembre 2021 (Fonte: Servizio studi e statistica Città Metropolitana di Bologna).

I residenti in Italia che al 1° gennaio 2019 hanno compiuto i 75 anni di età sono oltre 7 milioni (7.058.755), l'11,7% del totale della popolazione, donne nel 60% dei casi. Sono oltre 4 milioni e 300 mila (4.330.074) ad aver raggiunto e superato gli 80 anni, oltre i 700 mila (774.528) ad aver compiuto 90 anni: l'incidenza della popolazione femminile, notoriamente più longeva degli uomini, aumenta di 10 punti percentuali tra gli ottantenni e i novantenni, passando rispettivamente dal 63% al 73% (Fonte: Istat, Popolazione residente per sesso, anno di nascita e stato civile). Nel 2019, prima della crisi pandemica, gli indicatori di salute degli over 75 si confermano in miglioramento. Ad eccezione delle malattie croniche gravi, più diffuse tra gli uomini (46,0% contro 41,1% delle donne), le donne hanno condizioni peggiori per tutti gli altri indicatori di salute. Forti le differenze territoriali a svantaggio del Sud e delle Isole e le disuguaglianze sociali nella salute. Circa un terzo degli over 75 presenta una grave limitazione dell'autonomia e per un anziano su 10 questa incide sia sulle le attività quotidiane di cura personale che su quelle della vita domestica (Fonte: Report Istat 14 luglio 2021), (Tabella 1).

32,3% Quota di popolazione over 65 con gravi patologie croniche e multimorbilità Tra gli over 85 è il 47,7% 3,8% Gli anziani con grave riduzione dell'autonomia nelle attività quotidiane di cura personale oppure in quelle della vita domestica 1 mln Gli anziani con bisogno di assistenza o ausili perché non autonomi nella cura della propria persona.

La percentuale è del 6,9% Nel Patto della Salute siglato a dicembre 2019 dal Ministro della Salute con le Regioni era previsto "un potenziamento dell'assistenza domiciliare, semiresidenziale e residenziale, per prevenire l'aggravamento delle patologie legate ai processi di invecchiamento della popolazione".

Tabella 1 – L'autonomia delle persone anziane (Fonte: Report Istat 14 luglio 2021).

<p>32,3% Quota di popolazione over 65 con gravi patologie croniche e multimorbidità</p> <p>Tra gli over 85 è il 47,7%</p>	<p>3,8% Gli anziani con grave riduzione dell'autonomia nelle attività quotidiane di cura personale oppure in quelle della vita domestica</p>	<p>1 mln Gli anziani con bisogno di assistenza o ausili perché non autonomi nella cura della propria persona.</p> <p>La percentuale è del 6,9%</p>
--	---	---

In questo riordino prendeva forma anche una nuova figura, l'infermiere di famiglia, il quale avrebbe avuto il compito fondamentale di assistere le persone sul territorio, alleggerendo il carico degli ospedali dove possibile (L. 17 luglio 2020, n.77). L'emergenza sanitaria ha arrestato i tavoli di lavoro, ripartiti in qualche modo dallo stesso punto in cui si erano fermati. La pandemia ha riportato alla luce l'urgenza dell'assistenza territoriale in tutta la sua complessità.

RACCOMANDAZIONI EMERSE DALL'APPROFONDIMENTO Come possiamo rispondere alla richiesta del sistema sanitario pubblico e migliorare la comunicazione, sempre più complessa, tra il sistema ospedaliero e quello territoriale?

Dal quarto Rapporto Osservatorio Long Term Care Cergas Bocconi Febbraio 2022 – Essity emerge che nelle RSA italiane mancano all'appello il 26% degli infermieri, il 18% dei medici e il 13% degli Oss a causa di una carenza strutturale di figure professionali e tecniche e della sempre più crescente competizione tra settore sanitario e settore sociosanitario nel cercare nuovi professionisti.

Lo studio dell'Osservatorio del Cergas ha coinvolto 598 persone con età media di 37 anni, e 24 Rsa su tutto il territorio nazionale. I gestori delle RSA intervistati dai ricercatori riportano una situazione critica nella gestione del personale impiegato, i problemi riguardano: il carico di lavoro, la demotivazione del dipendente, i casi di burn out.

La carenza di infermieri nelle RSA e nelle case di riposo sta mettendo a serio rischio, i tanti anziani che necessitano di assistenza. Intorno alla presa in carico della persona si rende necessaria la capacità di garantire adeguati livelli di assistenza e cura a tutela degli anziani, anche perché in tempi "pandemici" fra i fattori cruciali che agiscono nel contrasto alla diffusione del contagio si annovera la possibilità di disporre di personale adeguatamente formato. Già durante la prima ondata, la carenza di personale aveva costituito un forte limite nella capacità delle residenze di fronteggiare la pandemia.

Con la seconda ondata, la carenza di personale si è ulteriormente aggravata dai piani straordinari di assunzione di personale messi in atto dalla sanità ospedaliera. I segnali di allarme sono stati più volte lanciati dalle associazioni di rappresentanza dei gestori di strutture residenziali, che hanno denunciato il progressivo trasferimento di infermieri e operatori sociosanitari dalle strutture verso gli ospedali e le crescenti difficoltà nel garantire, per questo motivo, adeguati livelli di assistenza.

Per meglio comprendere la situazione, occorre focalizzarsi sull'inquadramento contrattuale e i livelli salariali del personale all'interno delle strutture. La carenza di infermieri nelle case di riposo e nelle RSA è legata alla parte economica, oltre al fatto che chi lavora negli ospedali pubblici ha certamente maggiore sicurezza.

I protocolli severi creano una eccessiva rigidità che non lascia spazio a soluzioni più aperte a moduli residenziali diversi. Emerge come lavorare nelle strutture sia penalizzante per i lavoratori, sia sotto il profilo contrattuale che salariale. Inoltre, vi è una norma che obbliga gli infermieri pubblici dipendenti al vincolo di esclusività che li lega all'azienda di appartenenza ed impedisce di effettuare alcuni turni fuori servizio presso le case di riposo.

Questo vincolo di esclusività viene annullato per gli infermieri che aderiscono all'attività di somministrazione dei vaccini contro il SARS-COV-2 al di fuori dell'orario di servizio (Decreto Sostegni, approvato il 19 marzo 2021).

La Missione 6 del PNRR prevede un forte investimento rivolto a rafforzare le prestazioni erogate sul territorio nazionale, rese possibili dal potenziamento e dalla creazione di strutture e presidi territoriali (come le Case della Comunità, gli Ospedali di Comunità, le Centrali Operative Territoriali), dal rafforzamento dell'assistenza domiciliare, dallo sviluppo della telemedicina e da una più efficace integrazione con tutti i servizi sociosanitari.

È previsto inoltre il rinnovamento delle strutture tecnologiche e digitali esistenti e il completamento della diffusione del Fascicolo Sanitario Elettronico, garantendo una migliore capacità di erogazione e monitoraggio dei Livelli Essenziali di Assistenza, attraverso i più efficaci sistemi informativi, anche mediante il potenziamento della formazione del personale. In particolare, viene attribuito un ruolo di primo piano all'infermiere di famiglia e comunità, sia negli ambiti delle Case della Comunità sia nello sviluppo del sistema dell'assistenza domiciliare.

Il PNRR prevede due miliardi nelle Case di comunità, in cui dovrebbero lavorare in gruppo medici di medicina generale, infermieri, pediatri, fisioterapisti e altri specialisti per ogni mille abitanti.

L'assistenza primaria si occupa della salute della persona secondo il modello olistico, tenendo conto della storia personale e psicologica. Gli anziani hanno bisogno di trovare in prossimità o con prestazioni a domicilio, i servizi delle Case di comunità. Le opportunità previste dal PNRR sono fondamentali per il sistema integrato dei servizi alle persone, anche quelle che vivono in famiglia, in piccole strutture di condominio solidale o in RSA, nei casi più difficili da gestire in autonomia.

Sarebbe un vero cambiamento, con la necessaria figura dell'infermiere di famiglia e di comunità in una medicina di prossimità. Un primo ordine di cambiamenti fa riferimento all'equiparazione dei contratti per gli infermieri delle RSA e quelli della sanità ospedaliera, al fine di frenare la fuga di personale sanitario dalle strutture residenziali.

Dal punto di vista pratico, è necessario un contratto collettivo nazionale unico per le professioni sanitarie cui tutti facciano riferimento. In tal modo queste strutture potrebbero essere competitive e assicurarsi il personale necessario per affrontare future emergenze. Una strategia risolutiva potrebbe essere quella di un progetto condiviso che integri le cure primarie dell'azienda territoriale con gli specialisti ospedalieri.

Potrebbe realizzarsi inizialmente in modo sperimentale con una prospettiva di stabilizzazione a lungo termine.

Si tradurrebbe in un sistema di welfare in cui, a spostarsi uno o più volte alla settimana sul territorio in un ambulatorio dedicato, siano i professionisti ospedalieri. In Emilia-Romagna è presente in particolare il modello organizzativo delle Case della Salute.

Rispetto al cosiddetto "modello Veneto", la visione è molto più territoriale, dal momento che le case della salute integrano già in sé sanità, sociale e volontariato. Il risultato sarebbe un sistema che abbraccia complessivamente la necessità della popolazione non solo sul piano della sanità, ma su tutti i bisogni assistenziali primari, espressi e non espressi, della popolazione sanitaria più fragile (3).

Un tema delicato riguarda il numero di ore che attualmente gli operatori dedicano ai pazienti.

Gli attuali parametri stabiliti per le RSA sono spesso insufficienti per assicurare le giuste cure, e molto spesso i familiari pagano di tasca propria per fornire assistenza supplementare. In questo quadro si colloca un intervento decisivo, all'inquadramento contrattuale del personale impegnato nella RSA, un contratto unico nazionale permetterebbe alle RSA di essere sullo stesso piano degli altri servizi sanitari, evitando la migrazione dei professionisti verso il setting ospedaliero.

Un ruolo determinante verrebbe giocato dall'Infermiere di Comunità, formato con laurea triennale e magari anche magistrale, operativo su tutto il versante della telemedicina, potrebbe seguire bacini di 3-4 mila persone, evitando loro di spostarsi periodicamente in una struttura sanitaria non prossimale. Alcuni punti cardine:

- Potenziare il servizio sanitario nazionale, allineando i servizi ai bisogni delle comunità e dei pazienti, anche in considerazione delle criticità emerse durante l'emergenza pandemica;
- Rafforzare le strutture e i servizi sanitari di prossimità e i servizi domiciliari;
- Sviluppare la telemedicina e superare la frammentazione la mancanza di omogeneità dei servizi sanitari offerti sul territorio;
- Sviluppare soluzioni di telemedicina avanzate a sostegno dell'assistenza domiciliare.

Il Distretto Sanitario sarà la leva di questo nuovo sistema, ce ne dovrà essere uno ogni 100.000 abitanti e sarà deputato al "perseguimento dell'integrazione tra le diverse strutture sanitarie, sociosanitarie, nonché dei servizi socioassistenziali in un'ottica di collaborazione con le istituzioni locali presenti sul territorio, in modo da assicurare una risposta coordinata e continua e bisogni della popolazione, nonché di uniformità dei livelli di assistenza e di pluralità dell'offerta".

Il Distretto avrà funzione di committenza (la capacità di programmare i servizi da erogare a seguito della valutazione dei bisogni dell'utenza di riferimento anche in rapporto alle risorse disponibili), funzione di produzione (l'erogazione dei servizi sanitari territoriali, contraddistinta da erogazione in forma diretta o indiretta dei servizi sanitari e sociosanitari territoriali), e funzione di garanzia (garantendo l'accesso ai servizi, l'equità all'utenza mediante il monitoraggio continuo della qualità dei servizi,

La verifica delle criticità emergenti nelle relazioni tra i servizi e tra questi e l'utenza finale). Gli Standard prevedono:

1 Casa della Comunità "hub" Ogni 40.000/50.000 abitanti, Case della Comunità "spoke" e ambulatori di medici di medicina generale e pediatri di libera scelta considerando le caratteristiche orografiche e demografiche del territorio con l'obiettivo di agevolare la capillarità dei servizi e maggiore equità di accesso, in particolare nelle aree interne e rurali;

1 Infermiere di Famiglia e Comunità ogni 2000/3000 abitanti;

1 ospedale di comunità dotato di 20 posti letto ogni 50.000/100.000 abitanti.

Rete cure Palliative:

1 Servizio ospedaliero di medicina e cure palliative multiprofessionale ogni 600.000 abitanti; 1 Unità di cure palliative domiciliari ogni 100.000 abitanti; 1 Hospice con almeno 10 posti letto ogni 100.000 abitanti. L'infermiere di comunità interagisce con ciascuna risorsa presente nelle comunità formali e informali. Non è soltanto l'erogatore di cure assistenziali: diviene la figura che garantisce l'assistenza all'insorgenza di nuovi bisogni sanitari e sociosanitarie presenti e potenziali che incalzano in modo latente nella comunità. È un professionista con un forte orientamento alla gestione proattiva della salute, è coinvolto in attività di promozione, prevenzione gestione partecipativa dei processi di salute individuali, familiari e di comunità nel sistema dell'assistenza sanitaria territoriale (4).

La FNOPI stabilisce 5 punti cardine su cui articolare il nuovo modello:

1. Rapporto adeguato infermieri-pazienti.
2. Riconoscimento di una chiara leadership di direzione: coordinamenti infermieristici e dirigenze con competenze sociosanitarie.
3. Personale di supporto conformazione adeguata.
4. Valorizzazione di formazione competenze (percorsi su cronicità, fragilità, cure palliative).
5. I rinnovi contrattuali (il rinnovo del contratto nelle RSA manca da oltre otto anni).

Per la FNOPI la forma contrattuale potrebbe essere anche quella libero professionale o convenzionata, in modo tale da poter anche dividere con il MMG il rischio d'impresa. L'idea potrebbe essere quella del MMG "clinical manager" dei pazienti sul territorio e dell'infermiere "welfare manager". Dopo la giusta diagnosi e la scelta della migliore terapia il paziente ha assoluta necessità di essere seguito, guidato e aiutato nei suoi bisogni di salute con un approccio proattivo e trasversale, prerogative dell'assistenza infermieristica. La visione è quella di un infermiere che lavora in équipe con il medico, vere e proprie équipe sul territorio che siano davvero a fianco del paziente, che diano a ciascuno il suo ruolo nel rispetto delle singole professionalità.

CONCLUSIONI Nei prossimi dieci anni 8 milioni di anziani avranno almeno una malattia cronica grave. Nel 2030, potrebbero arrivare a quattro milioni e mezzo gli ultrasessantacinquenni che vivranno soli, e di questi, 1,2 milioni avrà più di 85 anni. L'epidemia del COVID-19 ha portato all'attenzione dell'opinione pubblica la realtà delle RSA e dell'assistenza territoriale, per la concentrazione di contagi e decessi provocati dal virus, ponendo interrogativi soprattutto su cosa deve essere una RSA.

La Commissione Tecnica per la Riforma dell'Assistenza Sanitaria e Sociosanitaria della popolazione anziana, istituita dal Ministero della Salute con apposito decreto dell'8 settembre 2020, nell'ultimo rapporto elaborato, pone l'attenzione sul rendere esigibile il diritto di ogni anziano di invecchiare a casa propria.

Occorre superare l'attuale, drastica frattura tra servizi domiciliari e residenziali al fine di offrire alle persone opportunità che possano fondarsi su un continuum di interventi. Il problema degli anziani critici non si risolve realizzando più strutture residenziali e con più posti letto sulla base dell'attuale modello:

L'innovazione sarebbe realizzare un graduale processo di riconversione a partire da un diverso paradigma al cui al centro collocare l'anziano fragile che, malgrado le sue limitazioni, va considerato come portatore di un suo progetto di vita.

La fragilità dimostrata nel fronteggiare l'epidemia ha fatto maturare l'orientamento a potenziare le RSA nel sistema sanitario e ad innovare il sistema delle cure per la non autosufficienza, progettando in modo organico offerte domiciliari, residenziali e loro interazioni. Potenziare la tutela a domicilio di non autosufficienti può condurre anche ad un risparmio del SSN, garantendo una minore spesa rispetto ai ricoveri in struttura.

L'assistenza territoriale, che presenta ancora forti disomogeneità a livello regionale, non è più procrastinabile, anche in funzione di equilibri sociali destinati a scomparire, con l'aumento di persone anziane all'interno dei nuclei familiari.

Se oggi ci sono 35 anziani ogni 100 persone in età lavorativa, nel 2050 secondo i dati ce ne saranno quasi il doppio. Un cittadino su due reputa che il numero di infermieri sia insufficiente per garantire l'assistenza non solo in ospedale ma anche sul territorio, i cittadini chiedono soluzioni che promuovano la figura del professionista nella realtà quotidiana della persona.

L'obiettivo è mantenere, e migliorare nel tempo, l'equilibrio e lo stato di salute della famiglia, nella comunità, aiutandola a evitare o gestire le minacce alla salute. La rete territoriale dovrebbe operare in sinergia con la rete ospedaliera, in modo da creare un sistema unificato che coinvolga la persona in una visione olistica.

Il potenziamento della figura infermieristica, che da sempre abbraccia questa visione, può essere lo strumento per raggiungere l'obiettivo finale. La carenza della figura dell'infermiere può essere contrastata con alcune possibili strategie presentate in questo lavoro, che non sono certo esaustive per risolvere il problema, ma possono essere il punto di partenza per raggiungere gli obiettivi prefissati nel PNRR. Il cittadino deve aver accesso ad una sanità territoriale rinnovata e innovativa, il professionista infermiere, grazie al suo ruolo strategico per la garanzia della salute della comunità, rappresenta il fulcro di questa innovazione.

L'infermiere, con le sue competenze in continua evoluzione, rappresenta una professione che cresce, si evolve e si innova, a servizio del cittadino e della comunità.

[La carenza infermieristica nella sanità territoriale e51 - e00 \(infermiereonline.org\)](https://www.infermiereonline.org)

Protocols and their effects for medical device-related pressure injury prevention among critically ill patients: a systematic review

Lee, H., Choi, S.

Publicato il 17 giugno 2024

<https://doi.org/10.1186/s12912-024-02080-y>

Premessa: Per lesione da pressione si intende un danno localizzato alla cute e/o ai tessuti dovuto a una pressione prolungata, e recentemente è stato definito per includere le lesioni da pressione legate ai dispositivi medici. Le lesioni da pressione correlate ai dispositivi medici si verificano in vari siti e sono difficili da rilevare. Anche se vengono rilevate, i dispositivi medici sono essenziali per la vita dei pazienti gravemente malati. Pertanto, è difficile rimuovere o modificare la posizione del dispositivo medico; la prevenzione è quindi essenziale. Questo studio si propone di integrare la letteratura sui protocolli di prevenzione delle lesioni da pressione legate ai dispositivi medici nei pazienti in condizioni critiche.

I metodi: I criteri di inclusione della letteratura erano: (1) pazienti malati critici, (2) interventi sulle lesioni da pressione correlate ai dispositivi, (3) studi controllati randomizzati e disegni quasi sperimentali e (4) scritti in coreano o in inglese. La ricerca e la selezione della letteratura sono state effettuate seguendo il Cochrane Handbook for Systematic Reviews of Interventions con il supporto delle linee guida PRISMA.

Risultati: Alla fine sono stati selezionati dodici articoli. L'incidenza delle lesioni da pressione correlate ai dispositivi medici è diminuita dall'8,1-96,7% prima dell'intervento allo 0,3-53,3% dopo l'intervento, rispettivamente. La prevenzione delle lesioni da pressione correlate ai dispositivi medici è risultata efficace nel ridurre l'incidenza delle lesioni da pressione correlate ai dispositivi medici quando applicata a pazienti di tutte le età, dai neonati agli adulti, in diverse unità di terapia intensiva. Le strategie di prevenzione delle lesioni da pressione correlate ai dispositivi medici comprendono l'educazione degli infermieri, la valutazione, la documentazione e gli interventi (igiene, riposizionamento, terapia d'emergenza come medicazioni protettive o attrezzature progettate per ridurre la pressione) per le lesioni da pressione. Le medicazioni per le lesioni da pressione includevano principalmente medicazioni in schiuma idrocolloidale, ma anche le formulazioni idrocolloidali trasparenti hanno ridotto efficacemente i tassi di incidenza delle lesioni da pressione correlate ai dispositivi medici.

Conclusioni: In futuro, è necessario aumentare il livello di evidenza applicando metodi di prevenzione delle lesioni da pressione correlate a dispositivi medici specializzati per diversi dispositivi medici e aree di lesioni da pressione e verificandone l'efficacia.

[Protocols and their effects for medical device-related pressure injury prevention among critically ill patients: a systematic review | BMC Nursing | Full Text \(biomedcentral.com\)](https://doi.org/10.1186/s12912-024-02080-y)

LEPS: la supervisione del personale dei servizi sociali

Franco Pesaresi

Articolo pubblicato su Welforum.it il 22/5/2024:

<https://www.welforum.it/leps-la-supervisione-del-personale-dei-servizi-sociali/>

Questo articolo è il settimo di una serie di schede sui Livelli essenziali delle prestazioni sociali (LEPS). I precedenti articoli erano relativi ai LEPS del “Percorso assistenziale integrato”¹, delle “Dimissioni protette”², del “Pronto intervento sociale”³, della “Prevenzione allontanamento familiare - P.I.P.P.I.”⁴, dei “Servizi per la residenza fittizia per i senza dimora”⁵, dell’ “Assistenza domiciliare sociale”⁶ ora invece mi occupo del LEPS relativo alla “Supervisione del personale dei servizi sociali” esplicitando soprattutto i contenuti del Piano Nazionale degli interventi e dei servizi sociali 2021-2023 e del documento del Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali denominato “Strumento di accompagnamento all’implementazione della scheda LEPS Supervisione del personale dei servizi sociali”⁷. Le proposte raccolte in questo ultimo documento, non hanno valore normativo, ma rappresentano un punto di incontro tra esperienze e letteratura, che può costituire un riferimento unitario per le operatrici e gli operatori del settore.

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

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 una parte approvando i seguenti sei LEPS prioritari:

1. Pronto intervento sociale;
2. **Supervisione del personale dei servizi sociali;**
3. Servizi sociali per le dimissioni protette;
4. Prevenzione dell’allontanamento familiare. - P.I.P.P.I.;
5. Servizi per la residenza fittizia;
6. Progetti per il dopo di noi e per la vita indipendente.

Il Piano sociale nazionale 2021-2023, nel contempo, nell’operare la scelta di individuare un livello essenziale delle prestazioni riguardante la supervisione degli operatori del sociale illustra le

¹ <https://www.welforum.it/leps-il-percorso-assistenziale-integrato-parte-i/>

<https://www.welforum.it/leps-il-percorso-assistenziale-integrato-parte-ii/>

² <https://www.welforum.it/le-dimissioni-protette/>

³ <https://www.welforum.it/il-pronto-intervento-sociale/>

⁴ <https://www.welforum.it/leps-prevenzione-allontanamento-familiare-p-i-p-p-i/>

⁵ <https://www.welforum.it/leps-servizi-per-la-residenza-fittizia-per-i-senza-dimora/>

⁶ <https://www.welforum.it/leps-lassistenza-domiciliare-sociale-sad/>

⁷ Lo Strumento di accompagnamento al LEPS, che è stato elaborato da una cabina di regia ministeriale, si propone come una guida di orientamento tecnico all’applicazione del Livello essenziale negli Ambiti Territoriali Sociali.

caratteristiche del LEPS ai fini tanto di individuare le migliori risposte ai bisogni quanto di prevenire e contrastare i fenomeni di burn-out.

LEPS: Supervisione del personale dei servizi sociali

Denominazione del LEPS

Supervisione per gli operatori sociali.

Descrizione sintetica del LEPS

La supervisione professionale si caratterizza come processo di supporto alla globalità dell'intervento professionale dell'operatore sociale, come accompagnamento di un processo di pensiero, di rivisitazione dell'azione professionale ed è strumento per sostenere e promuovere l'operatività complessa, coinvolgente, difficile degli operatori. È un sistema di riflessione e di auto-riflessione sull'azione professionale, uno spazio e un tempo dove ritrovare, attraverso la riflessione guidata e il confronto di gruppo, una distanza equilibrata dall'azione, per analizzare con lucidità sia la dimensione emotiva, sia la dimensione metodologica dell'intervento per ricollocarla in una dimensione corretta, con spirito critico e di ricerca. L'oggetto del processo di supervisione professionale è fortemente connesso alla qualità tecnica degli interventi. Dal punto di vista professionale, con riferimento agli aspetti metodologici, valoriali, relazionali, deontologici ecc., l'obiettivo primario si identifica con il miglioramento della qualità delle prassi degli assistenti sociali e in generale degli operatori sociali. In tale processo sono da prendere in considerazione anche elementi relativi al piano amministrativo delle procedure, nonché elementi propri del rapporto fra assistenti sociali/operatori sociali ed Ente, con il comune obiettivo finale di individuare le criticità emergenti e i possibili miglioramenti della qualità complessiva – professionale e amministrativa – del servizio reso a favore delle persone.

La relazione di supervisione ha come fondamento un rapporto empatico, di stima e di fiducia, si connota come sostegno e non giudizio ed è costruita sulla riservatezza su quanto emerge dal confronto all'interno del setting. L'attività di supervisione consiste nell'analisi delle pratiche professionali messe in atto dagli assistenti sociali e in generale dagli operatori sociali. Il gruppo attiva una riflessione orientata prevalentemente al procedimento professionale sul piano metodologico, valoriale, deontologico e relazionale. L'approfondimento svolto è orientato a esplicitare i processi di pensiero soggiacenti alle scelte operate e alle azioni attivate e ad evidenziare problemi e alternative d'intervento. Il presupposto dal quale iniziare un processo formativo attraverso la supervisione è l'individuazione delle "pratiche professionali messe in atto" che riconquistano senso e significato professionale, individuale e collettivo per contrastare, innanzitutto, forme di burocratizzazione dell'intervento professionale. La supervisione ha lo scopo di aiutare il supervisionato ad assumere al meglio le funzioni esercitate nei confronti delle persone e dell'organizzazione, a sostenere un esame critico della propria attività, nella consapevolezza della pluralità dei metodi e dei percorsi possibili per la risoluzione dei problemi.

La supervisione non è:

- *Controllo tecnico-amministrativo che ha per oggetto la regolarità del procedimento sul piano amministrativo in termini di requisiti di forma, di contenuto e di tempi di espletamento, in relazione a quanto prescritto dalle norme di legge e dai regolamenti. Il controllo tecnico amministrativo si connota prevalentemente per la sua dimensione valutativa e di giudizio ed è compito precipuo delle organizzazioni e delle direzioni;*
- *Supervisione psicologica: la supervisione professionale di servizio sociale non prende in considerazione la dimensione psicologica individuale e le dinamiche relazionali tra i partecipanti perché non coerenti con il focus sulle prassi operative (Ministero Lavoro, 2021).*

La supervisione può rispondere ad esigenze e richieste di natura sia "preventiva" che "riparativa"; può infatti proporsi come un intervento orientato a limitare lo scadimento nella motivazione,

nell'appropriatezza tecnica e metodologica o come un intervento che si pone l'obiettivo di tentare di rimuovere criticità o difficoltà esistenti nell'interpretazione dei mandati professionali o nelle dinamiche del contesto istituzionale all'interno del quale il professionista opera.

La supervisione ha pertanto anche l'obiettivo di tracciare traiettorie di intervento nuove ed evolutive e di stimolare più funzionali strategie di problem-solving per risolvere un'impasse lavorativa.

L'intervento del supervisore, in quanto "esterno" al gruppo supervisionato, mira ad assumere una funzione di indirizzo, di orientamento, di approfondimento e di analisi, rintracciando elementi "marcatori di contesto" della situazione oggetto di supervisione che altrimenti possono sfuggire alla osservazione e possono rappresentare l'origine dell'impasse lavorativa, con ricadute sulla efficacia dell'intervento e sulla efficienza dell'operatore, che spesso esita in situazione di stallo o burn out (Ministero Lavoro, 2023).

La supervisione è un modo non lineare ma complesso di fare formazione .

Obiettivi

L'obiettivo generale è la garanzia di un servizio sociale di qualità attraverso la messa a disposizione degli operatori di strumenti che ne garantiscano il benessere e ne preservino l'equilibrio. Nello specifico gli obiettivi sono:

- *Rafforzamento della identità professionale individuale;*
- *Elaborazione dei vissuti emotivi degli assistenti sociali e in generale degli operatori sociali;*
- *Ristrutturazione degli strumenti relazionali e comunicativi;*
- *Ridimensionamento della tendenza al fare e alla concretezza dei bisogni, sostenendo l'acquisizione o il consolidamento di competenze riflessive e autoriflessive;*
- *Sostegno al desiderio e al bisogno di prospettive, nella direzione della valorizzazione delle competenze, anche di programmazione, della professione;*
- *Dare spazio, attraverso l'esperienza di gruppo, alla riflessione condivisa;*
- *Valorizzazione, attraverso la possibilità di raccontarsi, delle strategie adottate, delle buone pratiche messe in atto, delle capacità di problem solving utilizzate;*
- *Orientamento dell'attività alla raccolta di dati e di stimoli, anche come base per future iniziative di sistematizzazione delle conoscenze e delle esperienze e ricerca (Ministero del Lavoro, 2021).*
- *aiutare il supervisionato ad assumere al meglio le funzioni esercitate nei confronti delle persone e dell'organizzazione;*
- *sostenere un esame critico della propria attività, nella consapevolezza della pluralità dei metodi e dei percorsi possibili per la risoluzione dei problemi (Ministero del Lavoro, 2023).*

Destinatari

I destinatari diretti sono i seguenti professionisti presenti nei servizi sociali territoriali di competenza dell'Ambito sociale:

- *Assistenti sociali impiegati nei servizi sociali dell'Ambito territoriale;*
- *Altre figure professionali presenti nei servizi sociali territoriali (psicologi, educatori professionali, pedagogisti, educatori pedagogici, ecc.) (Ministero Lavoro, 2021).*

Ovviamente si fa qui riferimento a tutte le organizzazioni pubbliche dei servizi sociali quali sono gli Ambiti Territoriali Sociali (ATS), i singoli Comuni e gli Enti gestori delle funzioni socioassistenziali, singoli o associati compresi all'interno di ciascun ATS.

Il documento ministeriale del 2023 dal titolo "Strumento di accompagnamento all'implementazione della scheda LEPS Supervisione del personale dei servizi sociali" ha aggiunto che sono da considerare destinatari diretti, oltre ai professionisti presenti nei servizi sociali territoriali di competenza dell'Ambito in gestione diretta anche i professionisti in gestione esternalizzata ma solo se concorrono, insieme all'assistente sociale (art. 1, comma 2, lettere i e h del DM 206 del 16 dicembre 2014), all'esercizio delle funzioni di presa in carico, progettazione, valutazione multidimensionale e attivazione di prestazioni sociali e di interventi in rete. Con il rafforzamento del servizio sociale professionale, che è stato individuato quale LEPS e che prevede l'assunzione

a tempo indeterminato di un numero congruo di assistenti sociali, tale seconda possibilità diverrà residuale, ma resterà possibile inserire nel gruppo degli assistenti sociali anche personale esternalizzato (Ministero Lavoro, 2023).

Modalità di accesso

Il livello essenziale costituisce:

- *Un obbligo per l'ente datore di lavoro di fornire, direttamente o per il tramite dell'Ambito la supervisione per l'assistente sociale e per l'operatore sociale che svolge le funzioni di servizio sociale professionale di competenza dell'Ambito. Laddove a livello di Ambito ci sia un numero esiguo di operatori cui garantire la supervisione, la funzione può essere organizzata in forma associata con altro Ambito territoriale;*
- *Un diritto-dovere di supervisione professionale per il professionista che svolge le funzioni di servizio sociale professionale di competenza dell'Ambito sia in gestione diretta che in gestione esternalizzata (Ministero Lavoro, 2021).*

Funzioni svolte

Compito fondamentale della supervisione è sostenere l'operatore sociale nell'elaborazione teorica, nel collegamento teoria-prassi, nell'identità professionale, nella rielaborazione dell'esperienza professionale, nella capacità di lavorare in gruppo, nella capacità di controllare i propri sentimenti per fare un uso di sé finalizzato alla professione, sul piano organizzativo istituzionale, ovvero nella capacità di incidere sulle decisioni e di negoziare con l'organizzazione di appartenenza, sul piano tecnico-metodologico (Ministero Lavoro, 2021).

Il supervisore, inoltre, è chiamato a considerare i fattori che incidono sul burn out al fine di migliorare il benessere dell'operatore e conseguentemente la qualità degli interventi professionali e operare per favorire l'apprendimento da parte dei supervisionati di una modalità riflessiva da utilizzare in autonomia (Ministero Lavoro, 2023).

Modalità operative

La supervisione è un intervento che risponde alla logica della continuità, perché deve accompagnare nel tempo il professionista. Al tempo stesso richiede dei tempi di latenza perché il professionista metta in pratica quanto appreso in autonomia. La supervisione potrebbe anche puntare sulla messa a punto e la cura di tecniche e strumenti professionali innovativi di sostegno all'operatività. Potrebbe, inoltre, fornire una strumentazione per l'automonitoraggio dell'intervento professionale complessivo, migliorando anche l'azione organizzativa. A questo proposito si ritiene che possa essere utile individuare incontri di supervisione programmati ciclicamente. Un livello minimo o base potrebbe prevedere percorsi di gruppo indicativamente di 16 ore annue a cui affiancare momenti anche individuali o di supervisione in équipe.

In considerazione della composizione numerica degli assistenti sociali e degli operatori sociali presenti nei servizi sociali territoriali e/o dell'organizzazione dei servizi sociali, il percorso di supervisione professionale può essere organizzato sia dal singolo Comune, che dall'Ambito territoriale, sia in forma associata tra Ambiti. Essa può essere organizzata anche per target particolari (es. neoassunti, assistenti sociali coordinatori, ecc.). Essa può svolgersi sia in presenza, che con modalità telematica a distanza, in particolare con riferimento ad aree territoriali nelle quali la presenza di operatori sociali è meno concentrata. La supervisione monoprofessionale può svilupparsi come attività individuale e/o di gruppo e/o per area di lavoro (es. area minori, area adulti, ecc.).

