



Associazione Italiana per la
Qualità dell'Assistenza Sanitaria e Sociale

ASIQUAS Review

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

Per una sanità pubblica ... anche dopo la pandemia
n. 20 del 1.11.2024



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:

DIPARTIMENTO
DI SCIENZE SOCIALI
ED ECONOMICHE



SAPIENZA
UNIVERSITÀ DI ROMA

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



**UNIVERSITÀ
CATTOLICA**
del Sacro Cuore

Nota redazionale.

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

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

Per le Istituzioni:

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

Per i dati:

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

Criteri di selezione:

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

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

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

I curatori

Giorgio Banchieri

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

Antonio Giulio de Belvis

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

Maurizio Dal Maso

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

Emanuele Di Simone

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

Nicoletta Dasso

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

Lidia Goldoni

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

Francesco Medici.

Socio ASQUAS, Associazione Italiana per la Qualità dell'Assistenza Sanitaria e Sociale Medico Chirurgo, specialista in Chirurgia Generale, acquisiti master universitari di secondo livello. Pubblicati lavori scientifici, coautore 1 Libro, autore di articoli su riviste on line. Medico di direzione sanitaria dell'A.O San Camillo Forlanini, direttore della UOSD Gestione dei Blocchi operatori e Pre-ospedalizzazione e direttore della UOSD Organizzazione sanitaria e Reti. Consigliere Nazionale ANAAO (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
- “ASQUAS Review”, numeri pregressi 1-19

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”
- Monografia “Il personale del SSN: un capitale da preservare e valorizzare”