L'attività di supervisione professionale può dare diritto al riconoscimento dei crediti ai fini dell'obbligo formativo, laddove previsto nei Regolamenti professionali di ciascuna professione coinvolta (assistenti sociali, psicologi, educatori professionali, ecc.). È opportuno che, per gli assistenti sociali e per tutte le altre professioni che lo prevedano, l'ente richieda il riconoscimento dei crediti secondo le modalità previste dalle varie norme in materia.

La Scheda LEPS Supervisione prevede che il supervisore presenti una proposta progettuale all'inizio del percorso e una relazione finale; va inoltre prevista la firma di un protocollo di riservatezza (Ministero Lavoro, 2023). La relazione finale ai committenti deve indicare i risultati raggiunti e, laddove presenti ed in accordo con il gruppo, criticità o problematiche rilevate (Ministero Lavoro, 2021).

Si raccomanda l'utilizzo, a cura del supervisore, di un registro presenze per ogni incontro (lo schema è contenuto nel documento ministeriale del 2023), corredato da una breve introduzione sul numero dell'incontro, i temi trattati, la modalità di fruizione, l'organizzazione in area di lavoro/target particolari e la chiusura dell'incontro con una particolare attenzione alle criticità emerse e agli obiettivi di lavoro per l'incontro successivo. Nel caso in cui si tratta di supervisione d'équipe sarà importante annotare la qualifica dei vari professionisti partecipanti e il servizio di afferenza.

Inoltre, a ciascun supervisore e a ciascun partecipante, si consiglia l'utilizzo del "diario di bordo" (lo schema è contenuto nel documento ministeriale del 2023), considerato strumento utile a sviluppare capacità riflessive, focalizzare gli aspetti positivi e non di un percorso, i vissuti, le emozioni e le sensazioni durante lo svolgimento del percorso di supervisione. È considerato uno strumento propedeutico alle sessioni di supervisione. Le riflessioni annotate costituiranno un punto di partenza per attivare lo scambio e il confronto (Ministero Lavoro, 2023).

Per garantire uno sviluppo uniforme sull'intero territorio nazionale e la relativa corretta implementazione del LEPS, ogni Ambito Territoriale sociale dovrà presentare il Piano operativo di supervisione (lo schema è contenuto nel documento ministeriale del 2023) mediante inserimento sulla piattaforma SIOSS ovvero altra piattaforma informatica messa a disposizione dalla Direzione Generale per la Lotta alla Povertà e la Programmazione Sociale. Ai fini del monitoraggio del LEPS verrà attivato, dal Ministero del Lavoro e delle politiche sociali in collaborazione con le Regioni e con l'ANCI, un sistema di rilevazione e monitoraggio nell'ambito del SIOSS oltre a specifiche ulteriori attività di ricerca finalizzate a garantire l'attuazione unitaria sul territorio nazionale.

La supervisione professionale può essere erogata nelle seguenti forme:

- 1.1. Supervisione di gruppo mono professionale degli assistenti sociali. Questa tipologia di supervisione professionale rappresenta il livello minimo obbligatorio;
- 1.2. Supervisione individuale. Questa tipologia di supervisione professionale rappresenta il livello minimo obbligatorio;
2. Supervisione organizzativa di équipe interprofessionale;
3. Supervisione mono professionale di altri professionisti presenti nei servizi sociali territoriali.

1.1. Supervisione di gruppo mono professionale degli assistenti sociali

Nella supervisione in gruppo mono professionale, questo dovrà essere composto da un numero indicativo massimo di 15 di operatori sociali supervisionati. Gli incontri di supervisione non possono avere una durata inferiore alle 2 ore. Il percorso di supervisione deve garantire continuità nel tempo ed un numero adeguato di incontri, la cui cadenza solitamente è mensile, ma può essere anche bimestrale come quindicinale.

Il supervisore di un gruppo composto da assistenti sociali deve essere in possesso del titolo di studio richiesto per l'iscrizione all'Albo degli Assistenti Sociali, essere regolarmente iscritto all'Albo degli Assistenti sociali, essere in possesso di tutti i requisiti di legge per l'esercizio della professione, con particolare riferimento agli adempimenti previsti dal D.P.R. 137/2012, aver maturato una comprovata esperienza nel lavoro sociale ed un'adeguata esperienza nella supervisione di assistenti sociali. Il supervisore può essere esterno all'organizzazione (Ministero Lavoro, 2021).

Solo per la supervisione di gruppo mono professionale degli assistenti sociali, il documento ministeriale del 2023 dal titolo "Strumento di accompagnamento all'implementazione della scheda LEPS Supervisione del personale dei servizi sociali" ha precisato che la supervisione si svolge ordinariamente

in presenza; in casi straordinari, ben motivati dal Dirigente responsabile e limitati, possono svolgersi con modalità telematica a distanza (Ministero Lavoro, 2023).

1.2. La supervisione individuale

La supervisione individuale prevede un numero minimo di 15 ore annue per ogni gruppo di supervisione che è di norma composto da 15 assistenti sociali; da articolare in base alle diverse necessità che emergono. L'ente datore di lavoro è tenuto a garantire tale livello minimo di supervisione professionale agli assistenti sociali, in quanto LEPS. Queste ore potranno essere utilizzate qualora se ne ravvisi la necessità su aspetti specifici o situazioni di problematicità. Se non si rende necessario utilizzare tutte le ore di supervisione individuale, l'Ente potrà successivamente ridistribuire le ore per utilizzarle per la supervisione di gruppo o per la supervisione organizzativa dell'équipe, qualora prevista. (Ministero Lavoro, 2023).

2. Supervisione organizzativa di équipe interprofessionali

In presenza di équipe multiprofessionali il percorso di supervisione potrà comprendere incontri di supervisione organizzativa, in aggiunta al livello minimo di ore di supervisione professionale e non in sostituzione, in cui saranno presenti oltre gli assistenti sociali anche le altre figure professionali presenti nel servizio (psicologi, educatori professionali, ecc.), al fine di lavorare sulle modalità di funzionamento dell'équipe (Ministero Lavoro, 2021).

La supervisione organizzativa di équipe interprofessionale prevede un numero minimo di 6 ore annue e un numero minimo di 2 ore per singolo incontro. È opportuno individuare una cadenza che favorisca la continuità del percorso. Il gruppo sarà composto preferibilmente da un numero massimo di 15 operatori sociali (Ministero Lavoro, 2023).

La supervisione organizzativa di équipe multiprofessionale si differenzia dalla supervisione di servizio sociale principalmente per la multidisciplinarietà del lavoro e della cura del gruppo di lavoro e della sua relazione con l'organizzazione. Questa tipologia di supervisione risponde alla necessità organizzativa di integrare le competenze dei professionisti coinvolti nel servizio e nella gestione dei casi complessi e si concentra sul rapporto tra identità professionali e tra queste e l'organizzazione di appartenenza.

La supervisione di tipo organizzativo rivolta alle équipe interprofessionali può essere condotta da ciascuna delle categorie professionali presenti nell'équipe purché esterno ed in possesso dei previsti requisiti e di adeguata formazione ed esperienza. Il supervisore deve essere individuato per la competenza sulla tematica/ambito di intervento specifici e in possesso dei previsti requisiti e di adeguata formazione ed esperienza. L'azione del supervisore è vincolata al segreto professionale ed al rispetto del Codice deontologico della professione di appartenenza. Il supervisore, nell'ambito della propria proposta progettuale, solitamente propone occasioni di supervisione individuale di almeno un'ora, qualora si rilevassero l'esigenza di un confronto su aspetti specifici o situazioni di problematicità (Ministero Lavoro, 2021).

3. La Supervisione mono professionale di altri professionisti presenti nei servizi sociali territoriali

La Supervisione mono professionale di altri professionisti (non assistenti sociali) presenti nei servizi sociali territoriali può essere attivata dagli ATS, in aggiunta alla supervisione organizzativa d'équipe. È opportuno individuare una cadenza che favorisca la continuità del percorso. Il gruppo è composto preferibilmente da un numero massimo di 15 operatori sociali e prevede un numero minimo di 2 ore per singolo incontro. La supervisione può essere organizzata per area di lavoro/intervento, target particolari, in base all'organizzazione di ogni ATS (Ministero Lavoro, 2023).

Il supervisore di un gruppo composto solamente da una di queste tipologie di professioni (psicologi, educatori professionali, ecc.) deve essere in possesso del titolo di studio richiesto per l'iscrizione agli Ordini di rispettiva appartenenza, laddove previsti, e in tal caso esservi regolarmente iscritto, essere in possesso di tutti i requisiti di legge per l'esercizio della professione, con particolare riferimento agli

adempimenti previsti dal DPR 137/2012, aver maturato una comprovata esperienza nel lavoro sociale ed un'adeguata esperienza nella supervisione della categoria di operatori sociali di appartenenza.

Professionalità coinvolte: il supervisore

Per lo svolgimento del compito complesso che gli è affidato, è necessario che il supervisore possieda alcune caratteristiche fondamentali in relazione anche al gruppo dei cd. supervisionati. In generale:

- *Il supervisore deve essere appartenente alla stessa professione del gruppo di supervisionati in modo da favorire il rafforzamento dell'identità professionale degli operatori in percorsi di riflessione sull'azione professionale (o deve appartenere ad una delle professioni del gruppo di supervisionati nel caso della supervisione delle equipe multiprofessionali);*
- *Deve aver seguito percorsi formativi per diventare formatore e supervisore;*
- *Il supervisore deve possedere una capacità pedagogica e una attitudine formativa;*
- *Il supervisore deve aver approfondito i fondamenti teorici, metodologici ed etico deontologici della professione e, in generale, del servizio sociale;*
- *Il supervisore stesso ha l'obbligo di percorsi specifici di formazione e supervisione;*
- *il supervisore può essere esterno all'organizzazione (Ministero Lavoro, 2021).*

Costi per i destinatari

Non ci sono costi per i professionisti destinatari della supervisione.

Finanziamenti

Per definire un'ipotesi di quantificazione economica del livello essenziale di supervisione è necessario considerare che gli attuali percorsi strutturati vedono un costo orario minimo che oscilla tra i 100 ed i 120 euro/ora e un impegno orario annuo per gruppo indicativamente di circa 16 ore di attività e 15 ore complessive dedicate alla supervisione individuale. Laddove non fosse necessario procedere ad utilizzare tutte le ore di supervisione individuale l'Ente potrà redistribuire le ore per utilizzarle per la supervisione di gruppo o per la supervisione organizzativa dell'équipe. La supervisione può essere affiancata anche da un'attività di supervisione organizzativa dell'équipe, indicativamente per 6 ore aggiuntive annue. Il costo annuo indicativo massimo per ciascun gruppo di supervisione (per un max di 15 operatori sociali) è di 4.750,80 euro comprensiva delle 6 ore di supervisione di équipe e di una quota forfettaria fissa per l'organizzazione e gli adempimenti connessi a carico del supervisore di circa il 7% per ogni percorso (310 €) (Cfr. Tab. 1) (Ministero Lavoro, 2021).

Tab. 1 – Stima dei costi annui dei singoli cicli di supervisione

Tipologia di supervisione	Ore	Costo in €	Quota forfettaria per costi indistinti 7% in € (va calcolata sul totale delle ore effettivamente prestate)	Totale in €
<i>Di gruppo</i>	16	1.920	134,40	2.054,40
<i>Individuale</i>	15	1.800	126,00	1.926
<i>Di équipe</i>	6	720	50,40	770,40
Totale	37	4.440	310,00	4.750,80

Fonte: Ministero Lavoro, 2021.

Al finanziamento dell'attività, concorrono 42 milioni di euro stanziati dal PNRR, specificamente previsti nell'ambito del progetto dell'area M5C2 Investimento 1.1.4. Il progetto è denominato "Rafforzamento dei servizi sociali e prevenzione del fenomeno del burn out tra gli operatori sociali". Il PNRR prevede il finanziamento di 200 progetti (di Ambito sociale o pluri-ambito). Ad ogni progetto assegnatario vengono erogati 70.000 euro per ognuno dei tre anni di validità del progetto per un totale di 210.000 euro per progetto. L'obiettivo è quello di realizzare la supervisione per almeno 3.500 operatori.

Inoltre, il riparto delle risorse del Fondo nazionale per le politiche sociali (FNPS) 2021-2023 ha previsto che le regioni destinino una quota del FNPS alla supervisione (si veda per questo l'allegato C del Decreto relativo alla programmazione degli interventi); tale intervento è stato poi confermato anche dalla legge di Bilancio 2022 che precisa che le risorse per l'attuazione dei LEPS potranno essere integrate ove necessario dalle risorse del Fondo nazionale politiche sociali. Per cui sin da ora le regioni hanno avviato il finanziamento del LEPS Supervisione anche con i fondi del FNPS e questo garantirà, sempre con gli stessi fondi, la prosecuzione della supervisione, seppur quantitativamente ridimensionata, anche quando saranno esauriti i fondi del PNRR.

Bibliografia

- Decreto interministeriale del 22/10/2021, Adozione dei Capitoli 1 e 2 del Piano nazionale degli interventi e dei servizi sociali 2021-2023 e riparto delle risorse del Fondo nazionale per le politiche sociali:
https://www.gazzettaufficiale.it/atto/serie_generale/caricaDettaglioAtto/originario?atto.data PubblicazioneGazzetta=2021-12-27&atto.codiceRedazionale=21A07630&elenco30giorni=true
- LEGGE 30 dicembre 2021 , n. 234. Bilancio di previsione dello Stato per l'anno finanziario 2022 e bilancio pluriennale per il triennio 2022-2024:
<https://www.gazzettaufficiale.it/eli/qu/2022/12/17/294/sq/pdf>
- Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali, Strumento di accompagnamento all'implementazione della scheda LEPS Supervisione del personale dei servizi sociali, 2023:
<https://www.lavoro.gov.it/strumenti-e-servizi/strumento-di-accompagnamento-al-leps-supervisione>
- Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali, Piano nazionale degli interventi e dei servizi sociali 2021-2023, 2021, <https://www.lavoro.gov.it/priorita/Documents/Piano-Nazionale-degli-Interventi-e-dei-Servizi-Sociali-2021-2023.pdf>

LEPS: SERVIZIO SOCIALE PROFESSIONALE

Franco Pesaresi

Articolo pubblicato su Welforum.it il 13/6/2024:

<https://www.welforum.it/leps-servizio-sociale-professionale/>

Questo articolo è l'ottavo di una serie di schede sui Livelli essenziali delle prestazioni sociali (LEPS). I precedenti articoli erano relativi ai LEPS del "Percorso assistenziale integrato", delle "Dimissioni protette", del "Pronto intervento sociale", della "Prevenzione allontanamento familiare - P.I.P.P.I.", dei "Servizi per la residenza fittizia per i senza dimora", dell' "Assistenza domiciliare sociale", della "Supervisione del personale dei servizi sociali" ed ora invece mi occupo del LEPS relativo al "Servizio sociale professionale".

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.

Introduzione

L'art. 117 della Costituzione, come riformata nel 2001, riserva al Governo centrale la definizione dei Livelli essenziali delle prestazioni sociali (LEPS) da assicurare su tutto il territorio nazionale, ma la definizione pratica dei LEPS si è scontrata con la situazione finanziaria e la volontà politica hanno a lungo ostacolato l'adempimento costituzionale.

Così una individuazione organica dei LEPS non è mai stata definita e si è invece proceduto, soprattutto in questi ultimissimi anni, alla individuazione graduale nel tempo di un primo gruppo di LEPS in attesa di una legge organica. Così, con la Legge di bilancio 2021 si è arrivati alla formale definizione di **un livello essenziale di sistema nei termini di un rapporto assistenti sociali e popolazione minimo di 1:5.000** residenti e a stanziare risorse finalizzate al suo perseguimento nell'ambito del servizio pubblico; tale misura può a buon diritto qualificarsi come una precondizione necessaria di natura infrastrutturale dell'intero edificio del sistema dei servizi sociali.

Denominazione del LEPS

Servizio sociale professionale (rapporto tra assistenti sociali e popolazione residente).

Descrizione sintetica del LEPS

La Legge di bilancio 2021 (L. 178/2020), all'art. 1, co. 797, stabilisce espressamente di individuare come livello essenziali delle prestazioni sociali (LEPS) il Servizio sociale professionale con la duplice finalità di potenziare il sistema dei servizi sociali comunali, gestiti in forma singola o associata, e i servizi rivolti ai beneficiari del Rdc (di cui all'art. 7, co. 1, del D.Lgs. 147/2017), poi Assegno di inclusione (ADIn).

A tal fine è formalmente **individuato un LEPS definito da un rapporto tra assistenti sociali e popolazione residente pari a 1 a 5.000**, cui si aggiunge un ulteriore obiettivo di servizio "sfidante" definito da un operatore ogni 4.000 abitanti.

Obiettivi

Il rationale della norma è quello di garantire una presenza adeguata ed uniforme del Servizio sociale professionale sull'intero territorio nazionale, incentivando l'assunzione stabile di assistenti sociali da parte dei Comuni e dei relativi Ambiti territoriali sociali (ATS). La stabilità del rapporto di lavoro e la dipendenza organica dagli enti titolari della funzione sociale degli operatori preposti alla presa in carico dei cittadini residenti costituisce essa stessa una garanzia dell'esigibilità dei servizi sociali nel loro complesso e soprattutto di quelli individuati come Livelli essenziali delle prestazioni sociali.

Destinatari

I destinatari del LEPS "Servizio sociale professionale" sono gli Enti locali e gli Ambiti territoriali sociali, con i loro enti capofila, che sono i titolari e gli esercenti la funzione sociale pubblica locale.

Modalità operative

La Legge 178/2020 (Legge di Bilancio per il 2021 all'articolo 1, comma 797 e seguenti), ha introdotto un **livello essenziale delle prestazioni di assistenza sociale** definito da un assistente sociale ogni 5.000 abitanti e un ulteriore obiettivo di servizio definito da un operatore ogni 4.000 abitanti.

In quest'ottica, ai fini di potenziare il sistema dei servizi sociali comunali, ha previsto l'erogazione di un **contributo economico a favore degli Ambiti sociali territoriali (ATS)** in ragione del numero di assistenti sociali impiegati in proporzione alla popolazione residente.

Il contributo è così determinato:

- **40.000 euro annui** per ogni assistente sociale assunto a tempo indeterminato dall'Ambito, ovvero dai Comuni che ne fanno parte, in termini di equivalente a tempo pieno, in numero eccedente il rapporto di 1 a 6.500 abitanti e fino al raggiungimento del rapporto di 1 a 5.000;

- **20.000 euro annui** per ogni assistente sociale assunto in numero eccedente il rapporto di 1 a 5.000 abitanti e fino al raggiungimento del rapporto di 1 a 4.000.

Il finanziamento, a valere sul Fondo povertà, ha natura strutturale e non riguarda solo le nuove assunzioni. Dunque, ciascun Ambito avrà diritto al contributo per i relativi assistenti sociali fintantoché il numero di assistenti sociali in proporzione ai residenti si manterrà sopra le soglie previste dalla normativa. Pertanto, i contributi pubblici sono relativi anche al personale già assunto, laddove eccedente le soglie previste.

Per poter accedere al contributo ministeriale, dal punto di vista operativo, occorre che:

- entro il 28 febbraio di ogni anno il responsabile dell'Ambito sociale inserisce sul sistema SIOSS i dati relativi al personale dell'anno precedente e le previsioni dell'anno corrente;
- entro il 30 giugno di ogni anno, con decreto del Ministro del lavoro e delle politiche sociali, sulla base dei dati forniti dagli Ambiti, vengono riconosciute le somme liquidabili riferite all'anno precedente e prenotate le somme per l'anno corrente; il contributo può essere trattenuto dall'Ambito stesso o può essere suddiviso assegnandolo ai Comuni che ne fanno parte in relazione alla titolarità dell'assunzione.

Le norme statali hanno messo in campo più risorse e opzioni affinché i comuni possano raggiungere l'obiettivo nel più breve possibile. Oltre al Fondo Povertà, i commi 734-735 dell'art. 1 della Legge di Bilancio 2022 (L.234/2021) hanno modificato i criteri di riparto applicati alle quote incrementalmente del **Fondo di solidarietà comunale**⁸ stanziate dalla legge di bilancio 2021 per lo sviluppo dei servizi sociali comunali. Infatti, assunzioni a tempo indeterminato di assistenti sociali si possono finanziare con il Fondo di solidarietà comunale ai sensi del DPCM 1 luglio 2021, "Obiettivi di servizio e modalità di monitoraggio per definire il livello dei servizi offerti e l'utilizzo delle risorse da destinare al finanziamento e allo sviluppo dei servizi sociali", qualora l'incidenza del numero di assistenti sociali per il Comune e/o l'Ambito territoriale sociale di appartenenza sia inferiore a 1:6.500.

Anche con la **Quota servizi del fondo povertà** è possibile assumere assistenti sociali a tempo indeterminato per raggiungere l'obiettivo di un assistente sociale ogni 6.500 abitanti.

E' altresì consentita anche l'assunzione a tempo indeterminato di assistenti sociali a valere sulla quota servizi se l'ATS abbia già raggiunto l'obiettivo di 1:5000 e debba raggiungere 1:4000, per la sola parte non coperta dal Contributo Assistenti Sociali, nel rispetto del divieto del doppio finanziamento. In questa ipotesi sarà finanziata solo quota parte del costo non coperto dal Contributo.

È consentita, infine, sempre con la quota servizi del fondo povertà l'assunzione a tempo indeterminato di assistenti sociali a valere sulla quota servizi se l'ATS abbia già superato l'obiettivo di 1:4000 (ad es. nel caso l'ATS abbia conseguito un rapporto di 1:3.500). Infatti, al di sopra del rapporto 1:4.000 non è previsto il contributo nazionale e pertanto non c'è il rischio di doppio finanziamento (cfr. Piano nazionale per gli interventi e i servizi sociali di contrasto alla povertà 2021-2023, paragrafo 3.3.1).

Nella successiva Tab. 1 vengono sintetizzate le diverse tipologie di finanziamento utilizzabili per raggiungere il LEPS del Servizio sociale professionale. Sintetizzando quanto illustrato in precedenza si può affermare che negli Ambiti territoriali sociali (ATS) dove il rapporto assistenti sociali/popolazione è inferiore a 1:6.500 l'assunzione a tempo indeterminato di assistenti sociali può essere finanziata dalla Quota servizi del Fondo povertà (QSFP) o dal Fondo di solidarietà comunale; negli ATS dove il rapporto è compreso fra 1:6.500 e 1:5.000 l'assunzione può essere finanziata dal Contributo assistenti sociali; negli ATS dove il rapporto è compreso fra 1:4.999 e 1:4.000 l'assunzione può essere finanziata per 20.000 euro dal Contributo assistenti sociali e per 20.000 euro dalla QSFP; ed infine, negli ATS dove il rapporto assistenti sociali/popolazione supera 1:4.000 l'assunzione può essere finanziata dalla QSFP (Cfr. Tab. 1).

⁸ Dal 2025 le risorse del Fondo di solidarietà comunale riservate all'attuazione dei Livelli essenziali temporaneamente ricollocate nel nuovo Fondo Speciale Equità Livello dei Servizi.

Tab. 1 - Schema sintetico assunzioni a tempo indeterminato di assistenti sociali

Rapporto Assistenti sociali/Popolazione	TIPOLOGIA FINANZIAMENTO		
	QSFP	Contributo Assistenti sociali	Fondo Solidarietà Comunale
Inferiore a 1:6.500	SI	NO	SI*
Da 1:6.500 a 1:5.000	NO	SI (40mila)	
Da 1:4.999 a 1:4.000	SI, parte eccedente 20mila	SI (20mila)	
Superiore a 1:4.000	SI	NO	
Norma di riferimento	Piano triennale per interventi e servizi sociali di contrasto alla povertà 2021-2023	L. 178/2020, art. 1 c. 797	L. 178/2020, c. 791-792; DPCM 1 luglio 2021

Note: *importo figurativo 50.000 euro per assistente sociale.

La deroga per le assunzioni

Il riconoscimento del Servizio sociale professionale come LEPS sarebbe però inutile se poi i comuni non avessero la possibilità concreta di assumere gli assistenti sociali a tempo indeterminato senza vincoli eccessivi. La norma che libera l'assunzione degli assistenti sociali dai vincoli di contenimento della spesa di personale è arrivata con la legge di bilancio 2022.

L'art. 1 comma 735⁹ della L. 234/2021, infatti, ha autorizzato i comuni ad effettuare assunzioni di assistenti sociali, con rapporto di lavoro a tempo indeterminato, in deroga ai vincoli di contenimento della spesa di personale.

Vediamo i contenuti e le condizioni della norma citata:

- a) I comuni possono effettuare assunzioni di assistenti sociali, con rapporto di lavoro a tempo indeterminato in deroga ai vincoli di contenimento della spesa di personale (in quanto eterofinanziate);
- b) I comuni che utilizzano questa possibilità devono però rispettare gli obiettivi del pareggio di bilancio;
- c) Le assunzioni devono essere finalizzate al raggiungimento, anche graduale, del livello essenziale delle prestazioni e dei servizi sociali definito da un rapporto tra assistenti sociali impiegati a tempo

⁹ Il comma 735 va a modificare il comma 801 dell'art. 1 della Legge di bilancio 2021 la cui nuova formulazione è la seguente:

801. Per le finalità di cui al comma 797 e al comma 792, a valere sulle risorse di cui al comma 799 e al comma 792 e nel limite delle stesse nonché dei vincoli assunzionali di cui all'articolo 33 del decreto-legge 30 aprile 2019, n. 34, convertito, con modificazioni, dalla legge 28 giugno 2019, n. 58, i comuni possono effettuare assunzioni di assistenti sociali, con rapporto di lavoro a tempo indeterminato, fermo restando il rispetto degli obiettivi del pareggio di bilancio, in deroga ai vincoli di contenimento della spesa di personale di cui all'articolo 9, comma 28, del decreto-legge 31 maggio 2010, n. 78, convertito, con modificazioni, dalla legge 30 luglio 2010, n. 122, e all'articolo 1, commi 557 e 562, della legge 27 dicembre 2006, n. 296, anche ai sensi dell'articolo 57, comma 3-septies, del decreto-legge 14 agosto 2020, n. 104, convertito, con modificazioni, dalla legge 13 ottobre 2020, n. 126.

indeterminato nei servizi sociali territoriali e popolazione residente pari a 1 a 5.000 in ogni ambito territoriale, e dell'ulteriore obiettivo di servizio di un rapporto tra assistenti sociali impiegati nei servizi sociali territoriali e popolazione residente pari a 1 a 4.000 oppure allo sviluppo dei servizi sociali comunali così come definito dal comma 792 dell'art. 1 della Legge di bilancio 2021;

- d) Le risorse con cui finanziare le assunzioni sono relative a due diversi fondi distribuiti ai comuni:
1. Quota parte del Fondo per la lotta alla povertà e all'esclusione sociale (parte libera e parte riservata al Contributo assistenti sociali);
 2. Quota parte del Fondo di solidarietà comunale (FSC) finalizzata al finanziamento e allo sviluppo dei servizi sociali comunali svolti in forma singola o associata dai comuni.

Professionalità coinvolte

Con le risorse del LEPS Servizio sociale professionale si possono assumere a tempo indeterminato solo assistenti sociali.

Finanziamenti

Le risorse con cui finanziare le assunzioni relative al LEPS "Servizio sociale professionale", ovvero le assunzioni a tempo indeterminato degli assistenti sociali, sono relative a due diversi fondi distribuiti ai comuni e agli Ambiti territoriali sociali:

1. Quota parte del Fondo per la lotta alla povertà e all'esclusione sociale. Dall'anno 2022, sono riservati 180 milioni di euro di tale fondo alle assunzioni degli assistenti sociali dei comuni per il raggiungimento del LEPS. Di questi, nel 2023, ne sono stati spesi 64,8 milioni. La parte non vincolata del Fondo potrà comunque essere utilizzata anche per le assunzioni di assistenti sociali in quei territori che hanno inferiore a 1:6.500;
2. Quota parte del Fondo di solidarietà comunale (FSC) finalizzata al finanziamento e allo sviluppo dei servizi sociali comunali svolti in forma singola o associata dai comuni, di cui al comma 792 dell'art. 1 della Legge di bilancio 2021 (L.178/2020). Tale fondo dispone di un finanziamento annuo crescente pari a 345,9 milioni di euro per il 2024 ma che arriverà a 650.923.000 euro annui a decorrere dall'anno 2030. Dal 2025, parte di tale fondo verrà trasferito al Fondo speciale equità livello dei servizi ma con medesime funzioni di sviluppo dei servizi sociali comunali. Nel 2022 i comuni che appartengono ad ATS sotto soglia hanno ricevuto risorse aggiuntive per circa 114 milioni.

Lo stato di attuazione

Gli assistenti sociali assunti a tempo indeterminato nei servizi sociali territoriali (a livello comunale, di Ambito o di società in house specificamente dedicate all'espletamento dei servizi sociali) in servizio nel 2020 erano 8.170 (full time equivalent per un rapporto complessivo nazionale attorno ad 1:7.000), dato che, però, nasconde forti differenziazioni a livello territoriale (Cfr. Tab.2).

Sulla base degli ultimi dati disponibili del Ministero del Lavoro e delle politiche sociali, tra il 2020 (anno di avvio dei finanziamenti) e il 2022 il numero degli assistenti sociali con contratto a tempo indeterminato è aumentato di 1.688 unità. Però, gli assistenti sociali aggiuntivi necessari per raggiungere il LEP in tutti gli ATS sono ancora pari a 3.216 unità (Cfr. Tab. 2).

Tab. 2 – Assistenti sociali in servizio nel triennio 2020-2022 negli ATS/comuni

	2020	2021	2022	Assistenti sociali necessari per raggiungere il LEPS
Piemonte	762	799	876	47
Valle d'Aosta	39	40	44	0
Lombardia	1.655	1.821	2.024	259
Veneto	854	974	975	81
Friuli-Venezia Giulia	385	407	422	0
Liguria	357	373	397	14

Emilia-Romagna	1.118	1.153	1.266	4
Toscana	546	568	704	118
Umbria	101	125	139	33
Marche	186	213	243	76
Lazio	456	480	681	470
Abruzzo	46	45	45	214
Molise	5	8	8	50
Campania	350	377	485	664
Puglia	349	398	534	294
Basilicata	12	27	20	88
Calabria	51	47	67	305
Sicilia	511	404	473	495
Sardegna	386	429	457	4
Totale complessivo	8.170	8.687	9.858	3.216

Fonte: nostra elaborazione su dati UPB, 2023.

A seguito dell'introduzione del LEPS e del suo finanziamento gli assistenti sociali sono aumentati in tutte le regioni così come è incrementato il numero degli ATS che raggiungono il LEPS ma la loro crescita appare molto graduale e sperequata nelle diverse regioni. Ancora oggi, nella maggioranza degli ATS del Veneto e delle Regioni del Centro e del Mezzogiorno (tranne la Sardegna) il rapporto fra assistenti sociali e abitanti resta inferiore al livello essenziale. Nonostante l'elevato numero di Enti sottodotati, gran parte delle risorse (64% nel 2022) finora stanziata per il LEPS non è stata utilizzata. Al contempo sono stati finanziati Enti che avevano già raggiunto il LEPS (37%) mentre la maggior parte delle assunzioni ancora necessarie è concentrata negli ATS sotto soglia (UPB, 2023). Si mantiene in sostanza una doppia velocità nonostante la disponibilità dei finanziamenti con regioni e territori che denotano una maggiore dinamicità e sensibilità per il settore sociale ed altri territori che rispondono con meno capacità e tempestività.

Bibliografia/normativa di riferimento

- LEGGE 30 dicembre 2020 , n. 178. Bilancio di previsione dello Stato per l'anno finanziario 2021 e bilancio pluriennale per il triennio 2021-2023.
- LEGGE 30 dicembre 2021 , n. 234. Bilancio di previsione dello Stato per l'anno finanziario 2022 e bilancio pluriennale per il triennio 2022-2024.
- Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali, Piano nazionale degli interventi e dei servizi sociali 2021-2023, 2021, <https://www.lavoro.gov.it/priorita/Documents/Piano-Nazionale-degli-Interventi-e-dei-Servizi-Sociali-2021-2023.pdf> .
- Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali , nota n. 1898 del 31-01-2024: "Istruzioni operative per l'accesso al contributo ai sensi dell'art. 1, comma 797 della L. 30 dicembre 2020, n. 178. Annualità 2024".
- Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali, Piano nazionale per gli interventi e i servizi sociali di contrasto alla povertà 2021-2023, paragrafo 3.3.1: <https://www.lavoro.gov.it/priorita/Documents/Piano-Nazionale-degli-Interventi-e-dei-Servizi-Sociali-2021-2023.pdf>
- Ufficio Parlamentare di Bilancio (UPB), L'attuazione del Livello essenziale delle prestazioni di assistenza sociale: il reclutamento degli assistenti sociali, 18/12/2023: https://www.upbilancio.it/wp-content/uploads/2023/12/Focus-n.-5-assist_sociali.pdf

WHODAS 2.0: il nuovo strumento per la valutazione della disabilità previsto dal D. LGS. 62/2024

Franco Pesaresi¹⁰

Articolo pubblicato su "I Luoghi della cura" n.2/2024 il 30/5/2024:

<https://www.luoghicura.it/operatori/strumenti-e-approcci/2024/05/il-whodas-2-0-il-nuovo-strumento-per-la-valutazione-della-disabilita/>

*Il Decreto Legislativo 62/2024 che, in attuazione della L. 227/2021, stabilisce le procedure per la nuova ed unica valutazione di base per il riconoscimento della condizione di disabilità, ha individuato un nuovo strumento di valutazione, denominato **WHODAS 2.0**. Si tratta di un metodo standardizzato di misura del funzionamento, della disabilità e della salute delle persone, ad eccezione dei minori di età. Insieme al WHODAS 2.0 verranno utilizzate delle nuove tabelle medico-legali relative alla condizione conseguente alla compromissione duratura, ma per i soli effetti della valutazione dell'invalidità civile.*

Attualmente in Italia vengono impiegate cinque diverse valutazioni nazionali dello stato di disabilità (invalidità civile, cecità civile, sordità civile, handicap e disabilità per il sostegno all'occupazione), che esaminano diverse dimensioni della disabilità, ma tutte con un approccio medico condiviso. Tali procedure tengono conto solamente del danno a carico delle strutture e delle funzioni corporee (menomazioni e disabilità), in base a cui vengono appunto determinate le percentuali di invalidità civile, ma non considerano l'ambiente effettivo in cui le persone vivono e la loro capacità di funzionamento, non riuscendo così a determinare la vera entità dei problemi che un individuo può sperimentare nelle diverse situazioni di vita.

Questa frammentazione del sistema e le diverse modalità di valutazione non sono né efficienti né giustificate; le cinque valutazioni dello stato di disabilità pertanto dovrebbero essere eliminate e sostituite con un'unica valutazione capace di fotografare la capacità di una persona di svolgere le attività della vita e di partecipare alla vita sociale. Domini questi influenzati sia dalla condizione di salute che dai fattori contestuali ambientali. Di conseguenza è da prevedere un'unificazione delle diverse modalità di valutazione della disabilità al momento coesistenti.

Oggi, il processo di accertamento degli stati invalidanti viene avviato dai medici di base che presentano la documentazione della situazione sanitaria del richiedente per la decisione di valutazione. La decisione sullo stato di invalidità viene invece stabilita da una commissione medico-legale dopo una visita. La valutazione utilizza tabelle di corrispondenza obsolete per effettuare la determinazione del grado di invalidità, che in alcuni casi crea problemi di valutazione, soprattutto per i disturbi mentali, in particolare per i giovani adulti, per i quali un approccio puramente medico non riesce a valutare correttamente l'invalidità.

Le persone con disabilità in Italia si trovano di fronte a un panorama giuridico frammentato che ha creato un sistema in cui è complicato orientarsi, con collegamenti poco chiari o mancanti tra i diversi tipi di valutazione e una pratica di valutazione dello stato di disabilità che guarda all'individuo da una prospettiva medica piuttosto ristretta (OECD, 2023).

La legge 227/2021 prevede invece che: la valutazione multidimensionale sia svolta tenendo conto delle indicazioni dell'ICF¹¹ e dell'ICD¹² e che definisca un profilo di funzionamento della persona,

¹⁰ NNA Network Non Autosufficienza, Direttore ASP Ambito 9 Jesi.

¹¹ ICF»: Classificazione internazionale del funzionamento, della disabilità e della salute - International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF), approvata dalla 54^a Assemblea mondiale della sanità il 22 maggio 2001 (OMS).

¹² «ICD»: Classificazione Internazionale delle malattie dell'Organizzazione mondiale della sanità, adottata dall'Organizzazione mondiale della sanità.

necessario alla predisposizione del progetto di vita individuale, personalizzato e partecipato e al monitoraggio dei suoi effetti nel tempo, tenendo conto delle differenti disabilità nell'ambito della valutazione (L. 227/2021, art. 2 comma 2 lett. c) punto 3)).

Dal canto suo, lo strumento ICF, prende in considerazione ogni aspetto del funzionamento di un individuo, a livello corporeo, personale e sociale, e ne fornisce una definizione per una sua valutazione operativa. Tuttavia, l'ICF non risulta pratico per misurare e valutare la disabilità nella pratica quotidiana. E proprio per rispondere a questa necessità, l'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) ha sviluppato lo Strumento per la Valutazione della Disabilità denominato WHODAS 2.0, adatto a misurare la salute e la disabilità in modo standardizzato e transculturale, costruito partendo dall'ICF. L'unicità di WHODAS 2.0 consiste proprio nel fatto che, copre completamente i corrispondenti domini di ICF e può essere utilizzato in persone affette da qualunque tipo di malattia, inclusi i disturbi fisici, mentali e da uso di sostanze.

Che cos'è WHODAS 2.0?

Il WHODAS 2.0 è uno strumento di valutazione generico e pratico che può misurare la salute e la disabilità sia a livello di popolazione, sia nella pratica clinica; vale a dire che, lo strumento può essere utilizzato sia in indagini e registri di popolazione, sia per monitorare gli esiti in singoli pazienti nella pratica clinica e in studi clinici sugli effetti del trattamento (Manuale WHODAS, 2018).

L'acronimo WHODAS sta per "WHO Disability Assessment Schedule", si tratta di un questionario di valutazione basato sulla Classificazione Internazionale del funzionamento, della disabilità e della salute (ICF) che misura la salute e la condizione di disabilità.

Il WHODAS 2.0 è chiamato a rilevare il livello di funzionamento in sei domini così come indicato nella tab.1.

Tab. 1 – I domini del Whodas 2.0

	Dominio	Descrizione
1	Attività cognitive	Valuta le attività del comunicare e del pensare. Le aree specifiche valutate sono: concentrarsi, ricordare, risolvere problemi, apprendere e comunicare.
2	Mobilità	Valuta attività come rimanere in piedi, muoversi dentro casa, uscire di casa e camminare per una lunga distanza.
3	Cura di sé	Valuta attività come lavarsi, vestirsi, nutrirsi e rimanere da soli per qualche giorno.
4	Relazioni interpersonali	Valuta le interazioni con altre persone e le difficoltà che possono insorgere in questo dominio in relazione a un problema di salute.
5	Attività della vita quotidiana	Valuta le difficoltà nello svolgimento di attività quotidiane, cioè attività che le persone svolgono quasi tutti i giorni, fra cui quelle relative alla cura della casa e della famiglia, al tempo libero, al lavoro e alla scuola/università.
6	Partecipazione	Valuta le dimensioni sociali, come il coinvolgimento in attività comunitarie, le barriere e gli ostacoli nel mondo che circonda l'intervistato, e altri problemi come il mantenimento della dignità personale.

Fonte: Manuale WHODAS, 2018

I sei domini sono stati selezionati dopo attenta revisione degli strumenti di indagine e di ricerca esistenti e dopo uno studio di applicabilità transculturale. Per tutti i sei domini, WHODAS 2.0 fornisce un profilo e una misura sintetica del funzionamento e della disabilità affidabili e applicabili in diversi contesti culturali e in tutte le popolazioni adulte. Pertanto, come affermato all'inizio, lo strumento

non è utilizzabile per valutare la disabilità dei minori di età; in futuro è prevista l'elaborazione anche di uno strumento di valutazione dedicato ai minori.

Il WHODAS 2.0 è uno strumento di misura generico, per cui non ha come target una malattia specifica, e dunque può essere utilizzato per descrivere il profilo dello stato di salute, in un ampio spettro di condizioni e malattie nonché nei soggetti sani, consentendo di confrontare disabilità dovute a malattie specifiche diverse. Inoltre, WHODAS 2.0 facilita la progettazione di interventi sanitari e di quelli correlati alla salute e permette di monitorarne l'impatto (Manuale WHOSAS, 2018).

WHODAS 2.0 possiede il vantaggio di essere facile da somministrare; precisamente, per l'autosomministrazione occorrono circa 5 minuti, mentre la compilazione tramite intervista ne richiede 20.

Impianto concettuale di WHODAS 2.0

L'assetto strutturale e filosofico del WHODAS 2.0 è quello dell'ICF. Tutti i domini sono stati sviluppati a partire da un insieme di item dell'ICF, che si riferiscono alla componente "Attività e partecipazione" dell'ICF. Da precisare che per "Attività" si intende l'esecuzione di un compito o di un'azione da parte di un individuo in un ambiente uniforme e standardizzato (ad esempio l'ambulatorio medico), mentre la "Partecipazione" consiste nel coinvolgimento in una situazione di vita di una persona nel contesto reale in cui vive, e questo contesto include i "Fattori ambientali", ovvero tutti gli aspetti del mondo fisico, sociale e degli atteggiamenti.

L'ICF è eziologicamente neutrale, cioè è indipendente dalla malattia di base o da precedenti problemi di salute, ma vuole essere una fotografia del presente funzionamento dell'individuo, per cui questa caratteristica si trasferisce anche su WHODAS 2.0. Questa peculiarità permette di focalizzare la valutazione direttamente sulla disabilità, permettendo di descrivere il funzionamento separatamente dalla malattia (Manuale WHOSAS, 2018).

Le diverse versioni di WHODAS 2.0

Esistono tre versioni di WHODAS 2.0, che differiscono per lunghezza e modalità di somministrazione. Delle tre versioni di WHODAS 2.0, quella a 36 item è la più dettagliata. Essa permette agli utilizzatori di generare punteggi per i sei domini del funzionamento e di calcolare un punteggio totale di funzionamento. Per ogni item a cui viene data una risposta positiva, viene posta una domanda sul numero di giorni (rispetto agli ultimi 30 giorni) in cui l'intervistato ha sperimentato quella particolare difficoltà. Il tempo medio per completare l'intervista nella versione a 36 item somministrata da un intervistatore è pari a 20 minuti.

La versione di WHODAS 2.0 a 12 item è adatta per valutazioni veloci del funzionamento complessivo in indagini o studi sugli esiti di salute, quando i limiti di tempo non permettono l'applicazione della versione più lunga. La versione a 12 item rende conto dell'81% di varianza della versione a 36 item. Il tempo medio per completare l'intervista nella versione a 12 item somministrata da un intervistatore è di 5 minuti.

Le due versioni possono essere somministrate da un intervistatore, o autocompilate, oppure ancora somministrate a un proxy (cioè un familiare, un amico, o una persona che fornisce assistenza).

Esiste poi la versione di WHODAS 2.0 a 12+24 item che è un ibrido tra la versione a 12 item e di quella a 36 item. Tale variante utilizza 12 item per selezionare i domini problematici del funzionamento; in base alle risposte positive alle 12 domande iniziali, possono essere rivolte all'intervistato fino a 24 domande aggiuntive. Per questa modalità di applicazione risulta essere un test semplice e adattivo che tenta di esplorare pienamente i 36 item, evitando di raccogliere risposte negative. La versione a 12+24 item può essere somministrata solo tramite intervista o test adattivo computerizzato (CAT) (Manuale WHOSAS, 2018).

Il manuale di WHODAS 2.0

L'OMS ha predisposto un manuale, anche in italiano, per accompagnare l'utilizzo di WHODAS 2.0. Il manuale fornisce ai lettori:

- una dettagliata panoramica su sviluppo, caratteristiche principali e applicazioni di WHODAS 2.0;
- una guida completa alla somministrazione delle varie versioni di WHODAS 2.0 in modo corretto ed efficace (Manuale WHOSAS, 2018).

Come calcolare i punteggi totali di WHODAS 2.0

Esistono due modi per calcolare i punteggi totali della versione breve e di quella completa di WHODAS 2.0: uno semplice e uno complesso.

Punteggio semplice

Nel punteggio semplice, vengono sommati i punteggi assegnati a ogni item (di seguito il punteggio per ogni corrispondenza):

1 = Nessuna;

2 = Poca;

3 = Moderata;

4 = Molta;

5 = Moltissima o non posso farlo.

Questo metodo viene considerato semplice, perché i punteggi assegnati a ogni item vengono semplicemente sommati, senza ricodificare o aggregare le categorie di risposta; pertanto non viene attribuito un peso ai singoli item. Questo approccio è utile per un calcolo fatto a mano; può essere il metodo da prediligere in contesti clinici con alto carico di lavoro, o nei casi in cui il questionario venga somministrato utilizzando carta e penna. Il punteggio semplice di WHODAS 2.0 è specifico del campione esaminato e non dovrebbe essere utilizzato per confronti tra popolazioni.

Punteggio complesso

Il metodo più complesso di punteggio viene chiamato punteggio basato sulla "Teoria della risposta all'item" (IRT). In questo caso vengono presi in considerazione molteplici livelli di difficoltà per ogni item di WHODAS 2.0. Questo tipo di punteggio permette analisi più dettagliate, che utilizzano tutte le informazioni raccolte per analisi comparative tra popolazioni o sottopopolazioni. Per ciascun item, viene considerata ogni risposta ("Nessuna", "Poca", "Moderata", "Molta", e "Moltissima o Non posso farlo") separatamente e poi, tramite computer, viene determinato il punteggio totale pesando in modo diverso gli item e i livelli di gravità. In pratica, il calcolo del punteggio si svolge in tre fasi:

- Fase 1: somma dei punteggi degli item ricodificati all'interno di ogni dominio;
- Fase 2: somma dei punteggi di tutti i sei domini;
- Fase 3: conversione del punteggio totale in una scala che va da 0 a 100 (dove 0 = nessuna disabilità e 100 = disabilità totale). Il programma di calcolo è disponibile nel sito di WHODAS 2.0 (www.who.int/classifications/icf/whodasii/en/) (Manuale Whodas, 2018).

WHODAS 2.0 è pronto per essere utilizzato come strumento di valutazione della disabilità a livello nazionale?

Allo stato attuale il WHODAS 2.0 non è ancora uno strumento di valutazione nazionale. Gli strumenti sullo stato di salute possono essere più propriamente definiti "descrittori" di disabilità (Manuale WHODAS, 2018).

Di certo però occorre un nuovo strumento di valutazione, considerato che l'attuale valutazione dell'invalidità civile in Italia, che determina i diritti e le prestazioni di una persona, risulta obsoleta e incompleta. Essa si limita infatti all'identificazione di una condizione medica o di un deficit della funzionalità, che di fatto determina la percentuale di invalidità civile, senza tenere conto del contesto in cui la persona vive e quindi considerare l'effettiva esperienza di disabilità della persona (OECD, 2023).

L'obiettivo da perseguire sarebbe pertanto quello di completare lo schema del WHODAS 2.0 con l'attribuzione validata di un "peso" ai punteggi del WHODAS, in modo che lo strumento possa diventare uno strumento di valutazione e che il suo uso possa permettere di accedere alle prestazioni economiche nazionali previste per i disabili (invalidità civile, indennità di accompagnamento sostituita in futuro dalla prestazione universale, ecc.).

Per questo, lo strumento WHODAS è stato recentemente sperimentato in quattro regioni italiane – Campania, Lombardia, Sardegna e Provincia Autonoma di Trento – per testare la fattibilità dell'inclusione di informazioni funzionali nell'attuale valutazione dell'invalidità civile.

Le soglie dei punteggi del WHODAS 2.0

Non ci sono ancora degli studi pubblicati, applicabili a una popolazione con condizioni di salute diverse, per classificare la gravità della loro disabilità utilizzando i punteggi WHODAS 2.0.

Tuttavia, sulla base di diversi progetti pilota precedenti e comparabili, condotti dalla Banca Mondiale, utilizzando il questionario WHODAS in Grecia, Lettonia, Lituania e Bulgaria, le "soglie" significative della disabilità WHODAS per il punteggio 0-100 basato sull'analisi di Rasch sono suggerite come segue:

- Punteggio 0-25: nessuna limitazione funzionale (cioè nessuna difficoltà nelle prestazioni/disabilità);
- Punteggio 26-40: limitazioni funzionali moderate (ossia moderate nelle performance/disabilità);
- Punteggio 41-60: limitazioni funzionali gravi (vale a dire gravi difficoltà nelle performance/disabilità);
- Punteggio 61-100: limitazioni funzionali molto gravi (cioè difficoltà molto gravi nelle performance/disabilità).

Nelle due fasce mediane (range 26-40 e 41-60) si concentra la maggior parte delle persone. Questo porta l'OECD a proporre una ulteriore suddivisione, distinguendo così le limitazioni funzionali moderate in inferiori e superiori (punteggi WHODAS rispettivamente di 26-34 e 35-40) e le limitazioni funzionali gravi inferiori e superiori (punteggi WHODAS rispettivamente di 41-48 e 49-60)¹³ (OECD, 2023).

Whodas 2.0 e invalidità civile

La sperimentazione dell'OECD nelle 4 regioni italiane ha evidenziato che ci sono differenze fra i punteggi di funzionamento WHODAS e i livelli di invalidità civile attribuiti alle medesime persone, questo dimostra che, la valutazione medica da sola, non differenzia bene i diversi livelli di disabilità, suggerendo anche un'affidabilità e una precisione piuttosto basse delle classi di invalidità civile.

Tali risultati non sorprendono in quanto il WHODAS è stato progettato specificamente per valutare la cosiddetta disabilità complessiva della persona, determinata dall'interazione dinamica tra la condizione di salute della persona, le limitazioni funzionali associate e l'ambiente in cui la persona vive. Viceversa, l'approccio medico alla valutazione della disabilità utilizzato in Italia non valuta direttamente la disabilità, ma la deduce dalla patologia o dalla limitazione funzionale sottostante (OECD, 2023).

Come includere il funzionamento nella valutazione dell'invalidità civile?

La sperimentazione realizzata dall'OECD in Italia ha dimostrato che il WHODAS 2.0 è in grado di rilevare l'esperienza reale della disabilità.

Da subito, è però doveroso precisare che, le informazioni mediche sebbene non sufficienti da sole, rimarranno importanti per la valutazione della disabilità. Lo prevede, peraltro, lo stesso Decreto Legislativo 62/2024 sulla valutazione della disabilità che all'art. 5 stabilisce che il procedimento di

¹³ In totale, il campione presentava N = 74 (2,3%) di individui senza limitazioni funzionali, N = 972 (30,0%) di individui con limitazioni funzionali moderate, N = 2.120 (65,4%) di individui con limitazioni funzionali gravi e N = 76 (2,3%) di individui con limitazioni funzionali molto gravi.

“valutazione di base” comprende sia l’impiego del Whodas che delle nuove tabelle medico-legali relative alla condizione conseguente alla compromissione duratura elaborate sulla base delle più aggiornate conoscenze ed acquisizioni scientifiche (e sulla base dell’ICD), relativamente a questo ultimo strumento per i soli effetti della valutazione dell’invalidità civile.

A questo proposito si rammenta che lo stesso ICF chiarisce che, senza una patologia sottostante e le limitazioni funzionali ad essa associate, la disabilità non esiste.

Quindi, a questo punto, il nodo cruciale è costituito dal come includere al meglio le informazioni sul funzionamento acquisite dal WHODAS 2.0 nel sistema di valutazione della condizione di disabilità che prevede anche l’uso delle tabelle medico-legali.

Poiché le informazioni mediche sono essenziali, occorre discutere le possibili opzioni per combinare le informazioni mediche e di funzionamento nella valutazione della disabilità in Italia.

Per rispondere a tale domanda, l’OECD ha testato le seguenti tre strategie principali:

1. **La Media (averaging):** fare una media, in un modo predeterminato, della percentuale di invalidità civile attribuita con il sistema attuale e del punteggio WHODAS. Questo approccio si basa sulla teoria che, insieme, le informazioni mediche e i risultati di funzionamento contribuiscono, in misura diversa, a una valutazione realistica e valida della disabilità.
2. **La Segnalazione (flagging):** identificare le persone il cui raggruppamento di gravità WHODAS differisce significativamente dal raggruppamento di gravità determinato clinicamente e contrassegnare queste persone per richiedere loro ulteriori informazioni o addirittura una nuova valutazione completa. Quando un individuo ha un punteggio WHODAS superiore o inferiore a un certo valore di soglia, significa verosimilmente che il punteggio medico da solo non rileva adeguatamente l’esperienza di disabilità, con conseguente necessità di procedere alla effettuazione di una valutazione di secondo livello.
3. **La riparametrazione (scaling):** la percentuale di invalidità civile può essere modificata (cioè aumentata o diminuita) per riflettere il punteggio WHODAS, mediante un coefficiente basato sul suo punteggio. Questo approccio presuppone che, al centro della valutazione della disabilità e dell’invalidità civile ci sia il problema medico di cui l’individuo fa esperienza, ma allo stesso tempo che la prestazione sia modificata (in una certa misura) da fattori ambientali che devono essere compresi per aumentare o diminuire il punteggio medico.

Ciascun approccio si basa sull’intendimento della disabilità secondo l’ICF, quale risultato di un’interazione tra la condizione di salute di base e la limitazione funzionale di una persona, da un lato, e l’ambiente in cui la persona vive; ciononostante i tre approcci differiscono nel modo in cui ponderano l’impatto dei rispettivi determinanti medici e ambientali della disabilità (OECD, 2023).

Il percorso migliore: la segnalazione (flagging)

L’approccio suggerito dall’OECD per la valutazione della disabilità è quello di rendere trasparente la modalità con cui viene attuata la combinazione tra le informazioni mediche e quelle di funzionamento.

Secondo l’OECD, per l’Italia, la strada più significativa e realistica da percorrere appare essere la Segnalazione (flagging) tramite algoritmo della eventuale **necessità di una seconda valutazione**.

Questo perché l’attuale processo di valutazione dell’invalidità civile, attraverso il quale ai richiedenti viene assegnato un grado di invalidità, o percentuale, è fortemente influenzato e condizionato dalle varie soglie in vigore per l’ammissibilità a vari diritti, prestazioni e servizi. Attualmente, le soglie chiave dell’invalidità civile sono:

- invalidità civile superiore al 46%,
- superiore al 67%,
- superiore al 74% e
- pari al 100%.

Pertanto, mentre in teoria alle persone potrebbe essere assegnata qualsiasi percentuale, in pratica alla maggior parte dei richiedenti nella valutazione dell'invalidità civile viene assegnato un grado di invalidità vicino o corrispondente a una delle soglie critiche.

Questa situazione di fatto non permette di scegliere la via della Media fra la valutazione medica e quella di funzionamento che, teoricamente, sarebbe il sistema migliore.

La Media si potrebbe utilizzare se, le informazioni su questi due aspetti venissero raccolte in modo indipendente e la parte medica della valutazione venisse eseguita in modo standardizzato, con linee guida metodologiche applicabili in tutto il Paese. Ma secondo l'OCSE tutto questo non accade in Italia. L'approccio della media è difficilmente applicabile nel nostro Paese a causa della natura discrezionale della valutazione dell'invalidità civile. Infatti, sebbene la valutazione sia intrinsecamente di natura medica, i valutatori possono in realtà, se lo desiderano, prendere in considerazione la reale situazione delle persone, tenendo conto di eventuali criticità ambientali "percepite"; in sostanza, senza uno strumento valutativo di riferimento, la commissione può in modo discrezionale e non trasparente aumentare la percentuale di invalidità assegnata.

Il peso attribuito al funzionamento

Se l'Italia scegliesse di procedere con l'introduzione di un algoritmo di Segnalazione, è necessario affrontare due aspetti:

1. il peso attribuito alle informazioni sul funzionamento rispetto alle informazioni mediche;
2. la struttura dell'intero processo di valutazione.

Affrontare il tema del peso da attribuire alle informazioni sul funzionamento – ossia il punteggio WHODAS – significa porsi la domanda di quali casi "dovrebbero" essere segnalati per una seconda valutazione. Per rispondere al quesito, l'OECD, sulla base della sperimentazione effettuata, propone una griglia più dettagliata delle soglie di invalidità civile, suddivisa in 6 livelli /tipologie indicate nella Tab. 2¹⁴.

Tab. 2 – Proposta OECD di griglia dettagliata delle soglie di invalidità civile

% invalidità	Tipologia invalidità	Tipologia di maggior dettaglio e % invalidità
0-33	nessuna invalidità	0-33%: nessuna invalidità
34-66	invalidità moderata	34-45%: invalidità moderata inferiore
		46-66%: invalidità moderata superiore
67-99	invalidità grave	67-73%: invalidità grave inferiore
		74-99%: invalidità grave superiore
100	%: invalidità molto grave	100%: invalidità molto grave

Fonte: OECD (2023) trasformata in tabella.

Dai diversi livelli di invalidità dipende l'entità del supporto fornito dal sistema di protezione sociale italiano. Ad esempio, con una percentuale di invalidità civile superiore al 46% le persone possono richiedere un sostegno all'occupazione, con più del 67% le protesi sono fornite gratuitamente e con più del 74% le persone possono ricevere un assegno di invalidità non contributivo (OECD, 2023).

La sperimentazione OECD, ha dimostrato che la percentuale di invalidità civile determinata clinicamente mediante la scala di invalidità a sei categorie differisce in modo significativo dal punteggio di invalidità determinata dal punto di vista funzionale attraverso la scala WHODAS a sei categorie. Un po' troppo a dire il vero, dato che circa una persona su quattro del campione pilota

¹⁴ Proposta individuata sulla base di un campione pilota di popolazione composta da: N = 81 (2,8%) di persone senza invalidità civile, N = 1.129 (38,8%) di persone con invalidità civile moderata, N = 1.076 (37%) con invalidità civile grave e N = 623 (21,4%) di persone con invalidità civile molto grave valutata al 100%. Nel set di dati c'erano N = 333 (10,3%) persone senza alcuna percentuale di invalidità civile imputata.

rientra nella stessa categoria in entrambe le scale, mentre tutti gli altri (75% dei casi) dovrebbero essere presi in considerazione per una nuova valutazione. Non appare però appropriato inviare ad una ulteriore valutazione la grande maggioranza dei casi.

Quindi, l'OECD propone una strategia meno rigorosa, indicando per una seconda valutazione solo i casi per i quali la percentuale di invalidità civile ottenuta con la valutazione clinica differisce dal punteggio di invalidità determinata dal punto di vista funzionale di almeno due categorie. In questa ipotesi, il 30% dei casi rientrerebbe in questa categoria e verrebbe selezionato per una nuova valutazione.

Inizialmente, le soglie alla base della selezione dei casi da valutare nuovamente risulteranno un po' arbitrarie, per divenire nel tempo sempre più solide, man mano che verranno raccolti più dati con l'avanzare del processo di valutazione.

La struttura del processo di valutazione

Il secondo aspetto da considerare è la struttura del processo di valutazione, occorre cioè stabilire: chi decide, come fare la valutazione e in quale fase del processo.

Il Decreto Legislativo 62/2024 ha stabilito che il procedimento di valutazione è avviato su richiesta dell'interessato, ovvero dell'esercente la responsabilità genitoriale in caso di minore, del tutore o dell'amministratore di sostegno se dotato dei relativi poteri, accompagnata dalla trasmissione in via telematica del certificato medico introduttivo. Il richiedente, sino a sette giorni prima della visita collegiale, può trasmettere o depositare ulteriore documentazione medica o sociale, rilasciata da una struttura, pubblica o privata accreditata.

La valutazione viene effettuata in un'unica visita collegiale, nel corso della quale viene sottoposto il questionario WHODAS.

La determinazione delle modalità relative alla sottoposizione e alla compilazione del questionario è demandata all'INPS.

In casi eccezionali definiti con decreto ministeriale, l'istante può richiedere, contestualmente alla trasmissione del certificato medico introduttivo, la valutazione senza visita, sulla base dei soli atti raccolti. In tal caso, l'istante trasmette l'intera documentazione, compresa quella relativa al WHODAS.

Se la commissione ritiene che vi siano motivi ostativi all'accoglimento della richiesta, dispone la visita.

La commissione richiede l'integrazione documentale o ulteriori approfondimenti diagnostici nei soli casi in cui ricorrano motivi ostativi all'accoglimento dell'istanza o in cui i summenzionati elementi siano necessari per il riconoscimento di una maggiore intensità dei sostegni. Il procedimento di valutazione di base si conclude entro novanta giorni dalla ricezione del certificato medico introduttivo, salvo eccezioni.

L'attestazione dell'esito della valutazione di base, è costituita da un certificato, il quale viene inserito nel Fascicolo sanitario elettronico del soggetto. Nel certificato (nel caso di riconoscimento della condizione di disabilità del soggetto) sono individuate anche le necessità e le intensità dei sostegni (art. 6).

La valutazione di base si applica anche ai minori e alle persone anziane. Nel caso degli anziani non autosufficienti sembra essere previsto un doppio canale (art. 5 comma 2): dai 65 anni ai 70 si utilizza il sistema di valutazione previsto per la disabilità mentre da 70 anni in su si utilizza il sistema di valutazione previsto dal D. Lgs. 29/2024 per gli anziani non autosufficienti. Si tratta di una formulazione legislativa poco chiara che dovrà essere opportunamente spiegata ma che, al momento attuale, appare iniqua ed ingiustificata.

Le Commissioni INPS

Il riconoscimento della condizione di disabilità è effettuato dall'INPS mediante l'attività di commissioni che assolvono alle funzioni di Unità valutative di base.

Le commissioni si compongono di:

- *due medici nominati da INPS;*
- *da un professionista sanitario in rappresentanza, rispettivamente, dell'Associazione nazionale dei mutilati ed invalidi civili (ANMIC), dell'Unione italiana ciechi e degli ipovedenti (UICI), dell'Ente nazionale per la protezione e l'assistenza ai sordomuti (ENS) e dell'Associazione nazionale delle famiglie e delle persone con disabilità intellettiva e disturbi del neurosviluppo (ANFFAS), ogni qualvolta devono pronunciarsi sulle specifiche condizioni di disabilità;*
- *una sola figura professionale appartenente alle aree psicologiche e sociali.*

Le commissioni sono presiedute da un medico INPS specializzato in medicina legale. Nel caso non sia disponibile un medico di medicina legale, l'INPS nomina, come presidente, un medico con altra specializzazione che abbia svolto attività per almeno tre anni in organi di accertamento INPS in materia assistenziale o previdenziale. In ogni caso, almeno uno dei componenti deve essere un medicospecializzato in medicina legale o in medicina del lavoro o altre specializzazioni equipollenti o affini.

Nel caso di minori, almeno uno dei medici nominati da INPS è in possesso di specializzazione in pediatria, in neuropsichiatria infantile equipollenti o affini o di specializzazione nella patologia che connota la condizione di salute della persona.

Al fine di garantire la semplificazione e razionalizzazione degli oneri procedurali connessi all'espletamento della valutazione di base, l'INPS, sulla base delle risorse disponibili a legislazione vigente, può stipulare apposite convenzioni con le Regioni per avvalersi delle risorse strumentali ed organizzative delle Aziende sanitarie locali e Aziende Ospedaliere, necessarie allo svolgimento dei procedimenti di valutazione di base (art.9).

In base al Decreto legislativo, sia le informazioni mediche che la compilazione del questionario WHODAS 2.0 sono demandate alle Commissioni INPS, con modalità che lo stesso INPS stabilirà. A questo proposito è opportuno ricordare che, secondo l'OECD, le informazioni mediche dovrebbero essere valutate dalla commissione INPS, come avviene oggi; mentre le informazioni sul funzionamento dovrebbero essere raccolte con il WHODAS 2.0 dagli operatori sociali locali.

Le due informazioni relative rispettivamente al punteggio di limitazione funzionale della persona e al punteggio WHODAS della persona, andrebbero censite in modo indipendente, per poi essere trasmesse all'INPS, che valuta e confronta i risultati e decide in quali casi è necessaria una nuova valutazione, secondo il quadro normativo.

Se i due punteggi sono abbastanza vicini, la decisione è sostanzialmente automatica e viene così emessa una determinazione sull'invalidità da parte dell'INPS. Altresì, quando i due punteggi si discostano oltre le soglie stabilite (per esempio, di due categorie), bisognerebbe stabilire di procedere con una seconda valutazione. In questo caso, i valutatori medici e gli operatori sociali devono sedersi insieme, esaminare il caso e fare una nuova proposta congiunta all'INPS. Potrebbero farlo i valutatori medici e gli operatori sociali responsabili della valutazione iniziale, oppure i valutatori medici e gli operatori sociali dell'INPS. Per la seconda valutazione non è pertanto prevista una seconda convocazione della persona da valutare.

Se invece di un approccio di Segnalazione (flagging), che comporterà una seconda valutazione medico-funzionale combinata in casi selezionati, si dovesse scegliere come metodo per il futuro l'approccio della media (averaging) o della riparametrazione (scaling), la procedura sarebbe ancora più semplice, in quanto gran parte del processo potrebbe essere automatico e gestito dal computer. Qualunque sia la scelta finale, il risultato è che, le informazioni sul funzionamento saranno sistematicamente incluse nella valutazione dell'invalidità, utilizzando un approccio standardizzato, ed il processo amministrativo stesso diventerà più rigoroso, standardizzato e obiettivo.

Decisiva però appare la definizione delle modalità di compilazione del WHODAS 2.0 e delle figure professionali a cui sarà affidata per mantenere una sua "indipendenza" rispetto alla valutazione

medica perché se la valutazione clinica e la valutazione funzionale viene affidata completamente ad operatori dipendenti dell'INPS il rischio è che prevalga in modo non equilibrato la valutazione clinica.

Migliorare la valutazione medica dell'invalidità

Parallelamente alla implementazione del WHODAS 2.0, occorre operare anche per migliorare l'attuale valutazione medica dell'invalidità. A questo proposito, sarebbero necessarie migliori linee guida tecniche e metodologiche per i medici valutatori su come tradurre le limitazioni funzionali (attraverso le funzioni e le strutture corporee) in percentuale di invalidità, per eliminare l'attuale livello di discrezionalità e garantire che le persone con lo stesso tipo e livello di limitazione funzionale ricevano sempre la stessa percentuale di invalidità da parte dei valutatori.

Conclusioni

L'accertamento della disabilità è un passaggio fondamentale nel sistema di protezione sociale perché regola l'accesso a tutte le prestazioni ed i supporti per la disabilità.

La legge delega sulla disabilità n. 227/2021, ha quale tema centrale proprio quello della revisione del sistema di valutazione della disabilità, unificando le procedure di valutazione e proponendo di integrare la visione medica con il concetto di disabilità basato sul funzionamento, ricorrendo alla Scheda per la valutazione della disabilità dell'OMS (WHODAS), per una valutazione più accurata della disabilità dell'individuo.

Il sistema di valutazione della disabilità basato sul funzionamento tramite WHODAS e l'attuale sistema di valutazione medica dell'invalidità civile non sono alternativi, ma complementari. La loro integrazione contribuirà ad una migliore identificazione del gruppo di persone che necessitano di assistenza, un migliore orientamento delle prestazioni e dei servizi, nonché un migliore collegamento con le valutazioni dei bisogni regionali e locali.