Indice

Articolo di apertura	9
Quotidiano sanità - Manovra. I numeri e la realtà, i dati... vanno interpretati, G. Banchieri, A. Vannucci	9
Quotidiano sanità - Determinanti di salute digitali e diseguaglianze - Giorgio Banchieri, Andrea Vannucci,	15
Quotidiano sanità - La lotta agli sprechi nel Ssn: se non ora quando? Claudio Maria Maffei	18
Quotidiano sanità - Governare i fondi integrativi è come far rientrare il dentifricio nel tubetto. E se il tubetto lo buttassimo? Claudio Maria Maffei	21
Scenari della sanità	24
The NEJM - Celebrare la salute pubblica, Eric J. Rubin	24
The NEJM - Equità sanitaria nelle elezioni presidenziali statunitensi del 2024, Marcella Alsan e Ruqaiyah Yearby	25
Science – Riorganizzare la scienza, Elisabeth Culotta e altri	29
Science - La scoperta 'inaspettata' degli RNA che regolano i geni vince il Nobel, Catherine Offord	33
Salute Internazionale - "Nel caos della pandemia io contavo", Andrea Ubiali	35
Quotidiano sanità - Quando la salute diventa una merce, Marco Geddes De Filicaia	38
Quotidiano sanità - Se la sinistra non si decide a fare autocritica sulla sanità la catastrofe sarà completa, I. Cavicchi	40
Quotidiano sanità - Perché quella del Board di salute pubblica non mi sembra una grande idea, C. Maria Maffei	42
Il Sole 24 Ore - G7 Salute, nel documento finale focus su pandemie, invecchiamento e Amr. Policy Brief sull'Intelligenza Artificiale	43
Quotidiano sanità - Denatalità cronica. Non si ferma il calo delle nascite anche nel 2023	44
ISTAT – Nascite e fecondità, non si arresta la discesa	46
Quotidiano sanità - Riformare profondamente la relazioni inter-professionali, Ivan Cavicchi	47
Quotidiano sanità - Tra liste d'attesa, difficoltà logistiche e costi elevati rinuncia alle cure 1 anziano su 4 tra quelli che ne hanno bisogno. I dati dell'Iss	49
La Repubblica - Crisanti: "Sistema sanitario troppo vicino ai privati. Salviamolo così", Donatella Zorzetto	50
La Repubblica - "Un medico compassionevole e non empatico. E il contagio dei modelli virtuosi". La ricetta di Carofiglio per il Sistema sanitario, Elvira Naselli	52
Demos – L'agenda dei cittadini	53
Cittadinanzattiva – Rapporto civico sulla salute 2024	57
Scenari del SSN	74
Il Sole 24 Ore - 7° Rapporto Gimbe/ Sanità pubblica emergenza: crisi del personale, frattura Nord-Sud, spesa delle famiglie a +10,3%, 4,5 mln di persone rinunciano alle cure, -18,6% speso per la prevenzione. Un Piano di rilancio e la richiesta di un Patto politico e sociale	74
Quotidiano sanità - Corte dei conti: "Servono risorse per assunzioni".	83
Quotidiano sanità - Ssn emergenza del Paese. Crisi del personale, frattura Nord-Sud, boom spesa famiglie e rinuncia alle cure. Da Gimbe piano di rilancio	88
Wellforum.it – LEPS: L'indicatore della situazione economica equivalente (ISEE), Franco Pesaresi	91
Sostenibilità	95
Il Magazine - Il futuro dell'Europa e della sua sanità secondo il rapporto Draghi	95
La Repubblica - Pa, il rapporto Cnel: bene differenziata e rinnovabili, ma peggiorano sanità e istruzione, R. Amato	97
Il Sole 24 Ore - Verso la manovra/ Come rafforzare la sostenibilità del Servizio sanitario nazionale, Salutequità	98
Quotidiano sanità - Piano strutturale bilancio. "Per riportare spesa sanitaria su Pil a livelli 2019 necessario aumento di 2,8 miliardi nel 2025, 4,3 nel 2026 e 5,6 nel 2027". L'audizione dell'Upb alla Bilancio	99
Il Sole 24 Ore - Manovra/ Per la sanità solo numeri fuorvianti, risorse insufficienti per le troppe misure. Per il 2025 solo +1,3 mld e dopo 2026 briciole per il Fsn. Regioni al bivio: tagliare i servizi o aumentare le tasse. Personale e cittadini senza risposte, con il Ssn in grande affanno	100
Quotidiano sanità - 20 novembre 2024: i perché dello sciopero di medici e infermieri, Pierino Di Silverio	104
Il Sole 24 Ore - Manovra/ L'appello delle 75 società scientifiche Fossca Meloni: Creare un Board di salute pubblica per salvare il Ssn. A rischio le cure per i cittadini	105
Quotidiano sanità - Manovra. Fondi per la sanità in crescita ma non come ci si attendeva alla vigilia. Il Mef precisa: "L'aumento per il 2025 sarà di 2,36 miliardi", Giovanni Rodriguez	107
Quotidiano sanità - Manovra. Dall'assenza di un piano di assunzioni agli illusori aumenti di stipendio. Cimo-Fesmed: "Le 10 ragioni dello sciopero dei medici"	108
Il Sole 24 Ore - Unipol-Ambrosetti: necessari 176 miliardi entro il 2030 per garantire la sostenibilità del welfare, Ernesto Diffidenti	109

Il Sole 24 Ore - Verso la manovra/ Come rafforzare la sostenibilità del Servizio sanitario nazionale, Salutequità	116
One Health e clima	117
GreenReport.it - The Lancet Countdown: le minacce del cambiamento climatico alla salute hanno raggiunto livelli record, Umberto Mazzantini	117
ISS - I Piano d'azione congiunto One Health (OH JPA) 2022-2026 e le linee guida per la sua implementazione	121
Elsevire – Articoli sugli Obiettivi di sviluppo sostenibile (SDG)	122
The Lancet – Piano Nazionale di adattamento sanitario della Cina ai cambiamenti climatici: quadro di azione 2024-30	123
The Lancet – Carico di mortalità e morbilità attribuite alla temperatura non ottimale per causa in Giappone, Lei Yuan e altri.	126
The Lancet – Associazione tra esposizione a lungo termine all'ozono e mortalità cardiovascolare, Z. Zhan e altri	128
The Lancet – Fatti e risultati sul Covid Lungo in Cina, S. Qin e altri	130
The Lancet – Integrare la salute nel Patto Europeo sui migranti e l'asilo: un invito all'azione, A. farina e altri	132
Quotidiano sanità - Il Consiglio dei giovani dell'Oms lancia il suo appello per un mondo più sano	134
Quotidiano sanità - Non solo virus. Nuovi rischi aumentano la minaccia di pandemia su scala globale. Il rapporto del Gpmb	136
La Repubblica - Contro gli imbonitori del clima, Sergio Mattarella, <i>Presidente della Repubblica Italiana</i>	138
La Repubblica - Mario Tozzi: com'è nato il negazionismo, Mario Tozzi	140
La Repubblica - Il metodo Lomborg, usare dati corretti per raccontare balle sul riscaldamento globale, Luca Fraioli	143
Sanità pubblica e privata	146
E&P - Autonomia in sanità: cooperativa sì, differenziata no! Cesare Cislighi	146
Il Sole 24 Ore - Disturbi dell'alimentazione: 132 i centri di cura e 48 le associazioni che offrono servizi e supporto	148
Pandemie in essere e in arrivo	150
BMC - Caratterizzazione del farmaco gemello benzimidazolo simmetrico TL1228: il ruolo di inibitore dell'ingresso virale per combattere il COVID-19, Michela Murdocca e altri	150
Le Scienze - Quanto velocemente svanisce l'immunità COVID? Cassandra Willyard/Nature	153
La Repubblica - Mpox, allarme degli scienziati: "Blocchiamo subito il virus o sarà pandemia", Donatella Zorzetto	155
GPMB – Il volto mutevole del rischio pandemico: rapporto 2024	158
Il Sole 24 Ore - Danni da alcol: quasi un decesso su 10 nella Regione europea dell'Oms. La campagna di sensibilizzazione e l'appello ai governi per politiche di contrasto	159
Ministero Sanità/ISS – Monitoraggio Fase 3 Report settimanale, Settimana 76	160
Salute Internazionale - Il ritorno di una emergenza: mpox. Claudia Cosma	162
Salute Internazionale - La bronchiolite diseguale - Marco Geddes da Filicaia	165
The Lancet – Resistenza antimicrobica: un'emergenza sanitaria globale	167
Quotidiano sanità - Rafforzare la prevenzione e la preparazione e risposta alle pandemie. Promuovere un invecchiamento sano e attivo. Approccio One Health e lotta alla resistenza antimicrobica. G7	169
L'ospedale che cambia	173
The Lancet – Rafforzare la terapia intensiva: affrontare le sfide e cogliere le opportunità. E. Azoualy e altri	173
Quotidiano sanità - Careggi, AOU Marche e Humanitas gli ospedali con le migliori performance. Ester Maragò	174
Nursing	185
Quotidiano sanità - Con le nuove lauree specialistiche gli infermieri potranno prescrivere trattamenti assistenziali. Fnopi: "È una svolta epocale per la professione". Ma i medici protestano: "Siamo sconcertati"	185
Quotidiano sanità - Assistente Infermiere. Nursing Up e Cnai: "Così si va verso una soluzione precaria che rischia di aggravare la carenza di personale"	187
FNOPi, Ministero della Salute e OMS insieme per lo sviluppo della professione infermieristica	188
FNOPi: "Lauree magistrali a indirizzo clinico e prescrizione infermieristica, una riforma epocale"	190
Current Oncology - Un approccio fenomenologico alla tossicità finanziaria: l'effetto collaterale economico del cancro, N. Panattoni, E. Di Simone, E. Renzi, F. Di Carlo, F. Fabbian, M. Di Muzio, A. Rosso, F. Petrone, A. Massimi	191
Sanità, sociale e Long Term Care	192
Quotidiano sanità - Ocse. Le spese per l'assistenza agli anziani si moltiplicheranno di 2,5 volte entro il 2050. Necessarie politiche di invecchiamento in salute	192
FIASO News - Riforma Anziani: "Aziende sanitarie laboratorio di innovazione, nuovi modelli per raggiungere tutti a partire dai più fragili"	195
FIASO News - Per le cure degli anziani la scommessa del virtual hospital	196
"Alla ricerca del futuro" La riforma dell'assistenza agli anziani non autosufficienti	197