L'adozione del WHODAS 2.0 prevista nel Decreto Legislativo 62/2024 non è sufficiente per poter disporre di un nuovo strumento di valutazione nazionale della disabilità.

Pertanto, le azioni da pianificare consistono nel:

- *completare lo strumento pesando i punteggi attribuiti;*
- *riclassificare i livelli di disabilità;*
- *stabilire le modalità di somministrazione del WHODAS 2.0 con l'individuazione delle figure professionali che possono farlo;*
- *fissare il criterio (Segnalazione?) con il quale il WHODAS 2.0 si rapporta con l'attuale valutazione medica dell'invalidità civile;*
- *definire le procedure per la valutazione unitaria e finale.*

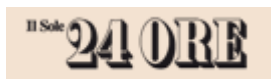
Poi bisognerà allargare questo sistema anche ai minori di età e, verosimilmente, occorrerà riunificare i sistemi di valutazione degli anziani non autosufficienti oggi trattati in due diversi Decreti legislativi (n. 29/2024 e n. 62/2024).

Un passo avanti molto importante è stato fatto ma c'è ancora tanto lavoro da realizzare per avviare davvero il nuovo sistema di valutazione.

Bibliografia

- *Decreto Legislativo 3 maggio 2024, n. 62: "Definizione della condizione di disabilità, della valutazione di base, di accomodamento ragionevole, della valutazione multidimensionale per l'elaborazione e l'attuazione del progetto di vita individualizzato e partecipato".*
- *L. 22 dicembre 2021, n. 227 recante: "Delega al Governo in materia di disabilità".*
- *OECD (2023), Disabilità, lavoro e inclusione in Italia: Una migliore valutazione per una migliore assistenza, OECD Publishing, Paris, <https://doi.org/10.1787/66abbfe6-it>.*
- *Portale italiano delle classificazioni sanitarie, Che cos'è WHODAS 2.0? https://www.reteclassificazioni.it/portal_main.php?portal_view=public_custom_page&id=97 (accesso 2/12/2023).*

- *Simoncelli M., Pesaresi F., ICF: il nuovo strumento dell'Oms per classificare la salute e la disabilità', "Servizi Sociali Oggi" n.4/2005: <https://francopesaresi.blogspot.com/2015/02/icf-lo-strumento-per-classificare-la.html>
Who/Regione Friuli Venezia Giulia, Misurare la Salute e la Disabilità - Manuale dello Strumento OMS per la Valutazione della Disabilità - WHODAS 2.0, 2018: [WHODAS 2.0 \(reteclassificazioni.it\)](http://www.who.int/classifications/icd-10/whodas2.0)*



Long Covid, colpito il 45% dei milanesi. Forte impatto sul Ssn. Corso Fad dell'Omceo Milano. Il presidente Rossi: «La conoscenza prima arma per affrontare il futuro»

Non siamo ancora alla resa dei conti, tutt'altro. Se da un lato Covid sembra avere allentato la morsa infettiva, con numeri via via in calo, aumentano i postumi virali.

Crescono cioè gli italiani che sperimentano la sindrome da Long Covid: sintomi tenaci, come fatica, mal di testa cronico, difficoltà a compiere attività quotidiane, ma anche problemi cardiaci e neurologici, colpiscono il 45% degli italiani (e dei milanesi) infettati nel corso di una delle tante ondate.

Ma gli impatti a distanza possono esser ben più pesanti: secondo l'Istituto superiore di Sanità in Italia tra 2021 e 2022 i decessi collegati al post Covid sono stati 4.700, un numero certamente sottostimato.

Nel milanese una proporzione indica un atteso intorno ai 350 decessi.

Numeri che richiamano alla necessità di una maggiore sensibilizzazione al tema, sia della medicina del territorio che della popolazione.

Con questo obiettivo parte domani, 20 giugno 2024, sulla piattaforma di OmceoMi, la Fad asincrona "Epidemiologia, clinica e gestione della Sindrome Post Covid".

«Il fenomeno della sindrome post Covid – spiega Roberto Rossi, presidente dell'Ordine – determina un impatto sociosanitario rilevante sul Sistema sanitario nazionale. Le persone colpite presentano, a distanza di settimane dal termine dell'infezione acuta, varie manifestazioni cliniche subacute e croniche, spesso decisamente invalidanti e perduranti nel tempo, anche diversi mesi con un impatto sensibile, oltre che sui costi assistenziali e gestionali, anche sulla qualità della vita della persona. I primi numeri disponibili lo dimostrano, e molti altri ne arriveranno a confermarlo. Da qui la necessità di realizzare un corso specifico, per età adulta e pediatrica, che possa essere di aiuto nel riconoscimento e nel trattamento di questa sindrome definendo soprattutto un percorso cui avviare i pazienti, che spesso dichiarano di sentirsi poco compresi e aiutati. Se in qualche misura grazie ai vaccini e alle migliori conoscenze siamo riusciti a contrastare gli effetti della 'prima' infezione da Covid, oggi la sfida, se così la vogliamo chiamare, è rappresentata dalla capacità di gestire al meglio anche gli effetti del Long-Covid.

Ancora una volta – continua Rossi – l'Omceo ambrosiano si fa apripista di una tematica che viene fatta passare quasi sotto silenzio ma che colpisce molti cittadini (e molti medici, che si sono ammalati in prima linea) e che non hanno neppure riconosciuta un'esenzione per patologia o tabellato un codice specifico di invalidità».

«Il corso ha dunque un duplice obiettivo – dichiarano i responsabili scientifici e consiglieri dell'Ordine Maria Grazia Manfredi e Massimo Parise –. Da un lato fornire (in)formazione sulla sindrome post Covid, inquadrata in ambito clinico su dati epidemiologici, possibili manifestazioni e sequele, quindi la gestione della condizione in tutte le sue svariate implicazioni targettizzate al paziente giusto, adulto o bambino; dall'altro, offrire ai clinici, specialisti e alla medicina del territorio, delle indicazioni che possano aiutare a standardizzare e uniformare un approccio al paziente fornendo un trattamento efficace».

<https://www.sanita24.ilsole24ore.com/art/lavoro-e-professione/2024-06-19/long-covid-colpito-45percento-milanesi-forte-impatto-ssn-corso-fad-dell-omceo-milano-presidente-rossi-la-conoscenza-prima-arma-affrontare-futuro-175848.php?uuid=AFu2nqyB&cmpid=nlqf>

The mental health impact of COVID-19: the need for community interventions and collaboration for recovery

Nadarajah Rajeshkannan¹, Daya Somasundaram^{2,3,*}, Balachandran Kumarendran⁴, Thirunavukarasu Kumanan⁵, Ivan Dinesh Aloysius⁶, Nalayini Sugirthan⁷, Sivanantham Sasikumar⁸, Nalayini Jegathesan⁹

Academic Editor(s): Dickson Amugsi, Luca Ansaloni

Contesto: dal 2019, l'epidemia di COVID-19 si è diffusa in tutto il mondo, colpendo milioni di individui a livello fisico, mentale, e livelli socioeconomici.

Materiali e metodi: questo studio qualitativo mira a mappare le conseguenze sulla salute mentale dell'Pandemia di COVID-19 e suggerire strategie di recupero basate sull'analisi della salute mentale e dell'impatto psicosociale del COVID-19 commenti sui social/mezzi di informazione, osservazioni dei partecipanti e ricerca-azione dei partecipanti. I risultati e il recupero suggerito le strategie sono state triangolate con l'indagine della letteratura.

Risultati: Nei pazienti affetti da COVID, i sintomi neuropsichiatrici duravano mesi notato mentre alcuni hanno avuto una ricadu a di condizioni psicologiche o neurologiche.

Nella popolazione generale, commune le conseguenze includevano comuni disturbi di salute mentale, cambiamenti nei modelli di abuso di sostanze, in particolare alcol, e un aumento violenza domestica. Le relazioni e le interazioni familiari sono generalmente migliorate, ma in una minoranza hanno avuto dinamiche tese.

Discussione i gruppi includevano anziani, donne, giovani, bambini, disabili, operatori sanitari e in prima linea, minoranze e malati di mente gravi.

A livello comunitario, c'erano segni di isteria collettiva (di massa), dagli acquisti dettati dal panico alle teorie del complotto, alla vergogna pubblica, ai falsi notizie e disinformazione diffusa sui social media e proteste di massa.

Ci sono stati anche effetti positivi come una migliore comprensione di bioconoscenza, interventi e scoperte, apprendimento online, gratitudine verso gli operatori sanitari, aumento della comunità e coesione familiare, riduzione degli incidenti stradali e diminuzione di altre infezioni respiratorie con la conseguente morbilità e mortalità.

Conclusione: date le diffuse conseguenze sulla salute mentale della pandemia COVID-19, un approccio basato sulla comunità è suggerito durante il trattamento di disturbi mentali più gravi a livello di assistenza primaria o specialistica.

<https://doi.org/10.20935/AcadMed6172>



Piano cronicità, ecco il nuovo testo con più pazienti e risorse sempre al palo

Barbara Gobbi

La buona notizia sono i riflettori finalmente accesi sulle tre emergenze obesità, endometriosi ed epilessia, che vanno a rafforzare – ma non a completare – la platea dei pazienti cui guarda il nuovo Piano nazionale cronicità (Pnc). La 'cattiva' è che nella bozza aggiornata del Piano, messa a punto dai tecnici della Programmazione del ministero della Salute e ora al vaglio degli uffici del ministro Orazio Schillaci, non compare un euro di finanziamento.

Esattamente come nella prima versione del 2016, rimasta sulla carta con recepimenti formali o al ralenti da parte di molte Regioni proprio per l'assenza di risorse.

Con buona pace di numeri e costi: fino a 25 milioni i pazienti interessati che, solo a guardare l'assistenza di base, già nel 2019 (anno pre Covid, che ha aggravato la situazione) incidevano per 66,7 miliardi, destinati a diventare 70,7 mld nel 2028.

Quando gli anziani, che oggi rappresentano il 24% del Paese e che sono i primi portatori di cronicità, saranno ancora lievitati facendo innalzare l'indice di vecchiaia (rapporto tra over 65 e under 15) dal 193,1% attuale al 305% del 2043 stimato dall'Istat. La versione 2024 (quindi 'spot', cioè non pluriennale e inoltre ancora in bozza a metà anno) del Piano inquadra un fenomeno che assorbe tra cure a casa e in ospedale l'80% dei costi sanitari, per non parlare dei 9 milioni di caregiver.

Non a caso porta le malattie cui vanno dedicati specifici percorsi diagnostico-terapeutici (Pdta) a quota tredici: le tre nuove patologie - per un totale di circa 8 milioni di pazienti in più considerando 4 milioni di obesi, 3 mln di donne con endometriosi e 600mila persone con epilessia - si aggiungono alle dieci già previste e cioè malattie renali, artrite reumatoide, rettocolite ulcerosa e malattia di Crohn, insufficienza cardiaca cronica, Parkinson, Bpco e, per l'età evolutiva, insufficienza respiratoria, asma, malattie endocrine croniche e malattie renali.

I nuovi piani di cura dovranno tenere conto della svolta impressa dal Piano nazionale di ripresa e resilienza (Pnrr) e declinata dal Dm 77 che a maggio 2022 ha riorganizzato l'assistenza sanitaria territoriale in Italia. Quindi il primo check del paziente cronico avverrà nei Punti unici di accesso (Pua) collocati nelle nuove case di comunità dove una équipe di operatori sanitari è deputata alla valutazione multidimensionale, passaggio fondamentale per la presa in carico e la taratura dell'assistenza necessaria.

Ogni Pdta, chiarisce il Piano, va progettato per garantire presa in carico, appropriatezza delle cure, continuità assistenziale e standardizzazione dei costi.

E dev'essere personalizzato tramite un Progetto di assistenza individuale (Pai) chiamato a configurare un 'patto di cura' in cui operatori sanitari, pazienti e caregiver "condividono il processo di gestione e lo rimodulano nel caso di cambiamenti nelle condizioni di salute".

In campo, per sostenere l'impalcatura, gli altri due tasselli della riorganizzazione modello Pnrr che sono telemedicina e interoperabilità dei dati sanitari. Un'infrastruttura ancora in progress ma necessaria per quella stratificazione della popolazione che, a monte, serve per valutare il profilo epidemiologico e programmare gli interventi nel setting più adeguato.

A cominciare dal domicilio, dove entro il 2026 andrà seguito in Adi almeno il 10% degli anziani.

Ameno due grandi nodi però vengono al pettine e il nuovo Pnc ne dà conto: il primo sono banche dati e sistemi informativi ancora inadeguati o non dialoganti; il secondo è il personale, l'altra grande emergenza Ssn che si affianca alla cronicità.

Medici ma soprattutto infermieri di comunità, cuore dell'integrazione sociosanitaria, sono anch'essi troppo anziani o non ci sono affatto. Un dato su tutti fa traballare il Piano: l'uscita per pensionamento di oltre 21mila infermieri nel quinquennio 2022-2027 che, a fronte dei 20mila stimati necessari per realizzare il disegno del Dm 77, fa sì che ne manchino all'appello almeno 16-17mila. Resta aperta la domanda su con chi e con quali risorse l'Italia farà fronte all'emergenza cronicità.

Obesità . Continuità assistenziale grazie a Pdta condivisi e un approccio assistenziale 'globale, integrato e personalizzato': questi gli obiettivi fissati dal Pnc per i pazienti obesi, da sviluppare collegando cure primarie e centri specialistici (da implementare quelli di II e III livello), fissando criteri di accreditamento per la chirurgia bariatrica e formando gli operatori pubblici in sulla lotta allo stigma.

Epilessia. I due macro obiettivi per l'epilessia sono la creazione di una rete assistenziale completa e l'armonizzazione delle procedure cliniche e strumentali in 4 settori: chirurgia dell'epilessia, genetica, stati epilettici e transizione delle cure. Da mappare dati, personale e strutture insieme all'avvio di Pdta regionali, percorsi di cura per fasce di popolazione (ad es pediatrica, in gravidanza e anziani) e campagne di informazione

Endometriosi. Riduzione dei tempi di diagnosi e miglioramento della qualità di vita sono gli obiettivi per l'endometriosi. Servono registri regionali sulle pazienti in trattamento, reti assistenziali hub&spoke, tecnologie innovative, centri di Medicina della riproduzione e formazione di operatori e popolazione. Vanno implementati i Pdta regionali differenziati per tipo di trattamento e deve crescere la percentuale di interventi di chirurgia mini-invasiva.

<https://www.sanita24.ilsole24ore.com/art/dal-governo/2024-06-05/piano-cronicita-ecco-nuovo-testo-piu-pazienti-e-risorse-sempre-palo-105859.php?uuid=AFeJvVmb&cmpid=nlqf>

Piano nazionale cronicità/ Aceti (Salutequità): La bozza disattende l'indicazione politica del ministro Schillaci che chiedeva risorse dedicate

di B. Gob.

«È il piano delle 'buone intenzioni', destinato a restare sulla carta come il precedente di cui ripropone gli errori. A cominciare dall'assenza di un budget e di un meccanismo di verifica efficace. La speranza è che il ministro Schillaci, che aveva chiesto esplicitamente risorse dedicate per la cronicità, solleciti i necessari correttivi prima di trasmettere il testo alle Regioni». Il presidente di Salutequità Tonino Aceti tiene da sempre i riflettori accesi sulla cronicità e [scorrere il documento](#) anticipato dal Sole-24Ore e Sanità24 non lo conforta.

Quali sono i gap principali?

Primo punto è l'assenza di fondi, a fronte di risorse dedicate per tutte le altre grandi progettualità, dal Piano oncologico al Piano malattie rare. Eppure l'Atto d'indirizzo del ministero della Salute sia per il 2023 che per il 2024 è chiaro: sull'emergenza cronicità bisogna investire. Questa bozza disattende l'indicazione chiara del ministro della Salute.

Poi?

Poi manca il necessario orizzonte temporale, che tutti i piani hanno: altro peccato originale insieme all'assenza di un cronoprogramma capace di dettare il ritmo degli adempimenti. In teoria gli obiettivi potrebbero essere raggiunti anche in cento anni.

Ma nel testo un sistema di monitoraggio è tratteggiato

Peccato che sia totalmente inefficace: come nel 2016 si ripropone lo schema del monitoraggio delle delibere formalmente adottate dalle giunte regionali, senza tempistiche. Inoltre, la verifica interessa solo i Pdta delle patologie incluse nel Piano: lasciare fuori tante altre malattie croniche preclude una visione di governance complessiva della cronicità. In ogni caso, il modello di monitoraggio attivato non dialoga con il sistema degli adempimenti ai fini dei Lea, i Livelli essenziali di assistenza.

In che senso?

Andrebbero previsti indicatori ad hoc nel Nuovo sistema di garanzia, introducendo ad esempio l'attività di stratificazione della popolazione, la telemedicina e modelli di medicina di iniziativa. Inoltre i Pdta per patologia devono diventare indicatori 'core', decisivi ai fini della valutazione di una Regione.

Anche perché gestione appropriata della cronicità significa sostenibilità

Esatto. Ma anche su questo fronte, il nuovo piano riporta le lancette indietro di decenni presentando i pazienti cronici come un fardello, un costo e non come un valore. Una prospettiva da rovesciare: l'approccio corretto è investire in salute, anche e soprattutto per la cronicità.

<https://www.sanita24.ilsole24ore.com/art/lavoro-e-professione/2024-06-05/piano-nazionale-cronicita-aceti-salutequita-bozza-disattende-l-indicazione-politica-ministro-schillaci-che-chiedeva-risorse-dedicate-114543.php?uuid=AFN8kVmB&cmpid=nlqf>



DIPARTIMENTO DELLA PROGRAMMAZIONE, DEI DISPOSITIVI MEDICI, DEL FARMACO E
DELLE POLITICHE IN FAVORE DEL SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE
DIREZIONE GENERALE DELLA PROGRAMMAZIONE E DELL'EDILIZIA SANITARIA

Piano Nazionale della Cronicità

Aggiornamento 2024

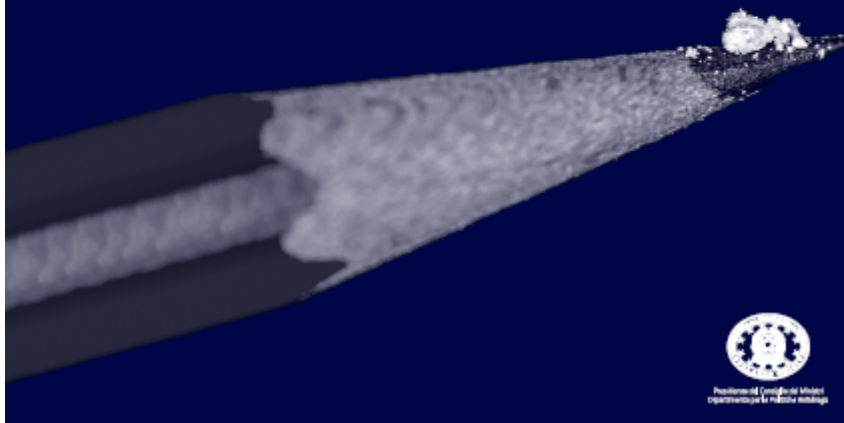
INDICE

Introduzione.....	3
PARTE PRIMA	5
Epidemiologia - Il trend demografico.....	5
I costi.....	14
A. Il macro-processo di gestione della persona con cronicità	17
FASE I: STRATIFICAZIONE E TARGETING DELLA POPOLAZIONE.....	19
FASE II: PROMOZIONE DELLA SALUTE, PREVENZIONE E DIAGNOSI PRECOCE.....	29
FASE III: PRESA IN CARICO E GESTIONE DEL PAZIENTE ATTRAVERSO IL PIANO DI CURA.....	38
FASE IV: EROGAZIONE DI INTERVENTI PERSONALIZZATI ATTRAVERSO IL COINVOLGIMENTO DEL PAZIENTE E CAREGIVER NEL PIANO DI CURA.....	48
FASE V: MONITORAGGIO E VALUTAZIONE DELLA QUALITÀ DELLE CURE EROGATE.....	56
B. Gli aspetti trasversali dell'assistenza alla cronicità	65
Integrazione socio-sanitaria.....	65
Sanità Digitale.....	70
Umanizzazione delle cure.....	77
Ruolo delle associazioni di tutela delle persone con malattie croniche e delle loro famiglie.....	80
Il ruolo delle farmacie.....	83
Sanità d'iniziativa ed empowerment.....	88
C. La cronicità in età evolutiva	92
D. Il monitoraggio del piano	99
Le indicazioni operative.....	99
PARTE SECONDA	101
1. OBESITÀ	102
2. EPILESSIA	106
3. ENDOMETRIOSI	108
Glossario e acronimi.....	111
Bibliografia.....	113

https://www.sanita24.ilsole24ore.com/pdf2010/Editrice/ILSOLE24ORE/QUOTIDIANO_SANITA/Online/Oggetti_Correlati/Documenti/2024/06/06/Piano_cronici_bozza.pdf?uid=AFeJvVmB

2024

Relazione annuale al Parlamento sul fenomeno delle tossicodipendenze in Italia



Indice dei capitoli

Capitolo 1	
Offerta e mercato di sostanze stupefacenti	
1.1. Operazioni antidroga.....	pg.16
1.2. Analisi qualitative e quantitative delle sostanze stupefacenti sequestrate.....	pg.19
1.3. Caratteristiche del mercato e prezzi delle sostanze.....	pg.20
1.4. Sistema Nazionale di Allerta Precoce.....	pg.23
Capitolo 2	
Consumi e tendenze tra i giovani	
2.1. Consumo di sostanze psicoattive illegali.....	pg.32
2.2. Consumo di sostanze psicoattive legali.....	pg.37
2.3. Famiglie e Prevenzione, studio pilota su percezioni e competenze genitoriali.....	pg.39
2.4. Nuovo dipendenze e comportamenti a rischio.....	pg.40
Capitolo 3	
Offerta territoriale	
3.1. Sistema dei Servizi per le Dipendenze.....	pg.48
3.2. Interventi di prevenzione.....	pg.57
Richiesta di cura	
3.3. Assistenza ospedaliera.....	pg.65
3.4. Assistenza nei Servizi per le Dipendenze.....	pg.69
Capitolo 4	
Implicazioni sanitarie	
4.1. Malattie infettive.....	pg.84
4.2. Decessi.....	pg.89
Capitolo 5	
Violazioni e reati	
5.1. Violazioni e incidenti stradali.....	pg.98
5.2. Violazioni amministrative e reati droga-correlati.....	pg.99
5.3. Conseguenze ai reati droga-correlati.....	pg.105

<https://www.politicheantidroga.gov.it/it/notizie-e-approfondimenti/notizie/relazione-annuale-al-parlamento-sul-fenomeno-delle-tossicodipendenze-in-italia/>

Per non dimenticare. Le RSA nella pandemia

Fabrizio Giunco, Franco Pesaresi, Sergio Pasquinelli, | 19 marzo 2024

A quattro anni dal primo lockdown, e nella quarta giornata nazionale per le vittime del Covid, ci occupiamo delle residenze per anziani ritornando a quel periodo terribile che ha segnato le vite, e le morti, di migliaia di anziani ricoverati. Lo facciamo aiutati dal libro di Costanzo Ranci "Cronaca di una strage nascosta. La pandemia nelle case di riposo" (Mimesis Edizioni, 2023). Un testo che ricostruisce quanto è successo come nessuno prima aveva fatto, ma anche un testo scomodo, perché ci riporta a un periodo che molti, un po' frettolosamente, considerano acqua passata. Ancora poco abbiamo metabolizzato, riflettuto, elaborato quanto è successo, tirando dritto e un po', forse, voltandoci dall'altra parte. Il libro invece, e l'autore intervenuto [qui](#) su Welforum, ci riconducono a verità ormai certificate e ci chiedono che cosa abbiamo imparato. E se hanno imparato qualcosa le residenze per anziani nel nostro paese (un mondo variegato quanto a organizzazione e regole di funzionamento), e più in generale il welfare per la terza età.

*TemI che vengono qui trattati da due esperti del settore: **Fabrizio Giunco**, direttore del Dipartimento Cronicità della Fondazione Don Carlo Gnocchi di Milano, e **Franco Pesaresi**, direttore generale dell'Azienda servizi alla persona «Ambito 9» di Jesi in provincia di Ancona. Ad essi si aggiunge l'intervento di **Sergio Pasquinelli**, condirettore di Welforum.*

Fabrizio Giunco

Chi scrive ha avuto difficoltà a ritornare con la mente ai mesi descritti dal libro dell'amico Costanzo Ranci. È una percezione comune a chi ha vissuto in prima linea quell'esperienza. Mesi e mesi umanamente e professionalmente devastanti, h24 e 7/7; il contatto con il dolore puro, delle persone, dei familiari, degli operatori; poche ore a casa con il timore di infettare i propri familiari e quindi vite separate e distanze difficili; strade spettrali e prive di vita. Difficile ripensarci ma va fatto, lo si deve a molti.

Il libro affronta un tema così delicato con competenza ed equilibrio, senza ricercare capri espiatori ma documentando puntualmente incertezze e carenze, istituzionali e di sistema. Nessuna facile ricetta ma un obiettivo su cui non può che esserci assoluta condivisione: **il sistema dei servizi residenziali deve essere radicalmente riformato. La pandemia avrebbe potuto essere l'occasione giusta, ma di quell'esperienza non sembra rimasto nulla.** Non si è fatto tesoro, ad esempio, delle conseguenze della frammentazione e debolezza dei sistemi territoriali e degli scarsi o assenti collegamenti con quello ospedaliero. Sarebbe stata necessaria continuità, sono state introdotte e rafforzate le separazioni. Si rischia anche di perdere l'occasione di una riforma indispensabile come quella sulla non autosufficienza. Date queste premesse, mi permetto di aggiungere solo alcune annotazioni, per andare anche oltre le già puntuali osservazioni del testo.

Molte analisi italiane (incluse le indagini giudiziarie) si sono concentrate sui primi due mesi della pandemia. **È probabilmente tempo di analizzarne invece l'intero sviluppo**, anche per comprendere meglio i meccanismi di una graduale e collettiva assuefazione. Al 12 marzo 2024 i casi registrati nel mondo sono stati circa 700 milioni con 7 milioni di morti complessivi; in Italia 25,6 mln di casi e 188.000 morti. I cluster si sono distribuiti geograficamente e nel tempo secondo logiche modelli di diffusione non ancora del tutto chiari. In ogni caso, anche in Italia, il maggior numero di decessi non è stato registrato a marzo-aprile 2020 ma nelle ondate successive (novembre 2020-maggio 2021; primo semestre 2022) ([Worldometers](#); [Johns Hopkins University ARCGIS](#)). L'Osservatorio settoriale sulle RSA della LIUC, che analizza dal 2011 i dati di attività di 354 RSA lombarde e di 39.124 posti letto, riporta nel 2020 un tasso di mortalità del 34,2%; nel 2021 e 2022 la mortalità è però rientrata nella media abituale degli anni precedenti (20-21%). In altre parole, sembrerebbe che gran parte dell'eccesso di mortalità nel 2021 e 2022 non sia ascrivibile alle RSA. L'Osservatorio Long-Term Care della Bocconi riporta, citando dati del Ministero della Salute, che a dicembre 2020 quasi l'80% dei deceduti in ospedale positivi al SARS-CoV-2 COVID provenisse da casa o da altri ospedali e solo un quinto delle RSA ([Terzo Rapporto Osservatorio Long Term Care](#), 2021). Detto in altre parole, è sicuro che le RSA abbiano pagato un caro prezzo nelle primissime fasi della pandemia, ma dovremmo cominciare anche a documentare cosa sia accaduto dopo, soprattutto negli ospedali e nei sistemi di urgenza e di cure primarie.

Personalmente sarei cauto nel confrontare i dati di mortalità fra strutture di paesi diversi, condizionati dalla diversa fase della diffusione epidemica e dalla tipologia delle strutture e delle popolazioni accolte. Un esempio fra i molti

possibili. L'apparente ridotto tasso di mortalità nelle case di riposo danesi sembra calcolato su 44.000 posti letto. La Danimarca, però, ha solo 8.000 posti letto di *Nursing Homes*/RSA; gli altri appartengono al vasto mondo dell'housing sociale, con popolazioni più giovani, robuste e autonome di quelle delle RSA lombarde o venete. La Danimarca sembra aver avuto anche problemi a identificare i decessi COVID. Nel 2022 la rivista scientifica [Lancet](#) ha analizzato il possibile scostamento fra le casistiche ufficiali e il numero reale di decessi COVID in 191 paesi. In Italia il rapporto fra le due variabili è stato di 1.89, simile a quello di altri paesi europei, oltre che di USA e Canada; in Danimarca di 3.18. Resta quindi molto da capire ma un dato ricorre. L'Italia ha dimostrato molte carenze nella qualità e completezza dei dati raccolti. Difficile comprendere i fenomeni e pianificare soluzioni se non si affronta con decisione questa realtà.

Un'ultima osservazione ha a che vedere con la variabile tempo. Fino alla fine di gennaio 2020 si aveva informazione di una nuova malattia in Cina. Il primo caso in Europa (Finlandia) risale al 29/1/2020; i primi cluster italiani (Codogno, Vo' Euganeo, Bergamo) al 21/2. L'OMS ha dichiarato lo stato pandemico solo l'11/3. Praticamente, soprattutto in Lombardia e Veneto, **le strutture residenziali hanno vissuto in un solo mese l'avvicinamento di qualcosa di incerto** in assenza di puntuali informazioni istituzionali. Nelle città la vita continuava come al solito e per settimane nelle RSA sono entrati familiari e operatori che in alcuni territori erano probabilmente già entrati in contatto con il virus. Le prime segnalazioni istituzionali raccomandavano inoltre di prestare attenzione a persone con sintomi respiratori e di procedere come abituale per le infezioni a possibile trasmissione aerea (conferma diagnostica, isolamento, terapie).

Non è servito molto tempo per capire come il SARS-CoV-2 avesse caratteristiche affatto originali e meritasse ben altre strategie. Le prime conferme di letteratura sul ruolo degli asintomatici risalgono però al secondo trimestre 2020, determinando un radicale cambiamento delle strategie di contenimento, dall'attesa dei sintomi alla mappatura sistematica delle popolazioni. Ora, date queste premesse, è ragionevole pensare che strutture elettivamente sociali come le RSA potessero trasformarsi in meno di un mese in ospedali per acuti o in centri infettivologici di alto livello? E con quali informazioni? Personalmente, più che la disorganizzazione, **sottolineerei il fatto che queste strutture - progettate per altro - abbiano dovuto imparare in poche settimane un nuovo mestiere**, da sole e in pressoché totale autonomia. Le risposte sono poi migliorate, ma nulla poteva essere implementato in un tempo così ristretto, basandosi su conoscenze rivelatesi poi incomplete se non fuorvianti.

Concludendo, resta comunque evidente come **le strutture residenziali per anziani debbano essere radicalmente ripensate**. Anche per gli insegnamenti della pandemia, deve essere combattuta l'indifferenza e la sottovalutazione dei bisogni che devono fronteggiare. Richiedono competenze elevate e risorse umane, professionali e economiche proporzionate alla complessità delle condizioni che affrontano, sia per gli aspetti clinici e assistenziali che per quelli etici e esistenziali. I modelli di accreditamento e di tariffazione attuali sono frutto di altri tempi, come quelli costruttivi e formativi. La pandemia lo ha reso evidente oltre ogni misura. Faccio quindi semplicemente mie le ultime righe della prefazione di Ranci: *"È da una buona e seria ricostruzione del passato che possiamo imparare come affrontare il futuro, almeno quello che è prevedibile"*.

Franco Pesaresi

Cosa ci ha lasciato la pandemia? È cambiato qualcosa nei presidi residenziali per anziani dopo di essa? L'occasione per rifletterci ci viene dal recente libro di Costanzo Ranci. Il testo ripercorre con grande accuratezza quello che è accaduto nelle strutture per anziani durante la pandemia: l'impreparazione, la confusione, lo sconforto, le tante morti registrate nelle strutture. Si tratta di un lavoro preziosissimo che ci ricorda ciò che è accaduto con una osservazione più scientifica e rigorosa che non si può avere quando la si vive come attualità con lo scopo evidente di evitare che si ripeta la stessa situazione e che si giunga preparati ad eventuali eventi futuri.

Quello che è successo nelle strutture residenziali per anziani è stato devastante ma il dato comparato con gli altri paesi, che ci colloca tra i paesi che hanno avuto il tasso di mortalità nelle strutture per anziani fra i più alti in Europa, va letto alla luce di alcuni importanti elementi. Innanzitutto, occorre rammentare che l'Italia si colloca fra i paesi del mondo con il più alto tasso generale di mortalità per Covid per ragioni ancora da scoprire che ovviamente si è riverberato anche sulle strutture residenziali. Occorre inoltre tener conto che le strutture per anziani italiane rispetto a quelle degli altri paesi accoglie un basso numero di anziani mediamente più fragili. Alcuni studi hanno rilevato questa maggior fragilità degli anziani italiani collocati nelle strutture residenziali ma che banalmente può essere spiegata anche con il basso numero di posti letto disponibili che gioco forza finiscono per essere occupati dai casi più vulnerabili. Infine non bisogna dimenticare che la stima della media internazionale delle morti in casa di riposo rispetto al totale - citata opportunamente da Costanzo Ranci - è del 30-40%. La stessa delle strutture residenziali per anziani italiane. Pensiamo, per esempio, che tali percentuali sono state per esempio del 60% in Spagna e del 50% in Francia. Nella sostanza quello che è accaduto in Italia è stato assai grave ma non è molto diverso, su base nazionale, da quello che è accaduto in Europa. Poi c'è da dire che ci sono state aree del territorio nazionale che però

sono state colpite in modo molto più significativo.

In sostanza, abbiamo la conferma di un luogo – i presidi residenziali per anziani – dove si concentra la fragilità e che ha bisogno pertanto di una protezione maggiore degli altri settori.