Il Sole 24 Ore - Manovra/ Incentivi fiscali per restare al lavoro, Claudio Testuzza	198
Italia longeva – La mappa della fragilità in Italia.	199
UNIAMO – Rari, ma non soli	208
Digitalizzazione e telemedicina	209
The NEJM - Avanzamento della rilevazione dell'autismo: un passo avanti digitale, Isaac Kohane	209
Quotidiano sanità - Intelligenza artificiale. Il policy brief dal G7 Salute: "Ci sono rischi e opportunità. Serve una governance forte"	210
WHO - Sfruttare la trasformazione digitale per una salute migliore in Europa: piano d'azione regionale per la salute digitale per la regione europea dell'OMS 2023-2030	212
The NEJM – Stabilire lo standard per valutazioni rigorose delle applicazioni cliniche della IA	222
G7 – Policy Brief on IA: opportunitites and challanges for the health sector	223
Economia e sanità	226
Il Sole 24 Ore - Servizi Pa: Cnel, spesa pubblica per sanità ancora tra le più basse d'Europa. Brunetta sul Sole-24Ore: la sanità soffre	226
Fisco Equo - Cresce la pressione fiscale in Italia e la legge di Bilancio porterà nuovi rincari, Luciano Cerasa	227
La repubblica - Sanità, in manovra ci sarebbero 3,2 miliardi in più per le Regioni, Michele Bocci	228
Forum D&D – Piano Draghi, non ci siamo	229

Manovra. I numeri e la realtà, i dati... vanno interpretati

Giorgio Banchieri,

Segretario Nazionale ASQUAS, Docente DiSSE, Università "Sapienza", Roma;

Andrea Vannucci,

Membro CTS ASQUAS, Docente DiSM, Università Siena, Membro CD Accademia di Medicina, Genova.

Nei paesi Ocse il finanziamento della sanità si misura non in valore assoluto, ma in % sul PIL. Se il Governo italiano sostiene di aver destinato in due anni + 6,25 miliardi di Euro alla sanità dice la verità ma omette che rispetto al tasso di crescita previsto del PIL ci sarà una riduzione importante

22 OTT -

Premessa

I dati sono dati ... il significato dei dati lo danno gli algoritmi impiegati per la loro valutazione. Nei paesi OCSE il finanziamento della sanità si misura non in valore assoluto, ma in % sul PIL. Se il Governo italiano sostiene di aver destinato in due anni + 6,25 miliardi di Euro alla sanità dice la verità ma omette che rispetto al tasso di crescita previsto del PIL ci sarà una riduzione importante.

La scelta di riportare il valore assoluto di un impiego finanziario, nel nostro caso, del SSN con il PIL viene da lontano ed è alla base di tutte le valutazioni macroeconomiche dei Governi pro tempore, del MEF, del Ministero della Sanità, dell'ISTAT, della Corte dei Conti e dell'UPB anche le Regioni usano questo approccio così come la UE e Eurostat.

Perché si calcola così il valore relativo della spesa sanitaria sul PIL?

Semplicemente perché il valore assoluto del finanziamento non è indicativo Occorre tener conto dell'inflazione, dell'aumento dei prezzi di beni e servizi, dei farmaci, dei costi energetici (ancora la maggioranza degli ospedali è fortemente energivora), dei rinnovi dei contratti di lavoro del personale e delle eventuali incentivazioni economiche per il personale come accade adesso, in un momento di fuga dal SSN perché le motivazioni a restare non sono molte e, tra queste, gli stipendi tra i più bassi in Europa.

Se si valuta correttamente l'impatto di tutti i costi fermarsi al valore nominale del finanziamento è limitativo e fuorviante ... e si rischia di fare solo propaganda. Che quanto proposto dal Governo non copra i costi correnti del SSN e dei SSR è una semplice constatazione ed è una scelta politica: non ci sono risorse sufficienti da destinare perché le scelte allocative sono altre.