Il direttore dell'OMS Tedros Adhanom Ghebreyesus, proprio lo scorso febbraio, ha dichiarato che "la storia ci insegna che la prossima pandemia sarà solo una questione di quando, non di se arriverà. Potrebbe essere causata da un virus influenzale, o da un nuovo coronavirus, oppure potrebbe essere causata da un nuovo agente patogeno che ancora non conosciamo" (QS, 2024).

Per questo, decisiva è la domanda se gli anni della pandemia, le migliaia di morti, le conseguenze sull'economia ci hanno insegnato qualcosa. Dopo questa pandemia, il settore che ha sofferto di più – quello delle strutture residenziali per anziani – è pronto ad affrontare una possibile minaccia per la salute? Per esempio, l'OMS Europa già durante la pandemia aveva raccomandato una serie di azioni indispensabili ed urgenti per i servizi di long-term care per far fronte alla situazione pandemica, urgenti nell'infuriare del Covid-19 ma diverse di quelle indicazioni sono utilissime per essere in grado di far fronte alle eventuali future situazioni difficili[*note*]**10 obiettivi politici per prevenire e gestire la pandemia COVID-19 nei servizi di LTC**

1. Dare priorità al mantenimento dei servizi di LTC durante la pandemia COVID-19 attraverso un efficace meccanismo di governance.
2. Rendere disponibili fondi aggiuntivi per il sistema di LTC per rispondere efficacemente alla pandemia COVID-19.
3. Garantire che le procedure e gli standard sulla prevenzione e il controllo delle infezioni siano implementati nei servizi di LTC per prevenire e gestire in sicurezza i casi COVID-19.
4. Attuare misure di sicurezza che riconoscano i vantaggi reciproci di sicurezza delle persone che ricevono e che forniscono i servizi di LTC.
5. Dare priorità al test, tracciare e monitorare la diffusione dell'infezione COVID-19 tra le persone che ricevono e forniscono i servizi di LTC.
6. Prepararsi a mettere in campo la capacità operativa massima per assicurare il personale e le risorse per la fornitura dei servizi di LTC necessari a far fronte alla pandemia COVID-19.
7. Ampliare il supporto per i caregiver familiari durante la pandemia COVID-19.
8. Coordinare i diversi servizi per garantire la continuità dei servizi di LTC durante la pandemia COVID-19.
9. Garantire l'accesso ad adeguati servizi di cure palliative durante la pandemia COVID-19.
10. Dare priorità al benessere delle persone che ricevono e forniscono i servizi di LTC durante e dopo la pandemia COVID-19 (OMS, 2020).[*note*].

Dunque torniamo al quesito iniziale; è cambiato qualcosa dopo il Covid nelle strutture residenziali per anziani? Purtroppo dovrei rispondere di no. Non è cambiato molto nelle strutture residenziali anche a causa di una serie di criticità finanziarie che ha coinvolto il settore dopo la pandemia.

Il libro di Costanzo Ranci serve a darci la sveglia. Serve a rammentare quello che è stato e serve anche a identificare – soprattutto nella parte finale del libro – quelle azioni che le lezioni apprese in questa tragica esperienza rendono necessarie.

Sergio Pasquinelli

Mi sento personalmente coinvolto dal libro di Costanzo Ranci, avendo perso mia madre nell'aprile del 2020 per Covid, in una Rsa milanese, dopo oltre due anni di ricovero. La primavera di quell'anno ce la ricordiamo tutti, ma un po' tutti abbiamo cercato di buttarcela alle spalle, in un grande processo di rimozione collettiva.

La ricostruzione che il libro propone è la prima e unica per meticolosità dei dati e delle date che hanno scandito i processi decisionali, le esitazioni iniziali, le decisioni tardive (ricordo ancora quando il personale ci diceva, a noi parenti, di non indossare le mascherine per non spaventare gli ospiti!). È evidente che le case di riposo non erano attrezzate ad affrontare una pandemia, ma non lo era nessuno di noi. Possiamo oggi dire che cosa si poteva fare di meglio e di diverso? Probabilmente sì, col senno di poi. Interessante è la **ricostruzione che viene fatta, nel libro, riportandoci al ruolo delle case di riposo**: il loro posto nella nostra società, nel nostro sistema di welfare, nelle nostre reti di cura. E come non condividere la conclusione a cui giunge l'autore: "È l'oblio istituzionale e pubblico in cui esse versano ad aver contribuito in modo sostanziale alla strage, che è stata così ampia proprio perché invisibile, non combattuta efficacemente e soprattutto non tracciata durante il suo svolgimento" (pag. 162).

Stando agli interventi che mi hanno preceduto, **un oblio che non è terminato, e le lezioni della pandemia hanno**

<https://www.welforum.it/per-non-dimenticare-le-rsa-nella-pandemia/>

modificato poco o nulla. Lo stesso decreto legislativo in attuazione della legge delega di riforma dei servizi per la non autosufficienza (l. 33/2023) dedica un'attenzione marginale alle strutture residenziali, senza dare indicazioni concrete e rinviando ad un atto successivo, tutto da definire.

Le Case di riposo, le Rsa, nell'immaginario collettivo sono ancora considerate "istituzioni totali" — per dirla con Erving Goffman — sistemi chiusi, iper-regolati, avulsi dai contesti in cui sono collocate. Gestite spesso come piccoli ospedali, come sistemi autocentrati, godono di una considerazione pubblica marginale, se ne parla più per i problemi che sollevano che quelli che risolvono, e la pandemia non ha certo aiutato.

E invece il loro futuro sta proprio nell'apertura, nella loro capacità di diventare centri multiservizi, per i non autosufficienti di oggi e di domani, che continueranno a crescere. Il loro futuro si gioca nella capacità di uscire e mettere a disposizione dei territori risorse e competenze, di offrire servizi che non sono solo quelli della degenza, ma che si estendono all'assistenza a casa e, nelle sue diverse diramazioni, sul territorio. Nell'assistenza agli anziani, ai loro caregiver familiari, alle badanti quando ci sono, alle comunità locali, quando sanno attivarsi.

È quanto già emergeva ne "Il Punto" di Welforum intitolato "[Le residenze dopo la pandemia](#)" uscito nel settembre di due anni fa. Occorre "spacchettare" le Rsa per tipologia di bisogni, di fabbisogni assistenziali, e moltiplicare, diversificare le possibilità di accoglienza in centri di dimensione variabile. Le Case di riposo accolgono gradi diversi di autosufficienza e fragilità, tra cui ospiti che hanno residue facoltà di autonomia a cui gioverebbe molto stare dentro realtà più contenute, come le **comunità residenziali, gli alloggi protetti, il cohousing, insomma le esperienze di "abitare leggero"**. Soluzioni in cui l'anziano non si trova più "a casa propria" ma non ancora in un luogo prevalentemente assistenziale. Certo, così vengono meno le economie di scala dei grandi centri, ma se ne possono trovare altre con un'adeguata organizzazione, uso delle tecnologie, lavoro di rete tra unità d'offerta diverse. Le esperienze di "Rsa aperta", pur con le luci e le ombre che le caratterizzano, indicano una via possibile.

Negli ultimi anni normative nazionali diverse hanno iniziato, [pur confusamente](#), a dedicare attenzione a queste soluzioni. Anche il recente, e deludente, decreto attuativo della legge delega sulla non autosufficienza dedica alcuni articoli al *cohousing*, ma senza l'ombra di uno stanziamento. Nel loro complesso, le ricadute concrete di queste diverse normative sono ancora di là da venire.

Post Scriptum. Nel maggio del 2020 il secondo governo Conte varò il cosiddetto "Decreto Rilancio" con l'obiettivo far crescere la sanità di territorio, la grande imputata in quei mesi. Il provvedimento investì 3,2 miliardi di euro per l'assistenza domiciliare, la rete territoriale dei servizi, le Unità speciali di continuità assistenziale (Usca), e poi il monitoraggio domiciliare, nonché l'aumento degli infermieri di comunità. Qualcuno ha visto gli effetti di questi stanziamenti?

Lo studio sulla "strage nascosta" considera la pandemia come uno stress test per le RSA, un evento traumatico che ha consentito di evidenziare i punti di forza e di debolezza del sistema. È su questi aspetti che Costanzo Ranci [interviene nel suo nuovo articolo](#) per puntualizzare alcuni aspetti a valle dei commenti qui riportati.

Bibliografia

Pesaresi F., "[Le idee guida dell'OMS sul COVID-19 nei servizi di LTC](#)", *I Luoghi della cura*, 16/1/2020.

Quotidiano Sanità, OMS avverte: "[L'arrivo di una nuova pandemia è solo una questione di quando, non di se](#)", 20/2/2024.

Ranci C., *Cronaca di una strage nascosta*, Mimesis Edizioni, Milano, 2023.

WHO Regional Office for Europe (2020), *Strengthening the health system response to COVID-19: preventing and managing the COVID-19 pandemic across long-term care services in the WHO European Region*, May 29, Copenhagen, WHO.

<https://www.welforum.it/per-non-dimenticare-le-rsa-nella-pandemia/>

Anziani, l'assistenza residenziale declinata in Ra e Rsa

Claudio Testuzza

Le prestazioni socio-sanitarie sono tutti quegli interventi di cura e assistenza che racchiudono insieme entrambe le componenti, quella sanitaria e quella sociale in un unicum inscindibile. La logica di base è quella di garantire, in tutti gli spazi di vita, un riferimento, un punto di appoggio per chi ne dovesse sentire la necessità.

Con l'ottica di essere ricettivi l'orientamento a costruire servizi pronti a recepire i bisogni inespressi guida diversi enti, che nel recente processo di accorpamento dei servizi sociali cittadini reggono il rischio, in particolar modo per gli anziani, di un allentamento nelle relazioni di aiuto istituzionali.

Se l'accorpamento risponde dunque a logiche manageriali, il venire meno della prossimità e della territorialità dei servizi può limitare la possibilità di accesso di chi non è più autonomo negli spostamenti e non ha una rete familiare o amicale su cui contare.

La condizione economica ha delle dirette ricadute su diverse dimensioni dell'esistenza, dalla salute all'abitare, che nel loro intreccio producono situazioni drammatiche per cui gli anziani possono cadere in una spirale di povertà e disagio, con aumentati rischi di perdere la casa e di comprometterne la salute.

Per le persone con malattie croniche o in condizioni di fragilità non autosufficienti (non solo anziani), che non hanno la possibilità di curarsi a casa a causa della gravità delle loro condizioni di salute o perché non hanno alcun supporto di familiari, amici o assistenti per le necessità quotidiane, il Servizio sanitario nazionale prevede la possibilità di essere ospitate in strutture residenziali non ospedaliere. L'assistenza residenziale rientra nei Lea - Livelli essenziali di assistenza - ma cambia da una Regione all'altra. Sono, infatti, diversi i criteri di accreditamento delle Rsa e persino i nomi (Rsa, Ra e altre sigle), come pure le modalità per accedervi e le tariffe a carico degli ospiti che possono dipendere dal reddito o dall'intensità dell'assistenza.

La differenza tra Rsa e Casa di riposo consiste, essenzialmente sulla condizione che, sebbene entrambe le strutture forniscano assistenza e supporto h/24, tuttavia le Rsa dispongono della presenza costante di personale sanitario, un medico e, generalmente, un infermiere ogni 5 assistiti e un terapista ogni 40.

La casa di riposo accoglie, invece, soggetti almeno parzialmente autosufficienti, che non necessitano di assistenza medica continua, ma unicamente di eventuali cure infermieristiche.

Normalmente, la Asl autorizza il ricovero nelle strutture collocate nel territorio della Regione. Solamente in casi particolari si può chiedere l'autorizzazione ad entrare in una struttura di una Regione diversa.

Attualmente sull'intero territorio nazionale sono presenti 12.576 presidi residenziali per un ammontare di circa 414mila posti letto, ovvero 7 ogni mille persone residenti. Il computo complessivo naturalmente riguarda tutte le diverse tipologie di strutture, rivolte a una molteplicità di soggetti: anziani autosufficienti e non, minori, vittime di violenze, disabili, soggetti con dipendenze e così via.

In base ai dati del ministero della Salute riferiti al 2021, sono 3.664 le strutture sanitarie che assistono gli anziani, di cui 222 pubbliche e 3.442 private accreditate. Attualmente 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. Sul numero totale di ospiti presenti al primo gennaio 2022, pari a 356.556, gli anziani (65anni e più) rappresentano oltre i tre quarti del totale, vale a dire poco meno di 267mila persone. Di questi, l'80% (circa 215mila unità) si trova in una condizione di non autosufficienza.

Per quanto riguarda il numero dei posti letto, l'Istat rileva il solito divario tra Nord e Sud: si va dai 31 posti letto ogni mille residenti anziani nel Nord-est, ai 5-6 ogni mille nel Meridione!

Scegliere una struttura residenziale pubblica o privata convenzionata col Servizio sanitario regionale può sembrare relativamente facile.

In genere l'elenco delle Rsa accreditate è disponibile sul sito della Regione o Asl. Se invece, anche a causa delle lunghe attese, si sceglie una struttura totalmente privata (si pagano anche le prestazioni sanitarie e, in media, la retta è di circa un centinaio di euro al giorno), il consiglio è di controllare se è autorizzata dalla Regione o dal Comune a svolgere l'attività, sia pure non in convenzione col Servizio sanitario regionale e, inoltre, va verificato se fornisce l'assistenza di cui si ha bisogno. In ogni caso è bene diffidare di strutture "anonime".

Nel corso di controlli ispettivi in oltre 6.500 Rsa, da gennaio 2022 ad agosto 2023, i Nas - Comando Carabinieri per la Tutela della Salute - hanno trovato una Rsa su tre non in regola.

Le prestazioni di tipo sanitario fornite nelle Rsa, pubbliche o private convenzionate, sono sempre gratuite per tutti gli ospiti, in quanto rimborsate alla struttura dal Servizio sanitario nazionale.

Di regola, invece, la quota "alberghiera" (vitto, alloggio e altri servizi, per esempio di lavanderia), pari al 50% della retta, è a carico dei pazienti o delle famiglie, salvo casi particolari.

Se il paziente o i familiari non sono in grado di sostenere questa spesa la quota di compartecipazione può essere sostenuta dal Comune per gli assistiti al di sotto di un determinato reddito (Isee socio-sanitario) previa richiesta da presentare ai Servizi sociali del Comune di residenza.

Ma ci sono casi in cui nulla è dovuto, cioè non va pagata nemmeno la parte alberghiera della retta, come ha ribadito una recente sentenza della Corte di Cassazione.

In caso di pazienti ricoverati in Rsa gravemente malati di Alzheimer (e demenza senile) anche la retta alberghiera è a carico del servizio sanitario.

E nulla può essere chiesto ai parenti - coniugi, figli o nipoti - anche se hanno sottoscritto un impegno di pagamento con la Rsa, considerato “nullo” dai giudici, i quali hanno disposto il rimborso degli importi pagati dai parenti.

Quante Rsa esistono.

Le tipologie di residenze sanitarie assistenziali sono quattro e vengono classificate in base al livello di ricovero e ai trattamenti offerti e necessari ai pazienti.

Rsa intensive. Sono adatte a persone affette da gravi disabilità e instabilità clinica, che necessitano di assistenza costante e continuativa. Pazienti in stato vegetativo, in coma oppure che richiedono particolari cure come nutrizione attraverso sondino, catetere venoso oppure cannule.

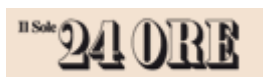
Rsa estensive. Concepite per anziani che richiedono un’elevata assistenza sanitaria e la cui permanenza non deve superare i 60 giorni. Prevedono interventi medico-infermieristici tra cui il trattamento di lesioni da decubito, terapie endovenose, recupero funzionale e molto altro, il tutto volto al rientro dell’utente nel suo domicilio oppure presso una Rsa di mantenimento.

Rsa di mantenimento. Sono concepite per accogliere anziani o soggetti non autosufficienti che necessitano di essere ospitati in via definitiva all’interno di una struttura assistenziale.

Questa tipologia si suddivide in due categorie: le Rsa di mantenimento alto - “A”. Rivolte a persone per cui sono previste cure mediche e infermieristiche quotidiane, dialisi, somministrazione di terapie endovenose, recupero funzionale, somministrazione di nutrizione artificiale, cure per lesioni da decubito, e molto altro; le Rsa di mantenimento basso - “B”. Che offrono cure di mantenimento o percorsi riabilitativi, e si caratterizzano da basse o medie necessità a livello di tutela sanitaria.

Rsa estensive. Sono pensate per disturbi cognitivo comportamentali gravi. Questo tipo di Rsa si pongono l’obiettivo di offrire assistenza a soggetti affetti, per esempio, da demenza grave caratterizzata da disturbi comportamentali e per i quali sono previsti trattamenti specifici mirati.

<https://www.sanita24.ilsole24ore.com/art/aziende-e-regioni/2024-06-10/anziani-l-assistenza-residenziale-declinata-ra-e-rsa-132541.php?uuid=AFIQWBrB&cmpid=nlqf>



Il ruolo dell’assistenza domiciliare: la “Rsa aperta” in Regione Lombardia

Luca Degani presidente Uneba *, **Stefania Pozzati** direttore sociale Fondazione Sacra Famiglia

Il potenziamento dell’assistenza domiciliare è uno dei pilastri su cui si fonda la riforma dell’assistenza alla non autosufficienza oltre che un elemento cardine per la riorganizzazione della medicina territoriale.

Più in particolare il Pnrr, che ha imposto all’Italia l’adozione tanto del Dm 77/2022 che ridefinisce i luoghi della sanità territoriale, quanto della legge 33/2022 cd. “legge anziani”, ha previsto un finanziamento in parte corrente per arrivare alla presa in carico domiciliare del 10% della popolazione ultrasessantacinquenne.

Al di là della evidenza che la presa in carico del 10% di un quarto della intera popolazione italiana attraverso un sistema organizzato di servizi domiciliari è forse più una mera dichiarazione di intenti che sottende un preminente obiettivo di territorializzare la assistenza sanitaria, l’elemento di maggior interesse è comprendere quali siano gli asset di tipologia di servizi domiciliari presenti e prevedibili che rispondano ai bisogni differenziati della popolazione target.

È evidente infatti che un ultrasessantacinquenne sia portatore di bisogni sostanzialmente diversi rispetto un ultrasessantacinquenne e oltre.

Nella miglior dottrina di politica sociale si ritiene che gli obiettivi strategici di una presa in carico domiciliare si debbano ispirare ai seguenti principi:

1. Creare risposte unitarie per il cittadino per superare la separatezza tra gli strumenti disponibili. Attualmente le risposte ai bisogni di domiciliarità vengono soddisfatte dal sistema di welfare pubblico attraverso due strumenti: il Sad dei Comuni e l’Adi (Assistenza domiciliare integrata, oggi Cure domiciliari) della sanità regionale; in particolare, e parte principale del presente articolo, negli ultimi 10 anni Regione Lombardia ha integrato il panorama dei servizi domiciliari attraverso la Rsa Aperta. Una misura che prevede che le oltre 700 Rsa presenti sul territorio lombardo siano in grado di rispondere potenzialmente a una popolazione ancora a domicilio con una età media di circa dieci anni di meno e un livello di minor comorbilità rispetto alla popolazione delle Rsa (vd slide 1 ove si

- evidenzia l'età all'ingresso in costante aumento dei circa 60.000 ricoverati in Rsa in Regione Lombardia);
2. Progettare e articolare gli interventi secondo nuove modalità che mettano il lavoro di équipe multidisciplinare e interistituzionale al centro della valutazione dei bisogni sanitari, sociosanitari e sociali. Per offrire a casa agli anziani e alle categorie fragili il giusto mix delle diverse prestazioni loro necessarie utilizzando anche professionisti sociosanitari con competenze specifiche dell'asset residenziale (v. slide 2);
 3. Puntare a realizzare servizi di domiciliarità innovativi e di alta qualità, grazie all'introduzione dell'uso delle tecnologie che arricchiscano e non deprivino contatti e relazioni umane, offrendo un valore aggiunto apprezzabile dal cittadino. Un utilizzo integrato di strumenti innovativi digitali contestualmente alle modalità "classiche" di erogazione dei servizi potrà permettere di raggiungere importanti obiettivi quali l'aumento della platea dei beneficiari, l'incremento del numero di visite/accessi per utente (=intensità) e di durata nel tempo (la prospettiva deve essere quella del long-term care, ovvero di cure per molti mesi e anche anni). In questo di fondamentale importanza, in prospettiva, l'uso dell'asse Pnrr sulla digitalizzazione e sullo sviluppo della telemedicina e, per la cronicità, ancor più del telemonitoraggio.

Ed è in linea con queste premesse che la misura Rsa Aperta vede un'importante crescita soprattutto negli ultimi anni (slide 3).

La Rsa Aperta è una misura introdotta da Regione Lombardia nel 2013 che si rivolge ad anziani con demenza e a ultrasessantacinquenni non autosufficienti, con l'obiettivo di erogare al domicilio degli anziani prestazioni di natura sociosanitaria di norma usufruibili solo all'interno di una Rsa: una misura che porta letteralmente nelle case degli anziani le Rsa, che mettono a disposizione dei territori i propri professionisti e la propria esperienza di cura.

Le ragioni di questo crescente interesse sono molteplici: sul lato della domanda ci sono i dati relativi all'invecchiamento della popolazione e alla crescita delle demenze, su quello dell'offerta c'è l'evidente beneficio indotto dalla disponibilità di un servizio che contribuisce concretamente a prevenire e/o rinviare i ricoveri nelle strutture residenziali.

Nel 2024 Regione Lombardia ha allineato la remunerazione per singola prestazione a quelle del consolidato servizio Adi (oggi cure domiciliari) riconoscendo così il valore di una misura che sostiene l'anziano e la sua famiglia all'interno del proprio contesto di vita ed utilizzando gli appositi fondi di Pnrr per implementare tariffe e numero di prestazioni

Tali azioni confermano il ruolo che questa misura può e deve poter svolgere all'interno della sanità territoriale attraverso professionisti specificamente formati che entrano nelle case di anziani fragili, supportando il percorso di cura e monitorando costantemente l'evoluzione dei bisogni. Soprattutto, a livello di ripetibilità, questo tipo di servizio indica la possibilità di uscire da una logica di contrasto tra residenzialità in Rsa e al domicilio, analizzando in termini di appropriatezza il bisogno della persona anziana assistita e comprendendo come il continuum di cure passi dal domicilio tanto in termini prestazionali, attraverso figure di professionisti sociosanitari abituati anche alla alta complessità, quando con percorsi di adeguamento domotico o con le nuove tecnologie che permettono, a titolo esemplificativo, il controllo della aderenza terapeutica da remoto.

<https://www.sanita24.ilsole24ore.com/art/aziende-e-regioni/2024-06-18/il-ruolo-dell-assistenza-domiciliare-rsa-aperta-regione-lombardia-131921.php?uuid=AFqBoQxB&cmpid=nlqf>

COMMENTO | ONLINE FIRST

La prossima generazione di sintesi delle prove per studi di accuratezza diagnostica nell'intelligenza artificiale

Ahmad Guni • Merlano penny • Ara Darzi • Hutan Ashrafian ✉

Accesso Libero • Pubblicato: 25 giugno 2024 • Fonte: [https://doi.org/10.1016/S2589-7500\(24\)00115-8](https://doi.org/10.1016/S2589-7500(24)00115-8)

L'attuale panorama dell'intelligenza artificiale (IA) nella diagnostica clinica è dominato dagli sforzi per stabilire l'accuratezza diagnostica degli strumenti di IA in applicazioni quali imaging e patologia. Tuttavia, poiché i sistemi di IA proprietari continuano a essere implementati e perfezionati, una considerazione più importante sarà la differenziazione tra strumenti di IA comparabili per offrire una maggiore capacità diagnostica e migliorare il processo decisionale clinico. La confluenza delle tecnologie di IA in casi d'uso comparabili impone lo sviluppo di strumenti di valutazione della qualità su misura per valutare il rischio di bias, l'uso di test di indice e standard di riferimento con soglie appropriate e l'applicabilità negli studi di accuratezza diagnostica. Tale approccio potrebbe informare l'utilità clinica nel mondo reale e, di conseguenza, le decisioni sulle politiche sanitarie.

Questa nozione di differenziazione tra gli strumenti di intelligenza artificiale è particolarmente importante poiché i dispositivi medici basati sull'intelligenza artificiale continuano a essere approvati dagli enti normativi, con diverse centinaia di dispositivi attualmente autorizzati dalla Food and Drug Administration (FDA) statunitense.

La maggior parte dei dispositivi è progettata per facilitare il rilevamento di lesioni o anomalie in varie applicazioni diagnostiche, prevalentemente in radiologia. Ad esempio, diversi dispositivi di rilevamento delle lesioni approvati dalla FDA per le mammografie di screening utilizzano tecnologie AI distinte, tra cui ProFound AI Software (iCAD, USA), Transpara (ScreenPoint Medical, Paesi Bassi) e INSIGHT MMG (Lunit, Corea del Sud).

Sono attualmente in corso numerosi ampi studi indipendenti per valutare gli strumenti di intelligenza artificiale nelle mammografie di screening, che hanno prodotto risultati preliminari positivi.

Risultati promettenti sono stati ottenuti anche in altri ampi studi, come uno studio che valutava l'impiego dell'intelligenza artificiale nell'interpretazione degli elettrocardiogrammi.

Una volta pubblicati i risultati conclusivi di tutti questi studi, la questione non sarà se l'intelligenza artificiale possa essere integrata nei flussi di lavoro diagnostici clinici, ma quale dispositivo di intelligenza artificiale sia clinicamente più utile per un particolare caso d'uso o per una particolare coorte di popolazione.

La risposta dipenderà da una serie di fattori diversi, caratterizzati in modo più efficace attraverso strategie di sintesi delle prove condotte rigorosamente. Tuttavia, le revisioni sistematiche attualmente pubblicate dell'accuratezza diagnostica dell'IA non riportano in modo coerente gli standard di valutazione della qualità.

Inoltre, la maggior parte delle revisioni sistematiche utilizza lo strumento Quality Assessment of Diagnostic Accuracy Studies 2 (QUADAS-2), che non cattura completamente i bias esclusivi della tecnologia AI. Abbiamo precedentemente descritto potenziali bias rilevanti per gli studi di accuratezza diagnostica AI, tra cui l'uso di repository open source su larga scala; la scarsità di convalida esterna dei test indice e la spiegazione inadeguata del loro addestramento, dei dettagli algoritmici e dei set di test; l'uso di standard di riferimento inappropriati e incoerenti; e la segnalazione poco chiara della tempistica tra i test indice e gli standard di riferimento.

La sfida per gli enti normativi è interpretare la sicurezza e l'efficacia dei dispositivi nel contesto di questi pregiudizi. Per semplificare l'autorizzazione dei dispositivi clinicamente utili, la maggior parte delle recenti approvazioni FDA di dispositivi AI sono avvenute tramite il percorso 510(k), che facilita l'autorizzazione se i dispositivi sono sostanzialmente simili a un dispositivo precedentemente approvato (definito predicato). Separatamente, il quadro normativo proposto dalla FDA per le modifiche al software AI/machine learning come dispositivo medico evidenzia la necessità di consentire alle tecnologie adattive di apprendere e migliorare in tempo reale, sfruttando la natura intrinseca dei dispositivi AI per migliorare gradualmente attraverso l'iterazione. La Medicines and Healthcare products Regulatory Agency del Regno

Unito e l'Agenzia europea per i medicinali devono ancora produrre linee guida dettagliate sui quadri normativi per i dispositivi sanitari AI, ma mirano in generale a promuovere l'innovazione in linea con gli Stati Uniti.

Tuttavia, ci sono diversi problemi nell'affidarsi ai predicatori per approvare iterazioni future o prodotti di nuova generazione: l'uso di fonti di dati e set di addestramento distinti per convalidare gli algoritmi; l'impatto della deriva dei dati che degrada l'accuratezza del modello nel tempo; il mirroring e il consolidamento di pregiudizi esistenti che potrebbero essere a livello di popolazione e non rappresentativi; e differenze nell'applicabilità clinica, nell'implementazione e nell'interoperabilità. Senza una valutazione di questi fattori e di come influenzano la validità dei risultati riportati, la capacità di valutare l'utilità clinica è ostacolata; di fatto, gli enti normativi e i responsabili delle politiche sanitarie non saranno in grado di concludere con sicurezza che questi strumenti possono essere implementati in modo sicuro nella pratica clinica.

Per facilitare la prossima generazione di sintesi di prove per studi diagnostici di IA di fronte a queste sfide, il nostro gruppo ha avviato lo sviluppo di un'estensione di QUADAS-2 per un uso specifico negli studi di accuratezza diagnostica di IA, denominata QUADAS-AI. È importante sottolineare che questo strumento sarà sviluppato attraverso un consenso internazionale sui principali bias che potrebbero limitare la traduzione in flussi di lavoro clinici. Il ruolo della valutazione delle prove nella diagnostica di IA si baserà sempre di più sull'integrazione di dati da più iterazioni di un'ampia gamma di strumenti di IA eterogenei. Di conseguenza, la necessità di una sintesi di prove solida e trasparente attraverso strumenti come QUADAS-AI sarà fondamentale per la qualità, la sicurezza e il valore degli strumenti di diagnostica clinica adottati.

[https://www.thelancet.com/journals/landig/article/PIIS2589-7500\(24\)00115-8/fulltext?dgcid=raven_jbs_aip_email](https://www.thelancet.com/journals/landig/article/PIIS2589-7500(24)00115-8/fulltext?dgcid=raven_jbs_aip_email)



Sviluppare e ampliare la capacità di monitoraggio remoto dei pazienti nella pratica ambulatoriale

Nina Singh , Katharine Lawrence ,Katerina Andreadis ,Chelsea Twan ,e Devin M. Mann

Pubblicato il 15 maggio 2024

NEJM Catal Innov Care Consegna 2024 ; 5 (6)

DOI: 10.1056/CAT.23.0417

VOL. 5NO. 6

Astratto

Sebbene sia stato dimostrato che il monitoraggio remoto dei pazienti (RPM) migliora i risultati sanitari e aumenta il coinvolgimento dei pazienti nelle cure, la sua adozione nel mondo reale è stata limitata da vincoli tecnici, limitazioni delle risorse e rimborsi limitati.

La NYU Langone Health (NYULH) ha un programma RPM ambulatoriale in crescita attraverso una rete diversificata, con più di 8.000 pazienti arruolati nel monitoraggio domiciliare di almeno un parametro fisiologico dall'inizio del programma.

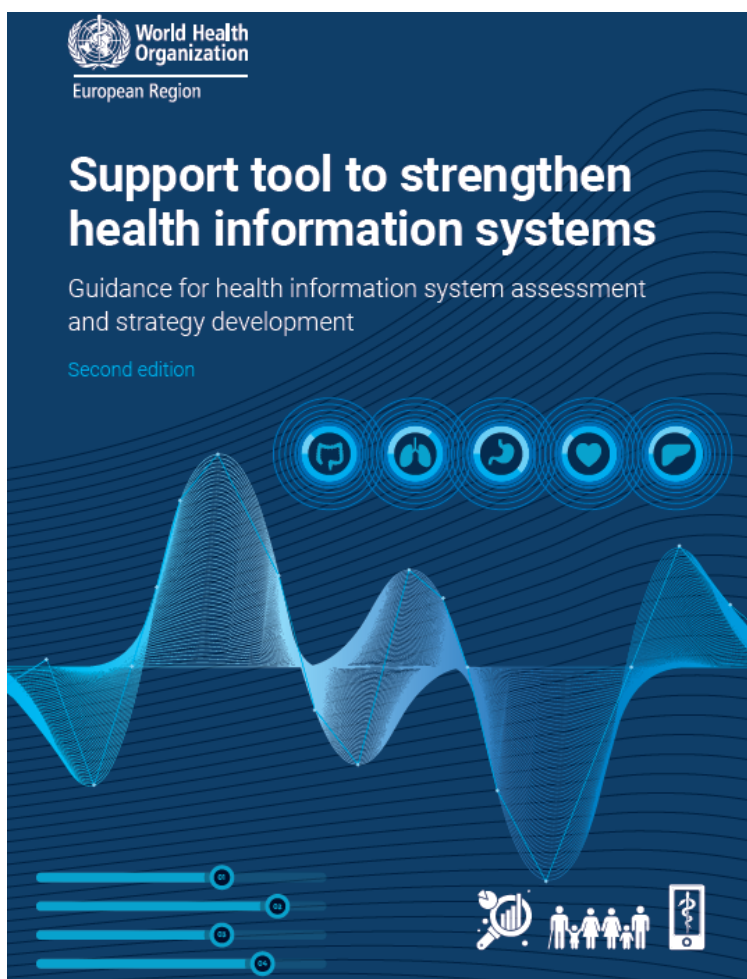
In questo caso di studio, gli autori condividono l'esperienza di 6 anni del NYULH nello sviluppo della capacità RPM all'interno del sistema sanitario, con particolare attenzione al miglioramento dei risultati clinici, alla sostenibilità operativa e all'equità.

Questi sforzi relativi all'RPM differiscono da quelli di altri sistemi sanitari in quanto l'attenzione è rivolta alla creazione di strumenti e flussi di lavoro per le pratiche interessate all'utilizzo dell'RPM piuttosto che alla creazione di programmi RPM centralizzati per specifiche popolazioni ad alto bisogno. Le caratteristiche principali del programma includono il supporto per una varietà di dati (pressione sanguigna, glucosio, frequenza cardiaca, temperatura, saturazione di ossigeno, volume espiratorio forzato in 1 secondo, peso e passi); una strategia di implementazione a livello di pratica adattabile alle esigenze di diversi contesti di pratica; e protocolli di revisione ed escalation dei dati che consentono a infermieri, farmacisti e operatori di studi avanzati di gestire i dati RPM. Le funzionalità esplorative includono un manuale che descrive in dettaglio le migliori pratiche per l'uso di RPM in tutto il NYULH, un programma di prestito di dispositivi, accoppiamento Bluetooth diretto (in contrapposizione alla sincronizzazione Bluetooth e alla trasmissione di dati attraverso percorsi di aggregazione di dati), flussi di lavoro sistematici di offboarding per pazienti inattivi o stabili e piccoli flussi di lavoro centralizzati programmi sviluppati tra gruppi di studi con popolazioni di pazienti ed esigenze simili (ad esempio, studi associati di facoltà di assistenza primaria che gestiscono l'ipertensione).

Queste caratteristiche esplorative hanno comportato miglioramenti al programma, compreso un aumento del 58,7% (da 252 su 841 [30,0%] tra gennaio 2018 e marzo 2020 a 1.617 su 3.394 [47,6%] tra luglio 2022 e giugno 2023) nell'adozione (vale a dire, pazienti che hanno inviato almeno un dato in qualsiasi momento dopo aver ricevuto un ordine RPM), un aumento del 10,4% (da 4,8 tra gennaio 2018 e giugno 2022 a 5,3 tra luglio 2022 e giugno 2023) nella quantità di dati inviati per paziente a settimana e un aumento del 532,5% (dall'8,0% al 50,6%, prima di febbraio 2023 e dopo febbraio 2023) di episodi RPM risolti (ovvero pazienti inattivi, clinicamente normali e stabili esclusi dal programma).

Gli autori ritengono che l'infrastruttura e i processi qui presentati possano essere utilizzati in altri sistemi sanitari interessati a un approccio flessibile e scalabile alla capacità RPM ambulatoriale a livello aziendale.

https://catalyst.nejm.org/doi/full/10.1056/CAT.23.0417?query=CON&ssotoken=U2FsdGVkX1%2FZdyByhWFyi%2Fw0kG1Z3phkNckOF9xne32%2BGUHZ1mFmXBRd9q6KFTR9zX9ZgpKWlwNZ0PnKdlwh0HnzhicvERDfi%2B%2Fmr7RS6asqfzn6sLbatQMyCwbC29iWRt1t3a1CvPD%2F50mUOty8rlB9q1P%2BnwZ4GBcFAStp0YKwthYqAFmhroFAKsWZKdYytjm207RI7U9C%2BGiijkHRDQ%3D%3D&cid=DM2343929_Catalyst_Non_Subscriber&bid=-1959726599



Astratto:

È essenziale che i decisori politici abbiano un quadro affidabile e chiaro di come è distribuita la salute in una determinata popolazione quali indicatori contribuiscono o riducono le opportunità di essere in salute. Pertanto, la sorveglianza della salute della popolazione e il benessere è la prima delle dieci operazioni essenziali di sanità pubblica definite dall'OMS. L'OMS ha una lunga tradizione di fornitura sostegno agli Stati membri per rafforzare i loro sistemi di informazione sanitaria (HIS). Strumento di supporto per rafforzare la

salute sistemi informativi, è solo uno degli strumenti dell'OMS che fornisce una guida per la valutazione HIS e lo sviluppo della strategia.

Lo strumento è stato pubblicato per la prima volta nel 2015 e una versione aggiornata è stata pubblicata nel 2021. L'edizione attuale contiene metodologia di valutazione per il modulo principale e quattro nuovi moduli aggiuntivi – Informazioni sulla risposta alle emergenze sistema di gestione, sistema di informazione geografica, assistenza a lungo termine e dati sanitari sulla migrazione, a complemento dei moduli aggiuntivi inseriti nell'aggiornamento 2021 (Governo dei dati sanitari, Informazioni sanitarie per il XIII Generale Programma di lavoro e programma europeo di lavoro 2020–2025, Risorse umane per la salute, Malattie infettive sorveglianza e monitoraggio delle malattie non trasmissibili).

Lo strumento è composto da due parti principali: una guida per eseguire una valutazione di un HIS completo e una guida per lo sviluppo di una strategia HIS. La metodologia di valutazione mira a raggiungere un buon equilibrio tra la raccolta dei dati e l'effettivo utilizzo dei dati e riflette la crescente importanza delle cartelle cliniche elettroniche e di altre soluzioni digitali. Aggiungere su i moduli forniscono supporto per una valutazione più approfondita delle funzioni specifiche degli HIS. In base agli esiti della valutazione, lo strumento descrive un approccio pratico e graduale per lo sviluppo della strategia HIS. La valutazione del SUO le schede degli elementi che fanno parte della metodologia di valutazione sono disponibili anche sotto forma di foglio Excel e pubblicate come allegato Web separato.

<h1>Contents</h1>	
Acknowledgements	v
Abbreviations	vi
Executive summary	vii
What is new in the current edition of the Support tool?	viii
Introduction	1
Supporting the implementation of WHO's European Programme of Work.....	2
Structure and application of this tool.....	4
Setting the scene: HISs and their governance	6
HIS: what are we actually talking about?.....	6
HISs and related concepts: population health surveillance and monitoring, M&E and health system performance assessment.....	9
HISs and governance.....	11
Step 1. Performing an HIS assessment: where are we now?	13
HIS assessment approaches and existing tools.....	13
Assessment approach for this support tool.....	15
Step 2. Developing an HIS: where do we want to go?	23
From external assessment to country-led strategy development.....	23
What should the HIS achieve?.....	23
What are important HIS values?.....	24
Step 3. Developing an HIS improvement plan: how are we going to achieve our vision?	28
Elements needed to build the HIS improvement plan.....	28
Guiding principles for HIS development.....	35
Step 4. Monitoring progress and performing regular evaluations: are we on track?	36
Developing the M&E plan: what, how and follow-up.....	36
Compiling the HIS strategy.....	41
References	43
Glossary	47
References.....	48
Annexes	49
Annex 1. Health information system assessment item sheets for the core module.....	50
Annex 2. Emergency response information management system (ERIMS) add-on module.....	79
Annex 3. Geographic information system add-on module.....	97
Annex 4. Health data governance add-on module.....	113
Annex 5. Health information for the Thirteenth General Programme of Work and the European Programme of Work 2020–2025 add-on module.....	125

<https://www.who.int/europe/publications/i/item/9789289055741>

Sistemi informativi sanitari. L'OMS pubblica linee guida aggiornate. "Investire risorse economiche e umane è una necessità"

Per essere efficaci, i sistemi informativi sanitari necessitano di dati chiari e affidabili: la mancanza di standardizzazione, i ritardi nella ricezione dei dati, la mancanza di integrazione e interoperabilità tra diversi sistemi informativi e la mancanza di persone formate per gestire e utilizzare i dati sono tra le cause principali ragioni per cui i paesi hanno faticato a sfruttare in modo efficace i sistemi di informazione sanitaria a sostegno della risposta alla pandemia di COVID-19.

11 GIU - L'OMS/Europa aggiorna le linee guida per la valutazione e il rafforzamento dei sistemi informativi sanitari. L'[ultima versione](#) di questo strumento di supporto aiuta i paesi a valutare lo stato attuale dei loro sistemi, definire una visione strategica, preparare un piano di miglioramento e monitorare i progressi. "Nella regione europea dell'OMS, come altrove, ciò che è più importante per mettere in atto interventi efficaci di sanità pubblica è la nostra capacità di comprendere le tendenze sanitarie, identificare le disparità e indirizzare le risorse dove sono più necessarie", afferma **Natasha Azzopardi-Muscat**, direttrice della divisione OMS/Europa delle politiche e dei sistemi sanitari nazionali. "

Dati solidi e sistemi di informazione sanitaria sono la base su cui i paesi costruiscono strategie e politiche sanitarie. Lo strumento di supporto aggiornato dell'OMS/Europa è progettato per aiutare gli Stati membri a rafforzare i loro sistemi di informazione sanitaria e a salvaguardare la salute di tutte le persone nella nostra regione", ha aggiunto.

I sistemi informativi sanitari possono essere definiti come infrastrutture per il monitoraggio delle attività sanitarie, dei risultati sanitari della popolazione e delle politiche con un impatto significativo sulla salute. Comprendono le persone, le istituzioni, le relazioni interistituzionali, la legislazione, i valori, le tecnologie e gli standard che contribuiscono al trattamento dei dati. I dati generati da un sistema informativo sanitario supportano il processo decisionale basato sull'evidenza a ogni livello di un sistema sanitario.

In altre parole, i sistemi informativi sanitari sono costituiti da tutte le risorse, le parti interessate, le attività e i risultati che consentono una politica sanitaria basata sull'evidenza.

Per essere efficaci, i sistemi informativi sanitari necessitano di dati chiari e affidabili: la mancanza di standardizzazione, i ritardi nella ricezione dei dati, la mancanza di integrazione e interoperabilità tra diversi sistemi informativi e la mancanza di persone formate per gestire e utilizzare i dati sono tra le cause principali ragioni per cui i paesi hanno faticato a sfruttare in modo efficace i sistemi di informazione sanitaria a sostegno della risposta alla pandemia di COVID-19.

*Come spiega **David Novillo Ortiz**, consigliere regionale dell'OMS/Europa per i dati e la salute digitale, "anche se spesso trascurati e con risorse insufficienti, i sistemi di informazione sanitaria sono la spina dorsale della capacità dei paesi di monitorare, valutare e rispondere alle sfide sanitarie.*

Investire nel loro sviluppo, sia a livello finanziario che in termini di risorse umane, non è un'opzione ma una necessità.

Costruendo sistemi informativi sanitari adatti alle sfide moderne, i paesi possono garantire che tutti possano beneficiare di un'assistenza sanitaria equa e accessibile".

La versione 2024 dello strumento di supporto dell'OMS incorpora gli approfondimenti più recenti, basandosi sulla prima versione pubblicata nel 2015 e sulla seconda nel 2021. Gli aggiornamenti si basano su circa 20 valutazioni del sistema informativo sanitario effettuate dal 2015, che hanno indicato una grande necessità di sostenere lo sviluppo strategico di questi strumenti.

Le principali sfide affrontate dai paesi includono l'uso limitato delle informazioni sanitarie esistenti per l'elaborazione delle politiche e meccanismi di coordinamento intersettoriali mal funzionanti.

Lo strumento di supporto aggiornato viene fornito con diversi moduli aggiuntivi mirati a parti o funzioni specifiche dei sistemi informativi sanitari nazionali.

https://www.quotidianosanita.it/studi-e-analisi/articolo.php?articolo_id=122757

Fascicolo sanitario elettronico. Lo utilizza solo un italiano su cinque. Male le Asl. Regioni ancora indietro su molti servizi. La mappa

Giovanni Rodriquez

Tra gennaio e marzo 2024, è stato utilizzato di media dal 96% dei medici di medicina generale e pediatri di libera scelta. Quanto alle Asl, ne ha fatto uso solo il 74% con grandi differenze a livello regionale: dallo 0% di utilizzo in Liguria al 100% in dieci Regioni (Lombardia, Molise, Bolzano, Trento, Piemonte, Puglia, Sardegna, Toscana, Valle d'Aosta e Veneto). Il Fse diventerà obbligatorio in tutte le Regioni entro il 2026. C'è invece tempo fino al prossimo 30 giugno per opporsi al caricamento dei propri dati e dei documenti clinici precedenti il 19 maggio 2020

28 GIU -

Tra gennaio e marzo 2024, in media il **18% degli italiani ha utilizzato il Fascicolo sanitario elettronico**. Le differenze regionali sono però molto marcate, si passa infatti dal 1% di Calabria, Sicilia e Marche, al 40% dell'Emilia Romagna e 64% della Provincia di Trento. Eppure, sono circa 20,8 milioni i cittadini per i quali è stato pubblicato almeno un documento.

Nello stesso arco di tempo, di media a livello nazionale il **40% dei cittadini ha espresso il consenso alla consultazione dei propri documenti**. Anche qui i risultati oscillano dall'1% di Abruzzo, Calabria e Campania, fino all'85% del Veneto, l'86% del Friuli Venezia Giulia e l'88% dell'Emilia Romagna.

Questi alcuni dei dati presenti nel monitoraggio sull'attuazione e la diffusione del Fse, pubblicati sul sito del Ministero della Salute. Ricordiamo che la road map per il Fse prevede che entro il 2026 questo diventi obbligatorio in tutte le Regioni e per questo nel Pnrr ci sono 1,3 miliardi di finanziamenti. Entro dicembre di quest'anno tutti i documenti prodotti dalle strutture sanitarie dovranno essere in formato digitale in modo da andare ad alimentare automaticamente il fascicolo stesso. Infine, dal 2025, il Fse dovrà essere arricchito dal 'Patient summary', un documento che riassume la storia clinica del paziente e la sua situazione corrente redatto dal medico di famiglia (o dal pediatra per i minori).

Scadrà poi il prossimo 30 giugno il termine per opporsi al caricamento dei propri dati e dei documenti clinici precedenti il 19 maggio 2020 nel Fascicolo sanitario elettronico. Ci si potrà opporre tramite il servizio 'Fse – Opposizione al pregresso' disponibile online nel Sistema Tessera Sanitaria (TS) all'indirizzo www.sistemats.it. Il cittadino potrà accedere al servizio online con uno degli strumenti di identità digitale: Spid (Sistema Pubblico di Identità Digitale), Cie (Carta d'Identità Elettronica), Cns (Carta Nazionale dei Servizi). Se non ne è in possesso, potrà comunque esercitare il diritto all'opposizione accedendo all'apposita funzione online presente nell'area libera del Sistema TS con: Tessera sanitaria o codice STP (Straniero Temporaneamente Presente).

Tornando all'analisi del monitoraggio, possiamo osservare come sia invece ben diversa la situazione rispetto all'**utilizzo da parte dei medici di medicina generale e pediatri di libera scelta**. In questo caso, ad averlo utilizzato almeno una volta sono stati infatti, in media, il 96% a livello nazionale. Le variazioni a livello regionale in questo caso sono molto più contenute passando da un utilizzo minimo dell'83% in Toscana, fino al 100% registrato in nove Regioni (Basilicata, Emilia Romagna, Molise, Trento, Piemonte, Sardegna, Valle d'Aosta e Veneto)

Per quanto riguarda invece l'**utilizzo del Fascicolo sanitario da parte delle aziende sanitarie**, questo viene misurato attraverso il conteggio dei medici specialisti, dipendenti da aziende sanitarie pubbliche, abilitati al Fse. In questo caso, la media nazionale di utilizzo è del 74%. Con le Asl tornano le forti difformità di utilizzo tra le diverse Regioni. In questo caso il monitoraggio registra infatti lo 0% di utilizzo in Liguria, e il 100% in dieci Regioni (Lombardia, Molise, Bolzano, Trento, Piemonte, Puglia, Sardegna, Toscana, Valle d'Aosta e Veneto).

Ora che si è chiarito quanto questo sia stato ad oggi effettivamente utilizzato a livello nazionale, si può passare ad esaminare come questo sia utilizzato. E questo perché, al fine di rendere il Fascicolo sanitario elettronico uno strumento sempre più funzionale alle esigenze di cittadini e professionisti è necessario che lo stesso sia arricchito sempre più di documenti e dati relativi allo stato di salute del cittadino, quali ad esempio, referti, lettere di dimissione, vaccinazioni, verbali di pronto soccorso. Le Regioni rendono disponibili le diverse tipologie di documenti all'interno dei fascicoli sanitari,

che il cittadino può visionare, scaricare, conservare e condividere con il proprio medico, prestando il proprio consenso alla consultazione. Ma non tutte offrono ancora la stessa tipologia di servizi.

Questo l'elenco dei documenti resi disponibili nelle diverse Regioni:

- **Lettera dimissione ospedaliera:** 100%, tutte le Regioni.

- **Prescrizione farmaceutica:** 100%, tutte le Regioni.

- **Prescrizione specialistica:** 100%, tutte le Regioni.

- **Referto di laboratorio:** 100%, tutte le Regioni.

- **Referto di radiologia:** 100%, tutte le Regioni.

- **Referto specialistico ambulatoriale:** 100%, tutte le Regioni.

- **Verbale di pronto soccorso:** 100%, tutte le Regioni.

- **Referto di anatomia patologica:** 81%, presente in Abruzzo, Basilicata, Calabria, Campania, Friuli Venezia Giulia, Lazio, Lombardia, Marche, Molise, P.A. Bolzano, P.A. Trento, Piemonte, Sardegna, Sicilia, Umbria, Valle d'Aosta, Veneto.

- **Profilo Sanitario Sintetico:** 76%, presente in Basilicata, Calabria, Emilia-Romagna, Friuli Venezia Giulia, Lazio, Lombardia, Marche, Molise, P.A. Bolzano, Piemonte, Puglia, Sardegna, Sicilia, Toscana, Umbria, Valle d'Aosta

- **Certificato vaccinale:** 71%, presente in Abruzzo, Calabria, Campania, Emilia-Romagna, Friuli Venezia Giulia, Lazio, Lombardia, Molise, P.A. Trento, Piemonte, Sardegna, Sicilia, Toscana, Valle d'Aosta, Veneto.

- **Documento di erogazione di prestazioni di assistenza specialistica:** 71%, presente in Basilicata, Campania, Emilia-Romagna, Lazio, Liguria, Molise, P.A. Bolzano, P.A. Trento, Piemonte, Puglia, Sardegna, Sicilia, Toscana, Umbria, Veneto.

- **Documento erogazione farmaci:** 71%, presente in Basilicata, Campania, Emilia-Romagna, Friuli Venezia Giulia, Lazio, Liguria, Molise, P.A. Bolzano, Piemonte, Puglia, Sardegna, Sicilia, Toscana, Umbria, Veneto.

- **Taccuino personale dell'assistito:** 67%, presente in Abruzzo, Calabria, Emilia-Romagna, Friuli Venezia Giulia, Lazio, Liguria, Lombardia, Marche, Molise, P.A. Trento, Piemonte, Sardegna, Toscana, Valle d'Aosta.

- **Scheda singola vaccinazione:** 43%, presente in Calabria, Campania, Emilia-Romagna, Lazio, P.A. Bolzano, P.A. Trento, Piemonte, Sicilia, Toscana.

- **Lettera di invito per screening, vaccinazione o ad altri percorsi di prevenzione:** 19%, presente in Basilicata, Emilia-Romagna, Piemonte, Veneto.

- **Cartella clinica:** 14% presente in Lazio, Sardegna, Veneto.

Questo, infine, il dettaglio dei servizi disponibili nei portali Fse regionali e la percentuale di Regioni che offrono uno specifico servizio sul proprio portale.

- **Certificato digitale Covid19: accesso e download:** 95%, presente in Basilicata, Calabria, Campania, Emilia-Romagna, Friuli Venezia Giulia, Lazio, Liguria, Lombardia, Marche, Molise, P.A. Bolzano, P.A. Trento, Piemonte, Puglia, Sardegna, Sicilia, Toscana, Umbria, Valle d'Aosta, Veneto.

- **Esenzioni (consultazione, richiesta/rinnovo, richiesta certificato):** 81%, presente in Basilicata, Campania, Emilia-Romagna, Friuli Venezia Giulia, Lazio, Liguria, Lombardia, Marche, Molise, P.A. Bolzano, P.A. Trento, Piemonte, Puglia, Sardegna, Sicilia, Toscana, Valle d'Aosta.
- **Pagamento ticket/prestazioni:** 76%, presente in Basilicata, Campania, Emilia-Romagna, Friuli Venezia Giulia, Lazio, Liguria, Lombardia, Marche, P.A. Trento, Piemonte, Puglia, Sardegna, Toscana, Umbria, Valle d'Aosta, Veneto.
- **Prenotazione Ssn:** 76%, presente in Basilicata, Campania, Emilia-Romagna, Friuli Venezia Giulia, Lazio, Liguria, Lombardia, Marche, P.A. Trento, Piemonte, Puglia, Sardegna, Toscana, Umbria, Valle d'Aosta, Veneto.
- **Scelta/Revoca Medici di Medicina Generale:** 76%, presente in Basilicata, Campania, Emilia-Romagna, Friuli Venezia Giulia, Lazio, Liguria, Lombardia, P.A. Bolzano, P.A. Trento, Piemonte, Puglia, Sardegna, Toscana, Umbria, Valle d'Aosta, Veneto.
- **Notifiche:** 71%, presente in Calabria, Campania, Emilia-Romagna, Friuli Venezia Giulia, Lazio, Lombardia, Molise, P.A. Bolzano, P.A. Trento, Piemonte, Sardegna, Sicilia, Toscana, Valle d'Aosta, Veneto.
- **Gestione deleghe:** 48%, presente in Basilicata, Emilia-Romagna, Molise, P.A. Trento, Piemonte, Sardegna, Toscana, Umbria, Valle d'Aosta, Veneto.
- **Trova Pronto Soccorso, Farmacie, Ambulatorio:** 43%, presente in Emilia-Romagna, Friuli Venezia Giulia, Lazio, Lombardia, P.A. Trento, Piemonte, Puglia, Toscana, Valle d'Aosta.
- **Prenotazione Alpi:** 38%, presente in Basilicata, Emilia-Romagna, Friuli Venezia Giulia, Lazio, Lombardia, P.A. Trento, Piemonte, Puglia.
- **Autocertificazioni:** 33%, presente in Emilia-Romagna, Friuli Venezia Giulia, Lazio, Lombardia, Piemonte, Puglia, Toscana.
- **Consultazione liste d'attesa:** 33%, presente in Emilia-Romagna, Lazio, Lombardia, P.A. Trento, Puglia, Toscana, Umbria.
- **Visualizzazione immagini diagnostiche:** 33%, presente in Emilia-Romagna, Friuli Venezia Giulia, Lazio, P.A. Trento, Piemonte, Umbria, Valle d'Aosta.
- **Bilancio salute:** 29%, presente in Emilia-Romagna, Friuli Venezia Giulia, Lazio, Sardegna, Sicilia, Valle d'Aosta.
- **Budget/codice celiachia:** 29%, presente in Emilia-Romagna, Friuli Venezia Giulia, Lombardia, Piemonte, Puglia, Toscana.
- **Certificato di guarigione:** accesso e download: 29%, presente in Emilia-Romagna, Friuli Venezia Giulia, P.A. Trento, Piemonte, Puglia, Toscana.
- **Certificato di ricovero:** 29%, presente in Emilia-Romagna, Lombardia, Molise, Piemonte, Sardegna, Toscana.
- **Classificazione dei documenti in categorie:** 29%, presente in Emilia-Romagna, Friuli Venezia Giulia, Lazio, Lombardia, Piemonte, Veneto.
- **Prenotazione tampone (drive through/antigenico rapido):** 29%, presente in Basilicata, Emilia-Romagna, Lazio, P.A. Trento, Piemonte, Toscana.
- **Ristampa tessera iscrizione Ssr:** 29%, servizio presente in Emilia-Romagna, Lazio, Liguria, P.A. Trento, Piemonte, Veneto.

- **Certificato di fine isolamento:** accesso e download: 24%, servizio presente in Emilia-Romagna, Friuli Venezia Giulia, P.A. Trento, Piemonte, Toscana.
- **Certificato di malattia: accesso e download:** 24%, servizio presente in Basilicata, Lombardia, Molise, Puglia, Sicilia.
- **Consultazione tempi d'attesa PS:** 24%, servizio presente in Friuli Venezia Giulia, Lombardia, Puglia, Sardegna, Veneto.
- **Autotesting:** 19%, servizio presente in Emilia-Romagna, Lazio, P.A. Trento, Toscana.
- **Calendario vaccinale:** 19%, servizio presente in Campania, Piemonte, Puglia, Toscana.
- **Pdta (piano diagnostico terapeutico assistenziale):** 19%, servizio presente in Lazio, Lombardia, Sicilia, Toscana.
- **Prenotazione televisita:** 19%, servizio presente in Basilicata, Campania, Lazio, Toscana.
- **Certificato medico: accesso e download:** 14%, servizio presente in Basilicata, Lazio, P.A. Trento.
- **Prenotazione screening:** 14%, servizio presente in Lazio, Piemonte, Veneto.
- **Rinnovo assistenza sanitaria temporanea:** 14%, servizio presente in Lombardia, Piemonte, Sardegna.
- **Consultare informazioni utili per gli stranieri:** 10%, servizio presente in Emilia-Romagna, Toscana.
- **Dossier Farmaceutico:** 10%, servizio presente in Lazio, Veneto.
- **Prenotazione Servizi amministrativi:** 10%, servizio presente in Emilia Romagna, P.A. Trento.
- **Ricerca farmaco e consultazione foglietto illustrativo:** 10%, servizio presente in Friuli Venezia Giulia, Lazio.
- **Consenso o diniego alla donazione degli organi e tessuti:** 5%, servizio presente in Molise.
- **Contattare il Pronto Badante:** 5%, servizio presente in Toscana.
- **Pai (piano assistenziale individualizzato):** 5%, servizio presene in Lombardia.
- **Prenotazione appuntamento per donazione sangue:** 5%, servizio presente in Friuli Venezia Giulia.
- **Richiesta ausili ad assorbenza:** 5%, servizio presente in Toscana.
- **Richiesta trasporto per servizio sanitario:** 5%, servizio presente in Toscana.

https://www.quotidianosanita.it/studi-e-analisi/articolo.php?articolo_id=123115

Human Technopole, 5 piattaforme aperte ai ricercatori italiani. Giorgetti, usare risorse in modo selettivo ed efficace. Schillaci, alle 'piattaforme' il 55% dei 77 milioni messi dallo Stato su HT

Barbara Gobbi

Dal 10 giugno gli scienziati italiani potranno sottoporre i progetti di ricerca a Human Technopole, istituto di ricerca per le scienze della vita situato nel campus Mind Milan Innovation District, per svilupparli utilizzando le tecnologie di avanguardia messe a disposizione tramite le piattaforme nazionali.

In una logica di Open Innovation nel campo delle scienze della vita, le piattaforme nazionali sono strutture dedicate e condivise da Human Technopole con tutto il sistema della ricerca italiano.

E sono cinque: piattaforma di genomica, piattaforma di editing genomico e modelli di malattia, piattaforma di biologia strutturale, piattaforma di microscopia ottica, piattaforma per la gestione e l'analisi dei dati.

Piattaforme e bandi d'accesso sono stati presentati a Roma da Human Technopole presso il ministero della Salute, nel corso dell'evento "Improving human life and technology".

«L'Italia ha la qualità scientifica e industriale per essere un riferimento a livello globale, a condizione di utilizzare le risorse pubbliche in modo selettivo ed efficace - ha scritto il ministro dell'Economia Giancarlo Giorgetti in un messaggio inviato in occasione della presentazione del Piano strategico 2024-2028 e delle piattaforme di Human Technopole. «Investire su Human Technopole è parte della strategia mirata alla specializzazione del Paese sui settori ad alta tecnologia.

Per questo il Centro deve preservare standard di eccellenza mondiale nel reclutamento delle risorse umane e nella valutazione dell'attività scientifica, diventare un polo nazionale per la formazione avanzata e, soprattutto, un riferimento per il trasferimento tecnologico», ha aggiunto. «La capacità di innovazione tecnologica è la sfida sulla quale competono le potenze mondiali.

Questo è ancora più vero nel campo delle scienze della vita anche grazie alle potenzialità nell'uso dei dati. Di fronte a questo salto tecnologico, l'Italia ha la qualità scientifica e industriale per essere un riferimento a livello globale a condizione di utilizzare le risorse pubbliche in modo selettivo ed efficace», ha indicato ancora Giorgetti.

Secondo cui «utilizzare in modo efficace le risorse significa collaborare con gli altri attori della ricerca. Mi riferisco - ha precisato - agli enti attivi nelle Life Sciences, grazie alla potenzialità delle piattaforme nazionali. Alle fondazioni vigilate dal governo, che devono essere pronte a evolvere per anticipare e accompagnare gli avanzamenti della frontiera della ricerca», ha aggiunto, esprimendo «soddisfazione per i risultati conseguiti» e confermando che «nel percorso di attuazione del nuovo piano strategico il Mef continuerà a esercitare la propria vigilanza con l'ambizione comune di rendere Human Technopole un vanto e un riferimento nel panorama internazionale».

«Non riesco a immaginare una funzione differente, che non sia quella dell'apertura all'intera comunità scientifica italiana, per un investimento che vede 77 milioni di euro l'anno, pari al 55% delle risorse che Human Technopole riceve dallo Stato, destinati a realizzare e rendere disponibili le 5 Piattaforme tecnologiche nazionali d'avanguardia».

Così il titolare della Salute Orazio Schillaci, secondo cui «sostenere la ricerca e la prevenzione è il miglior investimento che una nazione possa fare. Ma naturalmente - ha avvisato - occorre gestire al meglio le risorse, in modo che abbiano una effettiva ricaduta sulla salute e che servano a migliorare l'assistenza. Per questo è auspicabile che i bandi presentati oggi stimolino una risposta vasta e di alto profilo e che nostri ricercatori colgano questa opportunità».

Secondo Schillaci il 'modello aperto' messo in campo può «davvero essere vincente per tutti gli attori della ricerca nelle scienze della vita: Irccs, aziende ospedaliere-universitarie, enti pubblici, università, lo stesso Human Technopole».

Schillaci ha infine ricordato che con il Pnrr è stato assegnato oltre mezzo miliardo al potenziamento della ricerca biomedica Ssn e che ad aprile sono state approvate le graduatorie per assegnare la seconda tranche di finanziamento da 310 mln a 334 progetti.

Il presidente di Human Technopole Gianmario Verona ha dichiarato: «Le piattaforme nazionali costituiscono un esempio concreto di infrastrutture per la open innovation nell'ambito delle scienze della vita. Il modello su cui si basano è un'evoluzione del modello già applicato con successo in istituti di vari paesi europei, tra cui il Laboratorio Europeo di Biologia Molecolare, il SciLifeLab in Svezia, gli istituti Max Planck in Germania, e negli Stati Uniti.

Ha portato, in questi paesi, importanti risultati sia in termini di qualità della ricerca scientifica, sia di trasferimento tecnologico.

Il suo punto di forza è consentire di centralizzare tecnologie molto avanzate, costose e connesse funzionalmente, godendo al tempo stesso di forti economie di scala ed evitando la dispersione delle risorse, che da oggi sono disponibili agli scienziati italiani, oltre ai ricercatori di Human Technopole».

La presentazione del Piano strategico 2024-2028.

Nel corso del convegno Human Technopole ha presentato anche i contenuti del nuovo Piano strategico. Marino Zerial, direttore di Human Technopole, ha aggiunto: «Questo evento è anche l'occasione per presentare il Piano strategico 2024-2028 di cui le Piattaforme nazionali sono una colonna portante. La multidisciplinarietà è un punto focale della visione scientifica di Human Technopole: dalla fisica alla genomica, dalla matematica alla biologia strutturale, tutte le scienze convergeranno per supportare lo sviluppo della conoscenza dei meccanismi alla base dell'organismo umano. Inoltre, grazie a nuovi programmi di ricerca, chiamati flagship research programmes, porteremo il focus anche su patologie gravi e diffuse come, ad esempio, i tumori, le malattie metaboliche, le patologie cardiologiche o le condizioni del neurosviluppo».

“Tutto” sui bandi di ricerca.

I bandi saranno pubblicati sistematicamente su base annuale e aperti a ricercatori di università, Istituti di ricovero e cura a carattere scientifico (Irccs) ed enti pubblici di ricerca di tutta Italia.

Le domande di accesso saranno valutate da un gruppo di esperti internazionali indipendenti, raccolti nella Commissione indipendente di valutazione permanente (Civp), che decideranno quali progetti potranno accedere alle tecnologie di Human Technopole sulla base della loro innovatività e qualità scientifica. Le candidature potranno essere presentate durante tutto il corso dell'anno e saranno valutate in tre periodi: maggio/giugno (domande presentate tra il 1 gennaio e il 30 aprile), settembre/ottobre (domande presentate tra il 1 maggio e il 31 agosto), gennaio/febbraio (domande presentate tra il 1 settembre e il 31 dicembre).

Il bando di accesso conterrà l'elenco dei servizi offerti da ciascuna piattaforma, criteri di ammissibilità e requisiti tecnici, criteri di valutazione e sistema di punteggio.

Sono previste tre modalità diverse di accesso alle Piattaforme Nazionali:

• Semplice: i ricercatori utilizzeranno direttamente le tecnologie messe a disposizione da Human Technopole. Poiché è richiesta una comprovata competenza pregressa nell'impiego di queste strumentazioni, sarà effettuata una verifica preliminare e successivamente il ricercatore sarà autorizzato all'uso dello strumento con supervisione limitata da parte del personale della struttura. Per alcune strutture o strumenti questa modalità di accesso potrebbe essere limitata o non disponibile.

• Con impiego dei servizi della struttura: i ricercatori potranno avvalersi di personale di Human Technopole che svolga per loro specifici compiti. Si potrà trattare di servizi standard, cioè svolti usualmente dalla Piattaforma Nazionale, o su misura, cioè ideati e sviluppati in maniera congiunta con i ricercatori ospiti.

• Con servizi della struttura e formazione: tale procedura prevede la formazione dei ricercatori da parte del personale di Human Technopole con l'obiettivo di trasferire, in aggiunta o in alternativa ai servizi previsti dalle altre modalità d'accesso, le competenze necessarie per l'utilizzo autonomo di una tecnologia specifica. Potranno essere sottoposti per l'accesso alle Piattaforme nazionali sia progetti scientificamente significativi e tecnicamente maturi sia progetti proof-of-concept, cioè studi di fattibilità come pre-requisiti per programmi di ricerca:

- con elevato potenziale scientifico ma con maturità tecnica o dati preliminari insufficienti;*
- volti a creare le condizioni necessarie per l'esecuzione del progetto (come ad esempio, esperimenti di sviluppo dei metodi);*
- ad accesso rapido, cioè che richiedono un unico servizio.*

La valutazione delle domande

Dopo una prima verifica della coerenza con il bando, la proposta verrà sottoposta alla Commissione Indipendente di Valutazione Permanente, che la giudicherà secondo i seguenti parametri: significatività, innovazione, approccio, contesto scientifico-istituzionale ed esperienze pregresse del richiedente. In aggiunta a questa valutazione sarà eseguito anche uno studio di fattibilità tecnica e maturità del progetto.

La Commissione indipendente di valutazione permanente (Civp)

Alla Commissione sarà affidata la valutazione dei progetti.