I Piani Strutturali di Bilancio di Medio Termine 2025-2029

Sono il risultato di una lunga trattativa che ha portato alla definizione della nuova governance economica europea. La soluzione di compromesso raggiunta a ventisette ha definito un insieme di regole complesse sia a livello comunicativo sia tecnico.

Le nuove regole impongono un cambio di paradigma nella politica economica europea e nazionale. La programmazione di bilancio viene orientata a medio termine, superando i vincoli e i parametri del precedente *Patto di Stabilità e Crescita* (PSC) preesistente. Si dà centralità a proiezioni di lungo termine della spesa che tengano conto delle tendenze demografiche.

La programmazione della spesa pubblica nei singoli Paesi UE deve essere integrata con piani di riforme e di investimenti pubblici finalizzati a garantire una maggiore coerenza dell'intero impianto delle politiche economiche nazionali e una sostenibilità della finanza pubblica basata non solo sulla disciplina di bilancio, ma anche sulla crescita sostenibile e le riforme strutturali.

Queste dimensioni sono in parte nuove. Per i costi per la salute, ad esempio, tengono conto dell'approccio "One Health" ... "salute unica", che è la risultante di più politiche integrate con un forte efficientamento nell'uso delle risorse disponibili.

Pertanto il Piano Strutturale di Bilancio di Medio Termine (PSB) 2025-2029, che il Governo ha trasmesso alle Camere in vista del successivo inoltro alla Commissione Europea, è il primo Piano elaborato ai sensi della nuova recente disciplina economica della UE.

Come si affronta il nuovo paradigma UE?

Obiettivo della nuova policy UE rimane la sostenibilità del debito seguendo la *Debt Sustainability Analysis* (DSA) stabilita in sede comunitaria. Le nuove regole sono migliorative rispetto alla precedente impostazione in termini di tempistica dell'aggiustamento di bilancio, di anti-ciclicità, di orizzonte di programmazione e di integrazione tra le varie componenti della politica economica.

Gli Stati membri con deficit eccessivi o elevato debito pubblico – vedi l'Italia - dovranno seguire un percorso di aggiustamento che al termine del Piano, o anche oltre se necessario, li porti su un sentiero di riduzione sostenibile del debito pubblico.

La variabile chiave della DSA è il saldo primario strutturale, ovvero il saldo di bilancio della Pubblica Amministrazione (PA) escludendo però i pagamenti per interessi e al netto di effetti ciclici e misure temporanee o una tantum, in rapporto al PIL.

L'obiettivo di saldo primario strutturale dovrà essere raggiunto tramite una regola di spesa netta basata sul fatto che le uscite della PA che il Governo programmerà crescano meno del PIL nominale durante il periodo di aggiustamento.

Procedendo in questo modo il rapporto tra saldo primario e PIL tenderà a migliorare al netto di oscillazioni dovute a fattori esogeni o temporanei ai quali sarebbe inopportuno rispondere con misure di bilancio che rischierebbero di risultare pro-cicliche.

Comunque il nodo dell'orientamento fiscale di bilancio (*fiscal stance*) a livello UE e nell'Area Euro non è stato ancora risolto per l'opposizione di alcuni Paesi membri. I Paesi membri con elevato debito pubblico, come l'Italia, dovrebbero seguire politiche di riduzione dei loro deficit per cui l'impostazione (*stance*) delle loro politiche di bilancio potrebbe risultare restrittiva e quindi inadeguata a far fronte alle sfide tecnologiche e ambientali che ci attendono e a cui le altre potenze economiche come USA, Cina, India continuano a rispondere con grande uso di risorse pubbliche.