La Civp è formata da membri indipendenti di massimo prestigio internazionale che includono il presidente del Comitato scientifico di Human Technopole Walter Ricciardi che ne è membro di diritto, e sono:

- Filippo Mancia, professore di Fisiologia e biofisica cellulare, Department of Physiology & Cellular Biophysics, Columbia University, New York (U.S.A.) (Presidente);*
- Arianna Tucci, professore di Genomica medica, Queen Mary University of London (Regno Unito) (Vice Presidente);*
- Juha Kere, professore di Genetica molecolare, Department of Biosciences and Nutrition, Karolinska Institute, Stoccolma (Svezia);*
- Samuele Marro, professore di Neuroscienze e co-direttore dello Stem Cell Engineering Core, Black Family Stem Cell Institute, Icahn School of Medicine at Mount Sinai, New York (Usa);*

- Jan Peychl, Senior Service Leader, Light Microscopy Facility, Max Planck Institute of Molecular Cell Biology and Genetics, Dresda (Germania);
- Giampietro Schiavo, professore di Neuroscienze, Department of Neuromuscular Diseases, Queen Square Institute of Neurology, University College London (Regno Unito);
- Maria Secrier, professore di Biologia computazionale del cancro, Genetics Institute, Department of Genetics, Evolution and Environment, University College London (Regno Unito);
- Virginie Uhlmann, Group Leader, European Bioinformatics Institute (EMBL-EBI), Cambridge (Regno Unito) e Direttrice BioVisionCenter, Università di Zurigo (Svizzera).

I membri della Cisp sono stati selezionati a seguito della pubblicazione dell'avviso pubblico per la preselezione dei candidati per la costituzione della Commissione avvenuta in data 4 luglio 2023. Il Consiglio di Sorveglianza della Fondazione Human Technopole ha ricevuto la lista di candidati risultante dalle preselezione effettuata dal ministero dell'Università e della Ricerca e dal Ministero della Salute e ha nominato i nove membri.

<https://www.sanita24.ilsole24ore.com/art/medicina-e-ricerca/2024-06-10/human-technopole-5-piattaforme-aperte-ricercatori-italiani-giorgetti-usare-risorse-modo-selettivo-ed-efficace-schillaci-piattaforme-55per cento-77-milioni-messi-stato-ht-110831.php?uuid=AFBFO7qB&cmpid=nlqf>

Economia e sanità



Da calo consumi energia fossile e introduzione auto elettriche drastica riduzione entrate fiscali dal 2030

Il calo nella domanda di benzina e gasolio e l'arrivo sulle strade di oltre 4 milioni di auto elettriche porteranno a una riduzione del gettito fiscale derivante dalle accise sui carburanti di 3,8 miliardi di euro nel 2030 che potrebbe salire a 9 miliardi di euro nel 2040.

È quanto emerge da un'analisi svolta dal Centro Studi UNEM, l'associazione delle imprese che operano in Italia nei settori della raffinazione, della logistica e della distribuzione di prodotti petroliferi.

Per compensare le minori entrate al 2030, secondo lo studio, "a meno di aumentare le accise su benzina e gasolio, già tra le più alte di Europa, l'altra via estrema sarebbe quella di rivedere l'attuale tassazione sulle ricariche destinate alle auto elettriche, con effetti rilevanti sulle tasche dei consumatori". Infatti, calcola Unem, volendo recuperare il mancato gettito dei carburanti dalle auto elettriche il costo per percorrere 100 km con un'auto BEV passerebbe dagli attuali 5-6,5 euro a 19-24 euro "quattro volte il costo attuale e il doppio rispetto a quello sostenuto oggi con un'auto ibrida a benzina".

"Un problema noto di cui ha parlato recentemente anche il ministro dell'Economia Giorgetti – prosegue Unem – che questa analisi può aiutare a inquadrare da un punto di vista economico/finanziario per trovare soluzioni eque che non penalizzino troppo i consumatori. Del resto, se l'Italia è tra i Paesi dove la penetrazione elettrica appare più lenta rispetto al resto d'Europa, è anche quella dove il gettito fiscale garantito dalla mobilità è sicuramente tra i più significativi".

<https://www.fiscoequo.it/da-calo-consumi-energetici-e-introduzione-auto-elettriche-drastica-riduzione-entrate-fiscali-dal-2030/>

Banca d'Italia lima le stime su crescita e inflazione

Per quest'anno si stima un Pil a +0,6%, rallenta leggermente la crescita nel biennio successivo. Più rapido il calo della variazione dei prezzi

MILANO – Banca d'Italia aggiorna le stime sulla crescita e l'andamento dei prezzi in Italia, nell'ambito delle previsioni dell'Eurosistema alla base delle scelte della Bce.

Non cambiano le cifre per quest'anno, rispetto a quanto rilevato a inizio aprile: Banca d'Italia si aspetta una crescita dello 0,6%, che si trasforma in un +0,8% senza considerare la correzione per le giornate lavorative. Leggero ribasso invece per quel che riguarda gli anni a venire. La crescita è infatti individuata allo 0,9 per cento nel 2025 e all'1,1 nel 2026. In aprile, si stimava rispettivamente un +1 e +1,2 per cento. Una spruzzata di pessimismo dovuta alla previsione di tassi di interesse lievemente più alti di qualche mese fa.

Tavola 1 – Proiezioni macroeconomiche per l'economia italiana
(variazioni percentuali sull'anno precedente, salvo diversa indicazione)

	2023	Giugno 2024			Aprile 2024		
		2024	2025	2026	2024	2025	2026
PIL (1)	1,0	0,6	0,9	1,1	0,6	1,0	1,2
Consumi delle famiglie	1,2	0,2	1,2	1,3	0,1	1,3	1,3
Consumi collettivi	1,2	0,8	0,3	0,0	0,5	-0,5	-0,2
Investimenti fissi lordi	4,9	0,9	-0,2	-0,3	1,3	0,0	0,3
di cui: Investimenti in beni strumentali	6,3	1,2	3,2	1,1	2,1	2,6	1,3
Investimenti in costruzioni	3,5	0,6	-3,5	-1,7	0,6	-2,5	-0,8
Esportazioni totali	0,5	2,3	3,0	3,2	2,2	2,9	3,1
Importazioni totali	-0,2	-0,7	2,9	2,4	-0,2	2,2	2,3
Saldo di conto corrente della bilancia dei pagamenti (2)	0,5	1,3	1,5	1,8	0,9	1,3	1,8
Prezzi al consumo (IPCA)	5,9	1,1	1,5	1,6	1,3	1,7	1,7
IPCA al netto dei beni energetici e alimentari	4,5	2,0	1,6	1,7	2,0	1,7	1,7
Occupazione (ore lavorate)	2,7	1,3	0,6	0,7	1,0	0,6	0,5
Occupazione (numero di occupati)	1,9	1,0	0,3	0,5	0,9	0,4	0,5
Tasso di disoccupazione (3)	7,7	7,3	7,3	7,3	7,5	7,5	7,4

Fonte: elaborazioni su dati Banca d'Italia e Istat. Quadro previsivo per l'Italia incluso nelle proiezioni pubblicate dalla BCE il 6 giugno, basato sulle informazioni disponibili al 15 maggio (per la formulazione delle ipotesi tecniche) e al 22 maggio (per i dati congiunturali).

(1) Per il PIL e le sue componenti, variazioni stimate su dati trimestrali destagionalizzati e corretti per il numero di giornate lavorative. Senza tale correzione il PIL crescerebbe dello 0,8 per cento nel 2024 e nel 2025 e dell'1,2 per cento nel 2026. – (2) In percentuale del PIL. – (3) Medie annue, valori percentuali.

“L'attività – dice oggi via Nazionale – beneficerebbe dell'accelerazione della domanda estera e della ripresa del reddito disponibile ma gli effetti di condizioni di finanziamento ancora restrittive e della riduzione degli incentivi all'edilizia residenziale peserebbero sugli investimenti”.

Più marcato, invece, il calo preventivato per l'inflazione.

Nelle previsioni odierne si legge infatti che “l'inflazione sarebbe pari all'1,1 per cento nel 2024 e a poco più dell'1,5 per cento in media nel successivo biennio”. Ad aprile, era indicato un livello dell'1,3% per quest'anno e dunque dell'1,7% nella media del prossimo biennio.

Quanto alle tendenze di fondo, Palazzo Koch spiega che “al netto ridimensionamento rispetto allo scorso anno contribuirebbe soprattutto la moderazione dei prezzi dell'energia e dei prodotti intermedi.

Gli effetti dell'accelerazione delle retribuzioni verrebbero assorbiti dai margini di profitto e dall'andamento moderato dei prezzi delle importazioni”.

Tra i fattori che spingono l'Italia, le nuove previsioni vedono i consumi, dopo la battuta d'arresto alla fine del 2023, di nuovo in crescita “dall'anno in corso, sostenuti dal recupero del potere d'acquisto delle famiglie. Gli investimenti rallenterebbero marcatamente, frenati dagli elevati costi di finanziamento e dal forte ridimensionamento degli incentivi alla riqualificazione delle abitazioni.

Questi fattori, in particolare l'ultimo, comporterebbero una marcata contrazione degli investimenti in costruzioni, che verrebbe solo in parte attenuata dall'aumento della spesa per infrastrutture prevista nel Piano nazionale di ripresa e resilienza “.

Quanto agli incentivi per la Transizione 5.0 “contribuirebbero inoltre a sostenere la dinamica della componente in beni strumentali, che continuerebbe a espandersi per tutto il triennio”.

Quanto infine al mercato del lavoro, l'occupazione è vista in crescita, sia pur a ritmi inferiori a quelli del prodotto. “Il tasso di disoccupazione scenderebbe al 7,3 per cento nella media del 2024 e si manterrebbe stabile nel prossimo biennio”.

https://www.repubblica.it/economia/2024/06/13/news/banca_ditalia_lima_le_stime_su_crescita_e_inflazione-423226999/?ref=RHVS-BG-P3-S1-T1

la Repubblica

Il futuro povero: tra trent'anni, avremo in tasca 7 mila dollari l'anno meno di oggi. Ecco perché il Sud è più a rischio

Maurizio Ricci

Nel 2050, la diminuzione della popolazione comporterà una riduzione di una bella fetta del Pil pro capite: l'8 per cento. Ma l'Italia è messa peggio e al suo interno ci sono ulteriori fratture

In meno si sta più larghi. Ma si sta peggio, almeno se il parametro di giudizio è il Pil, il prodotto interno lordo, magari pro capite, ovvero la quota di ricchezza a testa. Perché il numero, in economia, fa la forza e, se siamo di meno, la torta da dividere, in realtà, non solo non resta la stessa, ma diventa più piccola. Parecchio più piccola. L'Ocse calcola che nei paesi che rappresenta – quelli industrializzati – il calo demografico avrà un impatto profondo.

Il Pil nel 2050

Nel 2050, la riduzione della popolazione comporterà una riduzione di una bella fetta del Pil pro capite: l'8 per cento. Ma questa è una media. In Italia, dove la popolazione, anno dopo anno, si riduce dal 2012, il calo demografico è più ampio e veloce. Siamo nel gruppo di testa, in questa classifica a rovescio dell'Ocse. E così, fra trent'anni, ognuno di noi si ritroverà in tasca 7 mila dollari l'anno meno di oggi. Il reddito pro capite italiano, infatti, è circa 35 mila dollari l'anno, ma i milioni di lavoratori che verranno a mancare all'appello, rispetto alla forza lavoro di oggi, comporteranno che il reddito pro capite – in soldi attuali – sprofonderà giù giù fino a 28 mila dollari, il 20 per cento (e non l'8 della media Ocse) in meno. Va peggio solo a Spagna e Corea.

La tasso della denatalità

E' una sorta di tasso della fertilità mancata, ma, visto che un aumento del numero di figli darebbe risultati solo tra svariati decenni è piuttosto una tasso che paghiamo [perché chiudere il buco con l'immigrazione](#), al momento, è fuori dalle carte.

E allora? L'Ocse ci segnala una possibilità per mitigare, almeno, l'impatto sull'economia del calo demografico: far lavorare di più chi invecchia. In soldoni, pensione più tarda e più efficiente monitoraggio sanitario dell'aspettativa di vita.

Difficile dire quanto siano credibili queste due strade nella situazione italiana. Quello che si può dire fin d'ora, però, è che non pagheremo questa tasso tutti allo stesso modo. Gli effetti a lunga scadenza del calo demografico rischiano, infatti, di far esplodere, una volta di più, le divisioni del paese. Ovvero, il calo del 20 per cento del reddito pro capite, segnalato dall'Ocse, è una media nazionale. Ci sono ampie zone del paese, in cui, ancora una volta, il reddito sprofonderà molto di più.

[\[\[\[gele.Finegil.StandardArticle2014v1\] lavoro laureati\]\]](#)

Le disuguaglianze dell'Istat

L'Istat ha recentemente messo insieme un quadro dettagliato delle disuguaglianze del paese, che continuano ad aumentare. Piano, ad esempio, a parlare di un'Italia uscita dalla lunga crisi dell'austerità del decennio scorso. Il Nord ha, alla fine, recuperato i livelli economici del 2000. Centro e Mezzogiorno, no. E l'indicatore Istat che misura la “capacità di produrre ricchezza” (tipo, qualità e numero delle imprese) segnala una spaccatura fra due paesi, sempre più, completamente diversi. Su 23 province che l'indicatore individua come “forti”, 21 sono al Nord, 2 al centro. Le 25 province “deboli” sono tutte al Sud.

Ed è qui che il tarlo della demografia moltiplica i danni. Nelle province forti, gli abitanti sono aumentati del 9 per cento. In quelle deboli sono diminuite del 3,4 per cento. Vale anche a livello generale, nel confronto fra Nord e Sud. Dal 2012, la popolazione italiana è scesa dell'1,8 per cento: ma del 4,7 per cento al Sud, solo dello 0,3 per cento al Nord.

Il Mezzogiorno debole

Impoverimento e spopolamento sono due fattori, dunque, che vanno di pari passo. Ma, nel Mezzogiorno, quel passo è più rapido: il Sud si spopola e si impoverisce più in fretta del Nord. E anche l'ultimo parametro di vantaggio del Mezzogiorno – un rapporto più favorevole fra vecchi e bambini – si sta esaurendo in fretta. Bisognerebbe mettere in opera, nel Sud, quelle ricette di mitigazione del calo demografico a cui pensa l'Ocse (strutture sanitarie, ad esempio, che favoriscano una vita sana e produttiva più a lungo) a ritmo accelerato. Ma la realtà dice esattamente l'opposto. Il 75 per cento dei Comuni della Lombardia (un'area che corrisponde al 94 per cento dei residenti) ha un ospedale a non più di 15 minuti di distanza. In Basilicata, questa percentuale di Comuni salvaguardati piomba al 14,5 per cento e copre solo il 41 per cento della popolazione. Chi può, come sempre, emigra.

https://www.repubblica.it/economia/rubriche/eurobarometro/2024/06/18/news/il_futuro_povero_tra_trentanni_avremo_in_tasca_7_mila_dollari_lanno_meno_di_oggi_ecco_perche_il_sud_e_piu_a_rischio-423249193/?ref=RHLF-BG-P21-S3-T1



Lavoro, negli ultimi 30 anni i salari in Italia sono saliti dell'1% contro il 32,5% della media Ocse

Valeria Santoro (Mf-Newswires)

Il rapporto annuale dell'Inapp sottolinea il fallimento in Italia della contrattazione collettiva e la minore produttività, cresciuta però più delle retribuzioni nel periodo 1991-2022

Gli stipendi degli italiani sono fermi. Negli ultimi 30 anni, dal 1991 al 2022, sono cresciuti solo dell'1%, a fronte del 32,5% in media nell'area **Ocse**. Un dato che sancisce il fallimento della contrattazione collettiva ed è legato alla bassa produttività, cresciuta però più delle retribuzioni nel periodo. Il risultato è la continua caduta della quota dei **salari** sul Pil, a fronte della crescita del peso dei profitti (40% contro 60% rispettivamente).

Giudizio negativo anche sulle politiche di incentivazione, che non hanno prodotto alcun risultato sull'**occupazione femminile**: la percentuale di donne occupate resta bloccata al 40,9%, a fronte del 60% degli uomini. È il quadro delineato dal rapporto annuale dell'Inapp (Istituto nazionale per l'analisi delle politiche pubbliche) che sui salari lancia un vero e proprio allarme: ci sono «forti dubbi sulla tenuta di tale modello nel lungo periodo».

Macigno inflazione, serve il salario minimo

Il presidente dell'Inapp, **Sebastiano Fadda**, ha sottolineato che la questione salariale è stata perfino aggravata nell'ultimo triennio dall'incidere dell'inflazione. I salari reali sono addirittura calati rispetto al 2020, a fronte di incrementi sostanziali negli altri Paesi. Secondo Fadda potrebbe essere «utile in questo contesto l'introduzione del **salario minimo legale**». Anche considerato che le tanto celebrate norme sulla contrattazione collettiva, addotte spesso a ragione dell'opposizione al salario minimo, «non sono state capaci di garantire tra il 1991 e il 2022 la crescita dei salari reali». E d'altra parte, «non esistono ragioni né sul piano analitico né sul piano dell'evidenza empirica per escludere strumenti basati sull'imposizione di una soglia minima invalicabile».

Intanto sono sempre di più i lavoratori che pensano di **lasciare il proprio lavoro**: il 14,6% degli occupati tra i 18 e i 74 anni (oltre 3,3 milioni di persone) ha pensato di dimettersi. Questa quota, spiega il rapporto Inapp, è composta da un 1,1% che lo farebbe anche se ci fosse una riduzione del tenore di vita e da un 13,5% che

farebbe questa scelta solo se trovasse altre entrate economiche. Le quote più alte di chi ha **intenzione di dimettersi**, a prescindere dalla motivazione, si osservano in corrispondenza degli occupati con un diploma (18,9%), diminuiscono col crescere dell'**anzianità anagrafica** e delle dimensioni del comune di residenza. A volersi dimettere sono maggiormente gli occupati dipendenti, operanti nelle organizzazioni di media dimensione (15-49 addetti) e che svolgono la loro attività in imprese private. Nel **pubblico** l'1,5% dei lavoratori (contro l'1% del privato) lo farebbe anche se questo comportasse una riduzione del tenore di vita. Il desiderio di **cambiare occupazione** è maggiore per chi svolge lavori più faticosi e poco soddisfacenti.

Poca formazione, bassa produttività

Dopo la crisi generata dalla pandemia il mercato del lavoro italiano ha ripreso a crescere ma questo percorso appare condizionato dalle **criticità strutturali** che lo caratterizzano: bassi salari, scarsa produttività, poca formazione e un welfare che fatica a proteggere tutti i lavoratori. Restano senza paracadute oltre 4 milioni di lavoratori 'non standard': dagli autonomi, a chi è stato licenziato o è alla ricerca di un'occupazione, passando per i lavoratori della gig economy fino ai cosiddetti working poors.

Secondo il rapporto Inapp c'è poi un'altra minaccia che grava sul sistema produttivo italiano: «il cosiddetto labour shortage, ossia la **carenza di lavoratori**, che si manifesta con la difficoltà dei datori di lavoro a coprire i posti vacanti». Anche perchè l'andamento demografico implica che la forza lavoro in Italia invecchia rapidamente: se nel 2002 ogni 1.000 persone che avevano un'età compresa tra 19 e 39 anni ce n'erano poco più di 900 aventi 40-64 anni, oggi questi ultimi sono oltre 1.400. E i lavoratori più anziani sono quelli che operano nella pubblica amministrazione, dove si trovano ben 3,9 lavoratori anziani ogni lavoratore giovane.

Calano le nuove assunzioni ma il saldo resta positivo

Nel 2022 le **nuove assunzioni** risultano in calo rispetto al balzo di fine pandemia, ma il saldo attuale è positivo rispetto a gennaio 2020 (+550mila). Il numero di assunzioni nel 2022 è peggiorato rispetto al 2021: 414mila nuove attivazioni nette nel 2022 a fronte di 713mila nel 2021. Si conferma un numero di attivazioni maggiore per la componente maschile (54% rispetto al 46% delle donne), mentre la categoria dei **giovani**, dopo essere stata colpita profondamente dalla pandemia e dalla precedente crisi del 2008, conferma il recupero di quote occupazionali: il 26% delle attivazioni del 2022 si concentra nella **fascia dai 25 ai 34 anni**, a seguire le quote dei 35-44enni (21%) e dei 45-54enni (20%).

Gli incentivi per assumere le donne non funzionano

Gli incentivi alle assunzioni non funzionano, soprattutto per le **donne**. Solo un'esigua percentuale di aziende - il 4,5% - ritiene importante l'introduzione del programma di incentivazione ai fini delle loro decisioni di assunzione. La probabilità di ricorrere a uno o più **schemi di incentivazione** all'occupazione è maggiore del 50% per le imprese di grandi dimensioni (con più di 250 addetti), mentre si riduce sensibilmente raggiungendo il 24% per le **microimprese**. Le imprese del **Mezzogiorno** sono molto più propense a utilizzarle: circa il 38% delle imprese del Sud e il 36% di quelle localizzate nelle Isole dichiara di aver usato almeno un incentivo, contro il 20% (in media) delle aziende localizzate nelle altre aree.

Forme di agevolazione hanno interessato quasi 2 degli oltre 8 milioni di nuovi contratti attivati nel 2022, ovvero il 23,7%. L'incentivo più utilizzato è stata la **decontribuzione** che ha riguardato il 65% dei **nuovi contratti**, seguito dall'apprendistato (20%) e dagli incentivi rivolti a target specifici: esonero giovani con il 4,7% e incentivo donne, che ha inciso per il 4,8% sull'occupazione totale. Nonostante la pluralità di incentivi in campo, nessuno di questi istituti è riuscito ad attivare almeno il 50% di donne. La composizione e il relativo **equilibrio di genere** restano immutati. Inoltre, il 58,5% delle assunzioni agevolate delle donne è a tempo parziale, contro il 32,2% degli uomini. Il ricorso agli **incentivi**, quindi, riproduce lo scenario noto di un'occupazione femminile minore per quantità (le donne sono il 40,9% delle assunzioni agevolate) e con minori ore lavorate. (riproduzione riservata)

<https://www.milanofinanza.it/news/lavoro-in-30-anni-gli-stipendi-sono-rimasti-fermi-secondo-l-inapp-serve-il-salario-minimo-202312141503501026>



ITALIA IN DATI

I dati che aiutano a capire l'Italia

Salari e disuguaglianze in Italia

In Italia, gli andamenti dei salari e delle disuguaglianze risultano simili a quelli di altre grandi economie europee (Francia, Germania, Spagna). Nel 2021, **la retribuzione globale annua (RGA) media italiana si aggira intorno ai 30.000 euro, mentre la retribuzione annua lorda (RAL) media è pari a circa 29.500 euro (circa 1.700 euro netti al mese)**. La RGA è sempre più alta della RAL poiché è formata dal totale dei compensi che spettano periodicamente al lavoratore o alla lavoratrice dipendente (per esempio include i buoni pasto, welfare, rimborsi spesa...).

Il quadro della distribuzione generale del reddito, al 2020 (dati 2019), è il seguente. Nel grafico è riportato il numero di contribuenti nella specifica fascia di reddito lordo complessivo.

Circa 1,6 milioni di italiani hanno un reddito annuo lordo superiore a 60.000 euro; 22,7 milioni di italiani non superano i 20.000 euro. Su 40,5 milioni di contribuenti, il 4% dichiara più di 2.850 euro netti al mese, mentre il 56% dichiara meno di 1.300 euro netti al mese. **Meno di 41.000 contribuenti (0,1% del totale) dichiarano un reddito annuo lordo medio superiore a 300.000 euro (ca 12.000 euro netti al mese).**

Tipologia di reddito, età e istruzione

Sul totale dei **lavoratori dipendenti**, poco più del 67% risulta sotto la media del reddito annuo lordo italiano. Tra i **lavoratori autonomi**, il 34% ha dichiarato un reddito minore alla media italiana. Tra i **pensionati**, circa il 79% percepisce un reddito sotto la media.

Al crescere dell'età e dei livelli di istruzione aumenta la retribuzione. Nel 2020, tra i 25-34 anni, la RAL media è di 25.818, tra i 35-44 anni di 28.967, tra i 45-54 anni di 31.252. La RAL media dei laureati è di 39.787, mentre quella dei non laureati è di 27.662. Chi ha anche un master di II livello può contare su una retribuzione media pari a 47.000.

Per approfondire il legame tra istruzione e mercato del lavoro si legga l'articolo dedicato all'[occupazione e disoccupazione](#) in Italia.

Salari del settore pubblico e privato

Al 2019, nel **settore pubblico**, il valore medio della retribuzione annua lorda (RAL) passa dai 28.440 euro della scuola ai circa 30.000 dei dipendenti di regioni ed autonomie locali; dai 90.000 euro dei dipendenti inquadrati in ambito prefettizio, fino ad arrivare agli oltre 137.000 medi della magistratura. La retribuzione media annua lorda dei dipendenti pubblici è di circa **34.500 euro**.

Nel **privato**, ad inizio 2021, i servizi finanziari sono il settore che più paga (RGA 45.295 euro), di contro, l'agricoltura è quello che paga meno (RGA 24.619 euro). I servizi finanziari, insieme al settore delle utilities (RGA 32.563 euro), l'industria di processo (RGA 32.065 euro) e manifatturiera (RGA 30.538 euro) hanno delle RAL e RGA medie che si posizionano al di sopra della media nazionale, mentre al di sotto, insieme ad agricoltura, ci sono i servizi (RGA 28.842 euro), commercio (RGA 29.169 euro) ed edilizia (RGA 26.929 euro). Sulla base della **qualifica professionale** le RGA medie al 2021 sarebbero le seguenti: dirigenti 112.326 (circa 4.400 netti al mese), quadri 57.444 (2.750), impiegati 31.447 (1.780), operai 25.118 (1.500). **Più è grande l'impresa, più la RAL media aumenta:** da 26.000 euro (nelle imprese sotto i 10 dipendenti), fino ad arrivare a 36.800 euro (imprese sopra i 1.000 dipendenti).

Differenze di genere

All'interno dell'Unione Europea, l'Italia si colloca al di sotto di UE27 (senza UK) e UE28. Il paese più virtuoso è la Svezia, il peggiore la Grecia. Occorre sottolineare però che in generale i Paesi Europei sono riconosciuti come i migliori in assoluto in questo ambito a livello globale.

Per tasso di partecipazione femminile alla forza lavoro, reddito guadagnato, quota di legislatori e dirigenti donne e quota di lavoratrici tecniche e professionale l'Italia risulta sopra la media globale, ma **gli unici ambiti in cui si è raggiunta la sostanziale parità tra uomo e donna sono quelli della tutela della salute e**

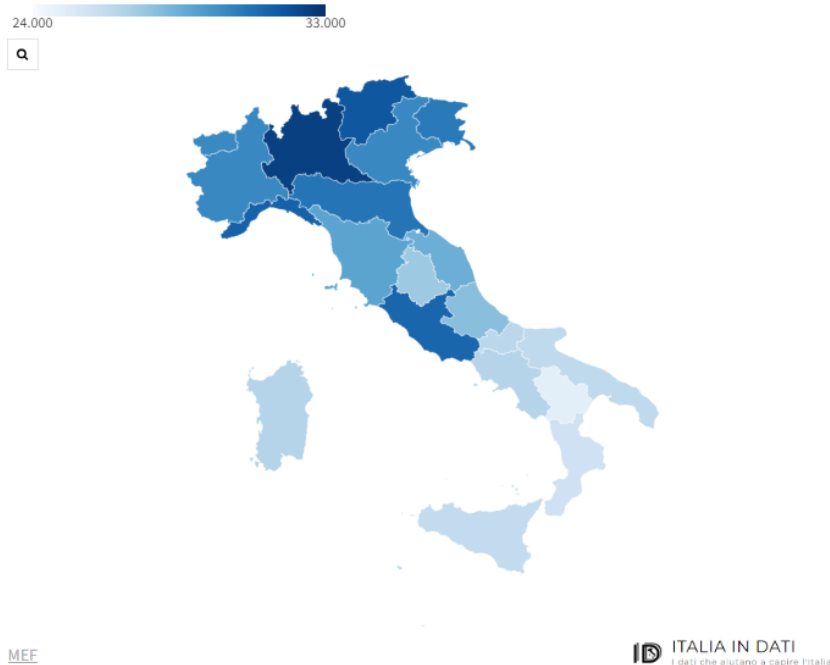
dell'istruzione. La situazione risulta più preoccupante per le opportunità economiche e la partecipazione politica. In particolare, **l'Italia è al di sotto della media globale per uguaglianza salariale per lavori simili.** Considerando il settore privato, ad esclusione di sanità e istruzione private, per l'anno 2020, a parità di mansione, le donne hanno registrato una RAL inferiore dell'11,5% e una RGA inferiore del 12,8% rispetto quelle degli uomini.

La situazione italiana riflette una situazione riscontrabile in gran parte del mondo. A parità di condizioni, con le tendenze attuali, il divario globale di genere (c.d. **global gender gap**) registrato nel 2020 potrà essere chiuso in 99,5 anni. Anche se in calo di 10 anni rispetto alla rilevazione del 2019, è chiaro che il cammino per raggiungere una sostanziale parità è ancora lungo.

Disuguaglianze e salari nelle varie regioni d'Italia

Da un **punto di vista geografico**, di seguito un'infografica che mostra come erano localizzate i redditi globali annui ad inizio 2021.

La RAL media del Nord ad inizio 2021 è di 30.800, nel Centro di 29.300, nel Sud e nelle Isole di 26.300. Al Nord sono localizzate più aziende di grandi dimensioni e che dunque richiedono maggiormente profili con elevate competenze. Allo stesso tempo, il costo della vita è più basso nel Meridione e occorre ricordare che il tasso di lavoro sommerso è maggiore al Sud: ciò fa ovviamente diminuire il livello dei salari regolari registrati.



Come ridurre le disuguaglianze?

Il disequilibrio dei redditi è un tema fortemente correlato alle disuguaglianze. Le condizioni economiche di partenza degli individui, in termini di reddito e patrimonio, creano delle barriere quasi insormontabili. Spesso predeterminano titolo di studio, stato di salute e stato di ricchezza nel corso di tutta la vita. Secondo Oxfam, nel 2019, **il 20% più ricco in Italia detiene quasi il 70% della ricchezza totale in Italia, mentre il 20% più povero circa l'1,3%.** Il patrimonio dei primi tre miliardari italiani sarebbe superiore alla ricchezza netta detenuta dal 10% più povero della popolazione italiana, circa 6 milioni di persone (37,8 miliardi di euro). Per approfondire il tema si invita a leggere l'articolo sulla [povertà assoluta e relativa in Italia](#).

Anche se **qualsiasi fascia della popolazione italiana ha visto migliorare il proprio stile di vita negli ultimi 60 anni**, considerati i divari appena citati, è chiaro che si deve ancora compiere un lungo cammino per costruire una società più inclusiva. **Nel 2020, a causa della pandemia, vecchie vulnerabilità si sono acuite e sommate a nuove fragilità, con conseguenze allarmanti per il benessere dei cittadini, l'inclusione e la coesione sociale.**

Alcuni esperti suggeriscono di imporre un minimo salariale orario per tutta Italia, di rafforzare l'efficacia delle organizzazioni sindacali, di assegnare missioni strategiche qualitative di lungo termine alle imprese pubbliche. Altre associazioni suggeriscono di prevedere l'acquisto delle imprese in crisi da parte dei loro stessi lavoratori

e dar vita ad un'eredità universale da versare ad ogni maggiorenne. Rafforzare la portata redistributiva del sistema nazionale di imposte e trasferimenti e investire in un'istruzione pubblica di qualità e nel contrasto alla povertà educativa appaiono altre strategie vincenti per favorire la mobilità intergenerazionale.

Come si potrà evincere, ridurre le disuguaglianze non è semplice e **non esistono ricette economiche in grado di funzionare efficacemente in tutti i contesti. Di certo, lo Stato italiano cerca di redistribuire costantemente il reddito dei cittadini tramite una tassazione progressiva.** I dati a riguardo sono riportati nell'articolo che tratta dell'[evasione in Italia](#).

Andamento dei salari in Europa e USA

Dal 1980 al 2017 la popolazione europea, nel suo complesso, ha migliorato le condizioni di partenza, ma sono aumentate le disuguaglianze. **L'1% della popolazione più ricca avrebbe visto accrescere il suo reddito due volte più velocemente del 50% della popolazione più povera.** Nel 2017 il 10% della popolazione più ricca ha guadagnato il 34% di tutto il reddito Europeo, mentre nel 1980 ne guadagnava il 30%.

I risultati del Vecchio Continente appaiono rincuoranti se paragonati a quelli degli USA. Dal 1980 al 2017, in Europa, la metà più povera della popolazione ha visto salire il suo reddito medio del 40%; negli Stati Uniti, i più poveri hanno sostanzialmente lo stesso reddito di 30 anni fa. Inoltre, **dal 2000 in poi, la maggior parte dei Paesi europei è riuscita ad assicurare una crescita sempre più inclusiva.**

La fotografia dall'Istituto dei Sindacati Europei del 2019, racconta di un'Europa a più velocità. Nel periodo 2009-2019, gli stipendi reali (ovvero aggiustati rispetto all'inflazione e al potere di acquisto) sono:

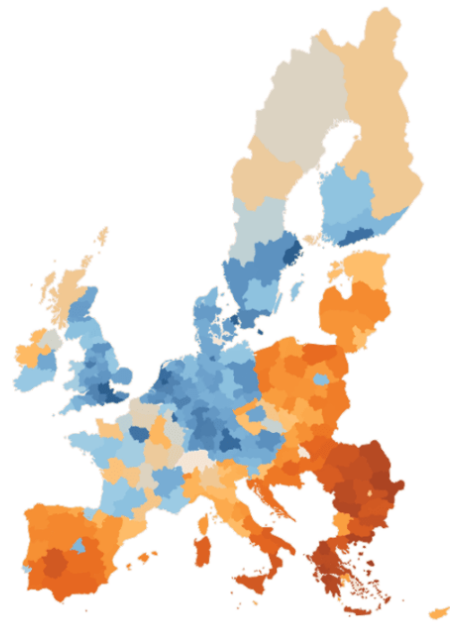
- scesi del 23% in Grecia, dell'11% in Croazia, del 7% a Cipro, del 4% in Portogallo, del 3% in Spagna, del 2% in Italia e dell'1% in Gran Bretagna e Ungheria;
- rimasti pressoché stabili in Finlandia e Belgio;
- cresciuti moderatamente in Germania (+11%) e in Francia (+7%);
- cresciuti considerevolmente nei Paesi dell'Est: Bulgaria (+87%), Romania (+34%) e Polonia (+30%), e nei Paesi baltici (Lettonia, Lituania ed Estonia, circa +20%).

UE a più velocità, l'Italia tra i più lenti

Nel 2020, nel mezzo della pandemia, il salario medio annuale di un cittadino lussemburghese era il doppio di quello di un greco, e quasi tre volte quello di uno slovacco. In generale, ad avere i salari medi più alti sono i **paesi dell'Europa nord occidentale** (Lussemburgo, Paesi Bassi, Belgio, Danimarca), mentre quelli più bassi li registrano stati membri dell'Europa centrale (Slovacchia e Ungheria) e meridionale (Grecia e Portogallo).

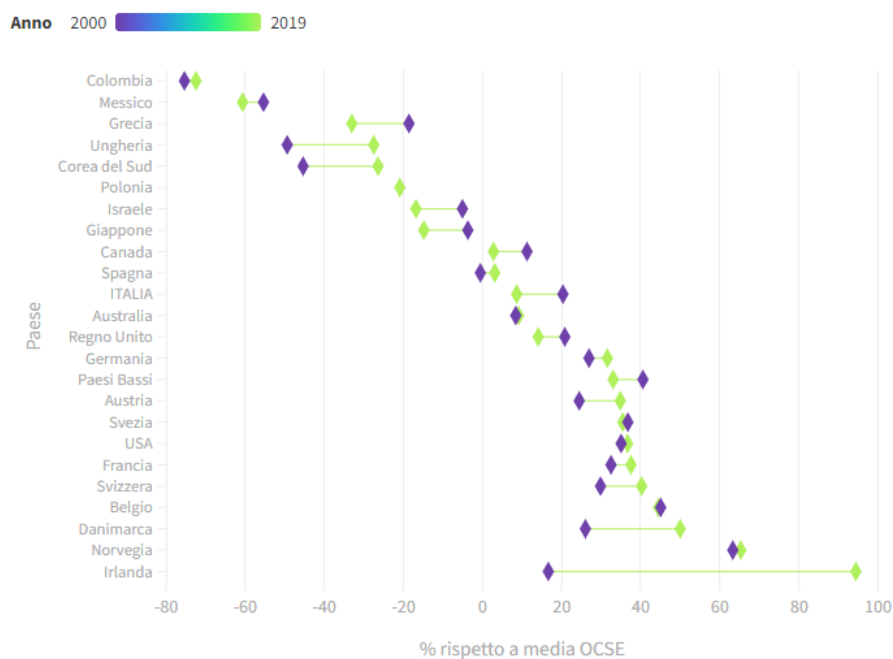
In alcuni paesi europei tra il 2019 e il 2020, nonostante la pandemia, **i salari medi annuali sarebbero lievemente aumentati.** È il caso dei Paesi Bassi (+2,4%), e di alcune nazioni dell'Europa centrale tra cui la Slovenia (+2,3%), ma anche dei paesi baltici (soprattutto la Lettonia, +7,1%). Mentre in stati come Francia, Spagna e Italia si è registrato un lieve calo, pari rispettivamente al 3,2% per la Francia, al 2,9% per la Spagna e al 5,9% per l'Italia.

I dati sull'eterogeneità e la disuguaglianza in Europa sono confermati dal Regional Competitiveness Index. L'indice, calcolato dalla Commissione Europea, misura la capacità delle singole regioni europee di garantire un ambiente competitivo, attrattivo e sostenibile per le aziende e le persone. Nel 2019 la media europea è di 60,3. **In tutto il Bel Paese, l'indice di competitività risulta inferiore alla media europea (da 18 a 57)**, con forti differenze tra Nord e Sud. Di seguito una fotografia europea dell'indice; le aree rosse sono quelle che presentano valori più bassi alla media e quelle blu i valori più alti.



Andamento della produttività

Perché l'Italia risulta poco competitiva e i salari fanno fatica a crescere? Una risposta può arrivare dall'analisi della produttività. La produttività è una delle chiavi della crescita economica: è comunemente definita come il rapporto tra il volume della produzione e il volume degli input (lavoro e/o capitale), che sono stati usati per produrre un dato livello di output.



OCSE

ITALIA IN DATI
I dati che aiutano a capire l'Italia

La produttività può essere misurata in modi diversi. Solitamente viene misurata come [prodotto interno lordo](#) (PIL) generato per ora lavorata o per lavoratore. Le misure di produttività del lavoro basate sulle ore lavorate catturano meglio l'uso dell'input di lavoro rispetto alle misure basate sul numero di persone impiegate a causa delle differenze tra Paesi nei modelli di orario di lavoro e nelle varie legislazioni sull'occupazione.

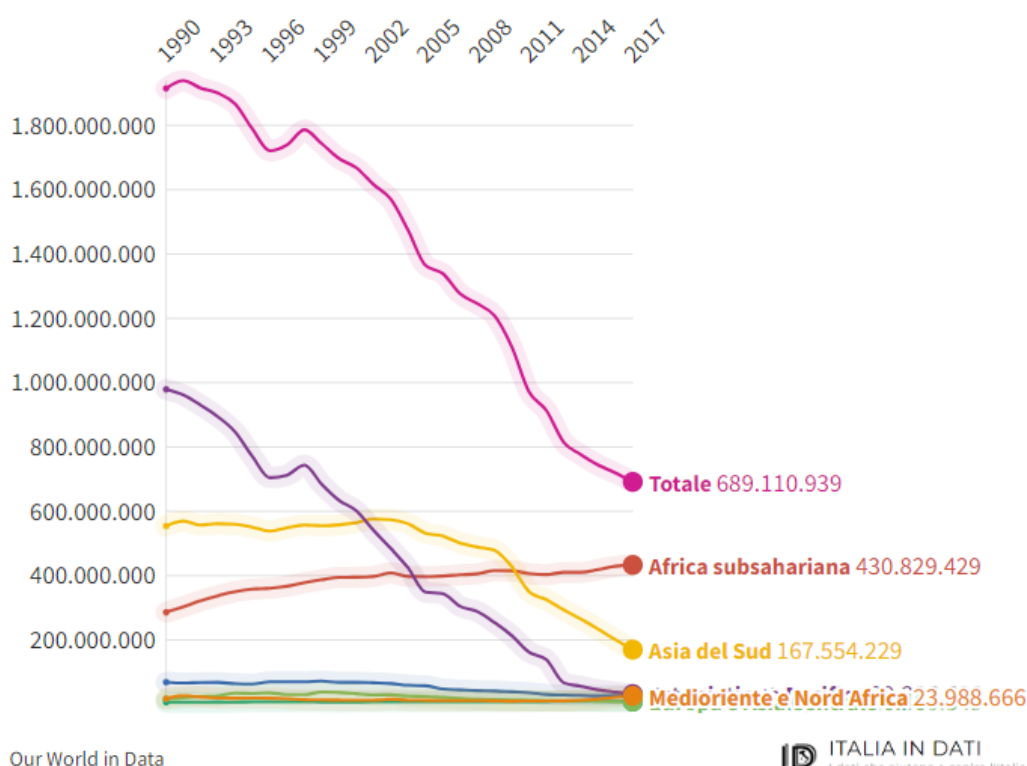
Di seguito un grafico con dati OCSE che mostra la differenza di punti percentuali nella produttività (calcolata come PIL generato per ora lavorata) dalla media OCSE. L'indicatore è calcolato a prezzi correnti del 2019 e parità di potere di acquisto.

L'Italia mostra una produttività di poco superiore alla media OCSE, ma lo scarto dalla media è diminuito negativamente tra il 2000 (+20,3%) e il 2019 (+8,6%). Tra il 2001 e il 2007 la produttività dell'Italia è diminuita in media dello 0,01% annuo, presentando l'unico segno meno tra i 40 Paesi analizzati dall'OCSE. Tra il 2010 e il 2016 la produttività è aumentata solo dello 0,14% medio annuo, il dato peggiore dopo quello della Grecia (-1,09%).

Al fine di invertire la rotta, urgono politiche volte a potenziare il [sistema educativo italiano](#), incentivare gli investimenti in ricerca e sviluppo da parte del settore pubblico e privato, combattere la [corruzione](#), investire intelligentemente in opere pubbliche che garantiscano un ritorno economico, digitalizzare e rinnovare la [Pubblica Amministrazione](#).

Uno sguardo a livello globale

Allargando lo sguardo a livello globale, si notano diseguaglianze più marcate che in Italia o Europa. Oxfam afferma che, **a metà 2019, l'1% più ricco nel mondo deteneva più del doppio della ricchezza netta posseduta da 6,9 miliardi di persone.** 2.153 miliardari detenevano la ricchezza di 4,6 miliardi di persone, circa il 60% della popolazione globale.



Parallelamente, **il fenomeno della povertà estrema nel mondo sta diminuendo considerevolmente da decenni, sia in termini relativi, sia in termini assoluti.** A tal proposito si guardi il grafico sottostante basato sui dati della Banca Mondiale. Il grafico riporta il numero di persone che vivono in condizioni di estrema povertà dal 1990 al 2017.

Nel 1990 più di 1,9 miliardi di persone viveva in condizioni di estrema povertà (con meno di 1,90\$ al giorno). Il numero era pari al 36% della popolazione mondiale.

Nel 2015 nella stessa condizione vivevano 750 milioni di persone (il 10% della popolazione mondiale). Le proiezioni della Banca Mondiale, al 2030, stimano un numero di persone in povertà estrema inferiore ai 500 milioni. Tali proiezioni subiranno un rallentamento a causa della pandemia di Covid-19, ma rimangono invariate nel medio e lungo periodo.

TAKE AWAY

► Nel 2021, la retribuzione annua lorda (RAL) media è pari a circa 29.500 euro (ca 1.700 euro netti al mese). Su 40,5 milioni di contribuenti, il 4% dichiara più di 2.850 euro netti al mese, mentre il 56% dichiara meno di 1.300 euro netti al mese.

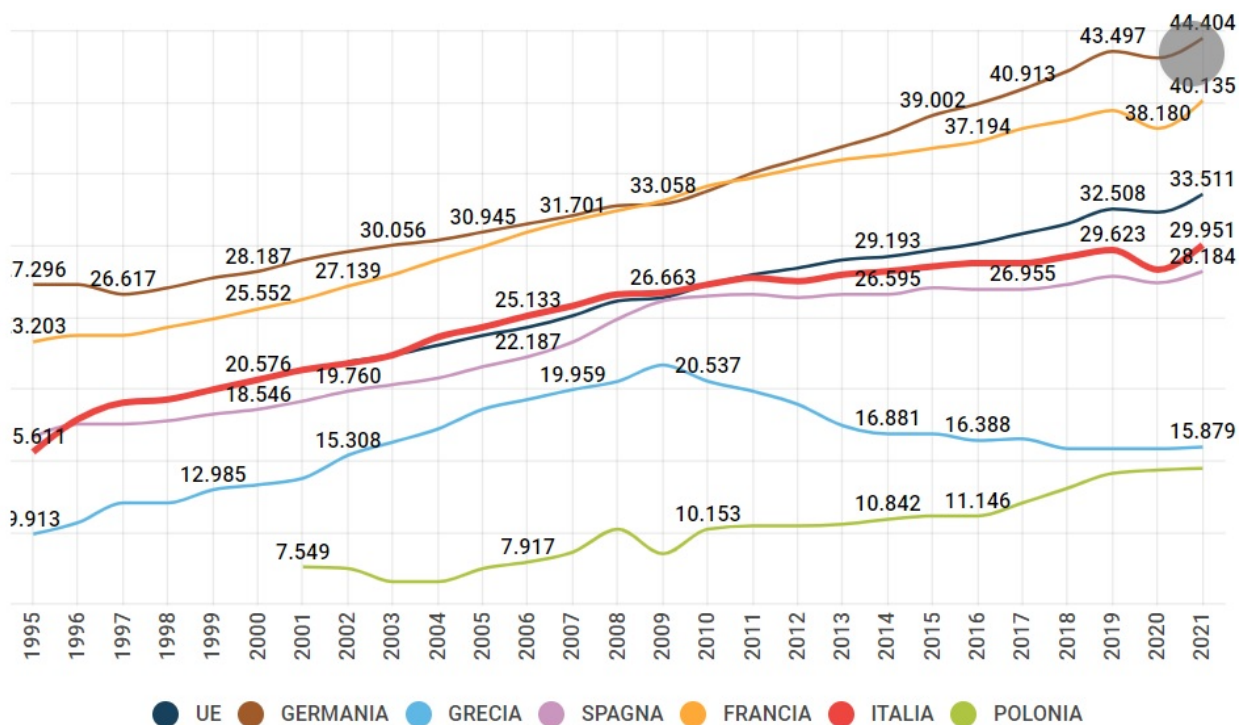
► La retribuzione varia in funzione del settore, del sesso (a sfavore delle donne), dei livelli di istruzione (più alto il livello di istruzione, più alti i guadagni), della qualifica professionale e della regione in cui si lavora (a sfavore del Sud). In generale, i redditi italiani sono più bassi se paragonati a quelli di altre economie avanzate e gran parte dello squilibrio è dovuto alla bassa produttività del lavoro.

► Negli ultimi decenni la disuguaglianza in Italia è aumentata, anche se tutti gli strati della popolazione hanno visto aumentare i propri redditi. Lo stesso trend è riscontrabile in Europa e nel mondo. A livello globale sono stati compiuti in ogni caso enormi passi avanti nella lotta alla povertà estrema.

Fonti:

- [Osservatorio Job Pricing](#) – JP Salary Outlook 2021 – II edizione – Dicembre 2021
- [Ministero dell’Economia](#) – Dichiarazioni del 2020 – Maggio 2021
- [Osservatorio Job Pricing](#) – Gender Gap Report 2021 – Ottobre 2021
- [Osservatorio Job Pricing](#) – Geography Index 2021 – Novembre 2021
- [World Economic Forum](#) – Global Gender Gap Report 2021 – Marzo 2021
- [Oxfam](#) – TIME TO CARE. Unpaid and underpaid care work and the global inequality crisis – Gennaio 2020
- [Oxfam](#) – IL RAPPORTO DISUGUITALIA 2021 – Gennaio 2021
- [OCSE](#) – Cross-country comparisons of labour productivity levels – 2021
- [World Inequality Database](#) – How Unequal Is Europe? Evidence from Distributional National Accounts, 1980-2017 – Aprile 2019
- [European Commission](#) – The EU Regional Competitiveness Index 2019 – Ottobre 2019
- [Banca d’Italia](#) – La disuguaglianza della ricchezza in Italia: ricostruzione dei dati 1968-75 e confronto con quelli recenti – Marzo 2018
- [Banca d’Italia](#) – Cinquant’anni di indagini sui bilanci delle famiglie italiane: storia, metodi, prospettive – Dicembre 2016
- [Forum Disuguaglianze e Diversità](#) – 15 Proposte per la giustizia sociale – Marzo 2019
- [European Trade Union Institute](#) – Benchmarking Working Europe 2019 – Marzo 2019
- [Our World in Data](#) – Global Extreme Poverty – 2021

<https://italiaindati.com/salari-e-disuguaglianze-in-italia/>



Salari medi annui
Fonte: Eurostat

CHI GUADAGNA MENO IN EUROPA

Paese	Quota % di lavoratori a basso costo	Retribuzione media oraria (euro)	Paese	Quota % di lavoratori a basso costo	Retribuzione media oraria (euro)
Svezia	2,6	18,5	Paesi Bassi	18,5	16
Belgio	3,8	17,3	Slovenia	18,5	7,3
Finlandia	5,3	17,2	Rep. Ceca	18,7	4,6
Danimarca	8,6	25,5	Slovacchia	19,2	4,4
Francia	8,8	14,9	Cipro	19,3	8,4
Italia	9,4	12,5	Regno Unito	21,3	14,8
Lussemburgo	11,9	18,4	Irlanda	21,6	20,2
Portogallo	12	5,1	Germania	22,5	15,7
Spagna	14,6	9,8	Estonia	22,8	4,9
Austria	14,8	14	Polonia	23,6	4,3
Malta	15,1	8,5	Lituania	24	3,1
Ungheria	17,8	3,6	Romania	24,4	2
Bulgaria	18,2	1,7	Lettonia	25,5	3,4

Lavoratori a basso costo

Impiegati che guadagnano due terzi in meno della media nazionale della retribuzione oraria lorda

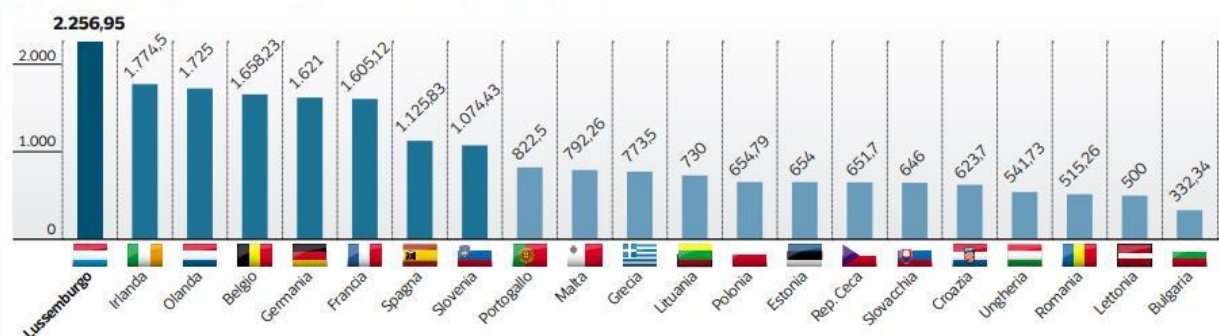


Retribuzione oraria lorda (in euro)

Metà della popolazione guadagna meno e l'altra metà guadagna di più di 13,2 euro

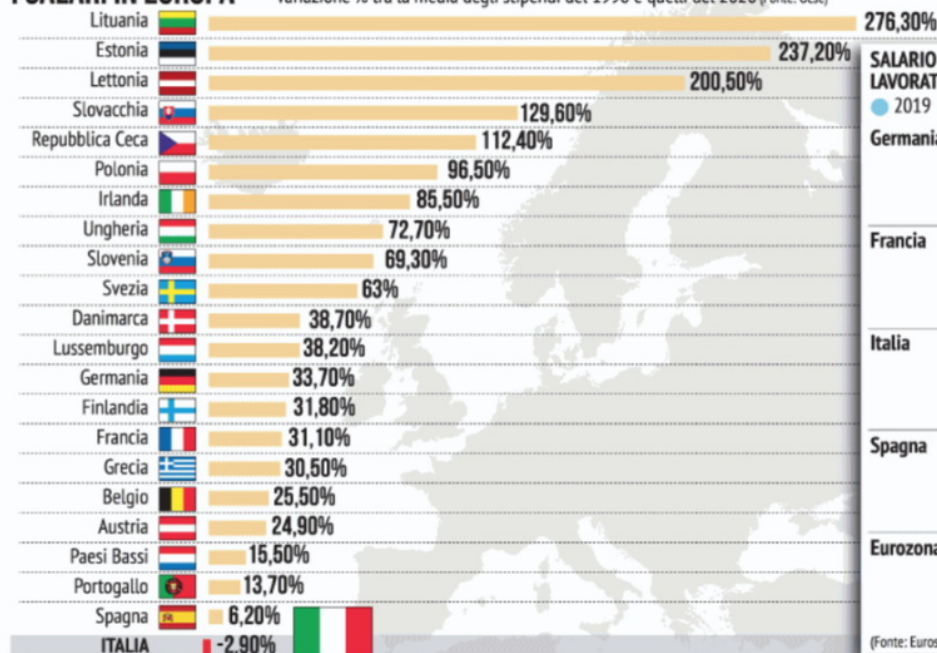
Fonte: Eurostat

I Paesi che adottano il salario minimo in Europa (dati in euro, primo semestre 2022)



I SALARI IN EUROPA

Variazione % tra la media degli stipendi del 1990 e quelli del 2020 (Fonte: Ocse)



SALARIO LORDO ANNUALE MEDIO PER UN LAVORATORE DIPENDENTE A TEMPO PIENO

● 2019 ● 2020 ● 2021 Dati in euro



(Fonte: Eurostat)



Italia ancora maglia nera per l'evasione Iva tra i principali paesi europei: mancato gettito di 14,6 miliardi

Luciano Cerasa

Italia ancora in testa alla classifica per l'evasione dell'Iva tra le prime cinque economie europee. È quanto emerge da un rapporto del Centro studi dell'associazione sindacale di imprese Unimpresa. Nonostante i progressi registrati nel 2022, con una riduzione del gap Iva dal 21,5% del 2021 al 10,8%, il divario rimane nel 2023 il più alto rispetto a Germania, Francia, Spagna e Olanda.

In **Italia** il gettito potenziale dell'imposta sul valore aggiunto è di 135,58 miliardi di euro contro 120,98 miliardi effettivamente riscossi, con una differenza in termini assoluti di 14,6 miliardi.

La **Germania** ha un gap Iva del 2,8%, con un gettito potenziale di 266,85 miliardi di euro e 259,39 miliardi effettivamente riscossi e segna una differenza di 7,4 miliardi.

Anche la **Francia**, pur avendo avuto problemi in passato, ha ottenuto risultati migliori dell'Italia. Il "buco" dell'Iva francese è sceso dall'8,5% al 4,9% nel 2022, con un gettito potenziale di 194,28 miliardi di euro e 184,73 miliardi effettivamente riscossi, l'ammanco in termini assoluti è di 9,5 miliardi.

La **Spagna** rappresenta, invece, un vero e proprio caso di successo, riducendo il gap Iva dal 5,5% allo 0,8%: appena 660 milioni di differenza tra il gettito potenziale di 82,91 miliardi di euro e gli 82,25 miliardi effettivamente riscossi.

L'**Olanda**, con un gap dello 0,2%, si distingue come il paese con il divario Iva più basso tra i principali paesi europei. Le entrate potenziali olandesi sono di 65,40 miliardi di euro e si discostano per poco dai 65,25 miliardi effettivamente raccolti, indice di un sistema fiscale estremamente efficiente e di alta conformità da parte dei contribuenti.

Se si allarga il confronto ad altri tre paesi medi dell'Unione europea, Grecia, Belgio e Portogallo, l'**Italia** risulta seconda solo ad Atene in termini di inefficienza nella raccolta dell'Iva.

La **Grecia**, con un gap del 17,8% e un gettito potenziale di 18,17 miliardi di euro contro 14,94 miliardi riscossi, è ancora alle prese con gravi problemi strutturali che ostacolano la piena efficacia delle sue politiche fiscali.

Il **Belgio**, con un gap del 6,9%, ha mostrato un miglioramento rispetto al 13,6% del 2021. Le sue entrate potenziali sono di 36,83 miliardi di euro, con 34,30 miliardi effettivamente raccolti. Sebbene vi sia stato un progresso, il divario resta comunque superiore a quello di molti altri paesi europei.

Il **Portogallo** ha ridotto il divario dal 7,0% al 3,6%, con entrate potenziali di 19,82 miliardi di euro e 19,11 miliardi effettivamente raccolti.

Al primo posto nel ranking Ue sull'evasione Iva si trova la **Romania**, con un gap del 36,7%. L'incasso potenziale è di 24,51 miliardi di euro e il gettito riscosso di soli 15,51 miliardi di euro, il gap assoluto ammonta così a 9 miliardi di euro.

Seguono **Malta** con un divario del 25,6%, corrispondente a 0,35 miliardi di euro su un gettito potenziale di 1,35 miliardi di euro, e la **Grecia** con un gap del 17,8%, pari a 3,23 miliardi di euro su un gettito potenziale di 18,17 miliardi di euro.

La **Lituania** presenta un gap del 14,5%, con un gettito potenziale di 5,48 miliardi di euro e un gettito riscosso di 4,69 miliardi di euro, generando un gap di 0,79 miliardi di euro.

L'**Italia**, con un gap del 10,8%, segue al quinto posto. Il gettito potenziale italiano è di 135,58 miliardi di euro, mentre il gettito riscosso è di 120,98 miliardi di euro, lasciando un gap di 14,60 miliardi di euro.

La **Slovacchia** si posiziona sesta con un gap del 10,6%, pari a 0,87 miliardi di euro su un gettito potenziale di 8,24 miliardi di euro.

La **Repubblica Ceca** ha un ammanco del 7 %, corrispondente a 1,36 miliardi di euro su un incasso teorico di 19,44 miliardi di euro.

La **Lettonia** presenta un buco del 7,3%, con un gettito potenziale di 3,08 miliardi di euro e un gettito riscosso di 2,85 miliardi di euro, generando un gap di 0,23 miliardi di euro.

Cipro ha un gap dell'8,2%, con un gettito potenziale di 2,38 miliardi di euro e un gettito riscosso di 2,18 miliardi di euro, per un gap di 0,20 miliardi di euro.

La **Bulgaria** mostra un divario del 4,9%, pari a 0,35 miliardi di euro su un gettito potenziale di 7,02 miliardi di euro.

La **Francia**, con un gap del 4,9%, ha un gettito potenziale di 194,28 miliardi di euro e un gettito riscosso di 184,73 miliardi di euro, con un gap di 9,55 miliardi di euro.

Il **Belgio** presenta un gap del 6,9%, con un gettito potenziale di 36,83 miliardi di euro e un gettito riscosso di 34,30 miliardi di euro, lasciando un gap di 2,53 miliardi di euro.

L'**Irlanda**, con un gap del 6,7%, ha un gettito potenziale di 16,71 miliardi di euro e un gettito riscosso di 15,59 miliardi di euro, per un gap di 1,12 miliardi di euro.

La **Croazia** mostra un gap del 5,7%, corrispondente a 0,46 miliardi di euro su un gettito potenziale di 8,11 miliardi di euro.

La **Danimarca** presenta un buco del 5%, con un gettito potenziale di 35,40 miliardi di euro e un gettito riscosso di 33,62 miliardi di euro, lasciando un gap di 1,78 miliardi di euro.

L'**Ungheria** lascia sul campo il 4,4%, pari a 0,71 miliardi di euro, su un incasso potenziale di 15,94 miliardi di euro.

La **Polonia** mostra un divario del 3,3%, con un gettito potenziale di 51,01 miliardi di euro e un gettito riscosso di 49,32 miliardi di euro, per un gap di 1,69 miliardi di euro.

La **Svezia** ha un gap del 3,8%, corrispondente a 1,94 miliardi di euro su un gettito potenziale di 51,15 miliardi di euro.

L'**Austria** presenta un gap del 2,8%, con un gettito potenziale di 31,55 miliardi di euro e un gettito riscosso di 30,67 miliardi di euro, lasciando un gap di 0,88 miliardi di euro.

La **Slovenia** ha un divario del 2,0%, corrispondente a 0,09 miliardi di euro su un gettito potenziale di 4,39 miliardi di euro.

L'**Estonia** presenta un gap dell'1,4%, con un gettito potenziale di 2,89 miliardi di euro e un gettito riscosso di 2,85 miliardi di euro, la differenza è di 0,04 miliardi di euro.

Il **Lussemburgo** ha un gap dell'1,6%, corrispondente a 0,07 miliardi di euro su un incasso potenziale di 4,41 miliardi di euro.

I **Paesi Bassi** mostrano uno scarto molto basso dello 0,2%, tra la stima d'incasso e il realizzato, con un gettito potenziale di 65,25 miliardi di euro e un riscosso di 65,40 miliardi di euro, per una differenza di 0,15 miliardi di euro.

La **Finlandia** si distingue con il gap più basso, dello 0,4%. Su un gettito potenziale di 23,64 miliardi di euro e un riscosso di 23,55 miliardi di euro, registra soli 0,09 miliardi di euro di evasione.

Il totale per tutti i paesi considerati mostra un gettito potenziale di 1.136,38 miliardi di euro rispetto a un gettito riscosso di 1.075,78 miliardi di euro, generando un gap complessivo di 60,60 miliardi di euro, pari al 5,3%.

Questo dato rappresenta un miglioramento rispetto all'anno precedente, indicando progressi nella riduzione delle perdite fiscali dovute all'evasione Iva.

<https://www.fiscoequo.it/italia-ancora-maglia-nera-per-levasione-iva-tra-i-principali-paesi-europei-mancato-gettito-di-146-miliardi/>

la Repubblica

Prosegue la corsa dei super ricchi nel mondo. L'Italia cresce più degli Usa. Da noi 1.136 Paperoni con lo sconto del Fisco

Cecilia Rossi

Nel 2023 aumentano del 5,1% a livello globale. Nel nostro Paese +8,4% grazie al turismo e agli investimenti. I dati del World Wealth Report 2024

È il ritorno dei mega-ricchi: se il 2023 ha significato povertà per 270mila italiani e ristrettezze economiche per 4 famiglie su 10, per i milionari del mondo è stato un anno di grande crescita: infatti non solo globalmente sono aumentati del 5,1%, ma anche i loro patrimoni sono cresciuti, precisamente del 4,7%. In termini assoluti, parliamo di 22,8 milioni di persone che hanno tra le mani un capitale con cifre a sei zeri. E a battere tutti in Europa, superando anche gli Stati Uniti, siamo proprio noi italiani. A confermarlo è il World Wealth Report 2024, redatto ogni anno dalla società di consulenza francese Capgemini.

Turismo e azioni: come crescono gli ultra-ricchi in Italia

Nel nostro Paese il balzo è stato, rispettivamente, dell'8,4% e dell'8,5%, in controtendenza rispetto al continente europeo, dove la percentuale di crescita dei super ricchi e la loro ricchezza sono cresciute "solo" del 4%, a causa, si legge nel report, di "un'inflazione elevata ma in discesa, una lenta crescita dei PIL nazionali e un calo della domanda interna". A questo trend si sottraggono però quattro nazioni, prima fra tutte, come dicevamo, l'Italia. E la spiegazione è da ricercare nei "buoni rendimenti azionari" e nell'incremento del turismo".

Dopo di noi la Francia, che deve i suoi 6,4% e 6,5% di crescita non solo a “un anno [record per il turismo](#)” ma anche a una “grande domanda di prodotti di lusso” e un “incremento nell’export”. Superano la media europea anche la Svizzera e la Danimarca, mentre non sfiorano neanche il 3% il Regno Unito e la Germania.

Più ricchi anche del Paese dei miliardari, ma sotto l’India

Ad essere ancora più sorprendente è il fatto che l’Italia, in termini di espansione degli ultra milionari, abbia scalzato persino gli Stati Uniti, il Paese con il [maggior numero di miliardari](#) al mondo - con una domanda interna molto alta, tassi di crescita del [PIL del 3,3%](#) e con un’economia trainata dall’innovazione e dal settore dei semiconduttori. Dall’altro lato dell’Atlantico la popolazione ricca si aumenta, ma decisamente meno, precisamente del 7,3%, e i loro patrimoni personali del 7,4%.

Inarrivabili, invece, i livelli di crescita del nuovo grande colosso in ascesa nei mercati mondiali, l’India. Nel subcontinente, infatti, gli aumenti viaggiano, per popolazione e per patrimonio, sopra il 12%.

1.136 Paperoni con il regime fiscale soft

Restando però all’Italia, un altro dato emerge in questi giorni e certifica quanto sia aumentato l’interesse dei Paperoni per il nostro Paese. Un trend destinato a crescere, anche alla luce delle novità normative in arrivo dalla Gran Bretagna dove ci dovrebbe esser la stretta sui cosiddetti “res non dom”, dal 2025. Ebbene, secondo la relazione della Corte dei Conti sul rendiconto generale dello Stato, alla fine del 2022 ben 1.136 ricchi avevano aderito al beneficio del regime fiscale di favore, che dal 2017 ha introdotto una imposta sostitutiva da 100mila euro (e 25mila per familiare) sui redditi prodotti all’estero per i Paperoni che trasferiscono la loro residenza fiscale in Italia. Un numero destinato a crescere, tanto che nel 2023 – come rileva Italia Oggi – ci sono state altri 576 interpellazioni alle Entrate, ovvero richieste preventive all’autorità fiscale. Se la misura piace ai ricchi, per i magistrati contabili resta una coltre di nebbia sugli investimenti produttivi che avrebbero dovuto portare nel nostro Paese, ragione ultima per la quale – stando allo spirito della norma – avremmo offerto loro un simile sconto.

Dove investono? Tecnologia e ambiente

Tornando a sfogliare il report di Capgemini, si scopre che i nuovi ultra-ricchi nel 2024 sembrano interessati a investire soprattutto in private equity, cripto-valute e in ESG, nonostante il 39% non abbia ottenuto, da questi ultimi, rendimenti in linea con quanto sperato. Poco male, comunque il 68% ha dichiarato che farà richiesta della valutazione ESG per decidere quando investe in prodotti sostenibili.

L’1% detiene un terzo della ricchezza

All’interno del report, infine, le oltre 22 milioni di persone con patrimonio a sei zeri sono state suddivise in tre macrocategorie e inserite in una piramide. Alla base troviamo i “milionari della porta accanto”, con patrimoni che vanno da 1 a 5 milioni di dollari: rappresentano il 90% del totale e detengono il 43% della ricchezza tra gli ultra-ricchi. Sopra, i “milionari intermedi” con patrimoni tra i 5 e i 30 milioni: costituiscono il 9% e raccolgono il 23% della ricchezza. Infine, sulla punta, il famoso “1%” che, con patrimoni superiori ai 30 milioni, tengono fra le proprie mani il 34% della ricchezza.

https://www.repubblica.it/economia/2024/06/29/news/prosegue_la_corsa_dei_super_ricchi_n_el_mondo_e_in_italia_crescono_piu_che_negli_usa-423315835/?ref=RHLF-BG-P7-S1-T1