TAVOLA II.1.1: TRAIETTORIA DI RIFERIMENTO PER LA SPESA NETTA TRASMESSA DALLA COMMISSIONE EUROPEA IL 21 GIUGNO E VARIABILI RILEVANTI DI FINANZA PUBBLICA

	2024	2025	2026	2027	2028	2029	2030	2031	Media 2025-2031
Tasso di crescita annuo della spesa netta (var. % a/a)		1,6	1,6	1,5	1,4	1,3	1,3	1,4	1,5
Saldo primario strutturale (%PIL)	-1,1	-0,5	0,1	0,7	1,4	2,1	2,7	3,3	
Variazione annua del saldo primario strutturale (p.p)		0,60	0,60	0,60	0,67	0,66	0,64	0,60	0,62
Saldo primario (%PIL)	-0,5	-0,1	0,1	0,5	1,0	1,5	2,1	2,7	
Variazione annua del saldo primario (p.p)		0,3	0,2	0,4	0,5	0,5	0,6	0,6	
Indebitamento netto (%PIL)	-4,4	-4,3	-4,4	-4,2	-3,9	-3,5	-3,0	-2,6	
Debito/PIL (%)	138,6	142,0	143,2	144,1	144,4	144,4	143,8	142,7	
Variazione annua debito/PIL (p.p)		3,4	1,2	0,8	0,4	-0,1	-0,6	-1,1	
Fonte: Commissione europea ed elaborazioni MEF.									

Le "traiettorie": simulazioni a medio termine della UE

Su pressione di vari Paesi UE, sono state aggiunte alcune clausole di salvaguardia che derivano dal vecchio PSC. Resta il vincolo per i Paesi con deficit eccessivi di migliorare il proprio saldo strutturale di almeno 0,5 punti percentuali di PIL all'anno. Tale standard si applica al nostro Paese che è soggetto a *Procedura di Deficit*

Eccessivo (PDE). Tuttavia, nei primi tre anni di applicazione delle nuove regole la Commissione potrà tenere conto dell'eventuale aumento della spesa per interessi per attenuare tale vincolo.

La riduzione media annua minima del rapporto debito/PIL per Paesi con debito superiore al 90% del PIL, come è l'Italia, sarà di un punto percentuale all'anno. Gli Uffici della Commissione UE inviano a i vari Paesi prima che essi predispongano i PSC una simulazione macroeconomica a medio termine denominata "traiettorie di spesa netta".

Il 21 giugno scorso la Commissione Europea ha inviato all'Italia la propria valutazione/simulazione della "traiettorie di spesa netta" coerente con la nuova governance economica e accompagnata dalle relative proiezioni dei saldi di bilancio del nostro Paese Secondo la simulazione UE, ipotizzando un aggiustamento su sette anni, l'aggregato di spesa netta dovrebbe crescere in media dell'1,5 per cento in termini nominali, coerentemente con un miglioramento ex ante del saldo primario strutturale di 0,6 punti percentuali di PIL. L'obiettivo per l'ultimo anno di aggiustamento, il 2031, è un surplus primario strutturale pari al 3,3 per cento del PIL.

Il Governo italiano ha rivisto al ribasso la stima di quest'anno del deficit in termini di PIL dal 4,3% indicata nel *Documento di Economia e Finanza* (DEF) di aprile al 3,8% e conferma l'obiettivo di ridurre l'indebitamento a meno del 3 per cento del PIL nel 2026. Quindi i margini di manovra sono strettissimi e sulle risorse disponibili occorre fare delle scelte... È il gioco della torre: chi salvo e chi no

Le dinamiche macroeconomiche per il nostro Paese

Il deficit della PA in l'Italia per il 2024 era previsto dalla Commissione UE pari al 4,4% del PIL. La stima è stata poi aggiornata al 3,8% del PIL. Il miglioramento è dovuto sia a un più favorevole andamento delle entrate sia a una dinamica più contenuta della spesa.

La previsione di crescita del PIL per il 2024 sono state riformulate di recente dall'ISTAT (0,8%). La previsione macroeconomica per gli anni 2025-2027 non contiene variazioni di rilievo in rapporto con quanto scritto nel DEF.

Nelle proiezioni del Governo, tuttavia, il saldo primario strutturale è migliore già nel 2024 rispetto alla stima della Commissione (-0,5 % del PIL vs -1,1 %) e raggiunge, come detto, il 2,2 % nel 2029, contro il 2,1 % stimato dalla Commissione.

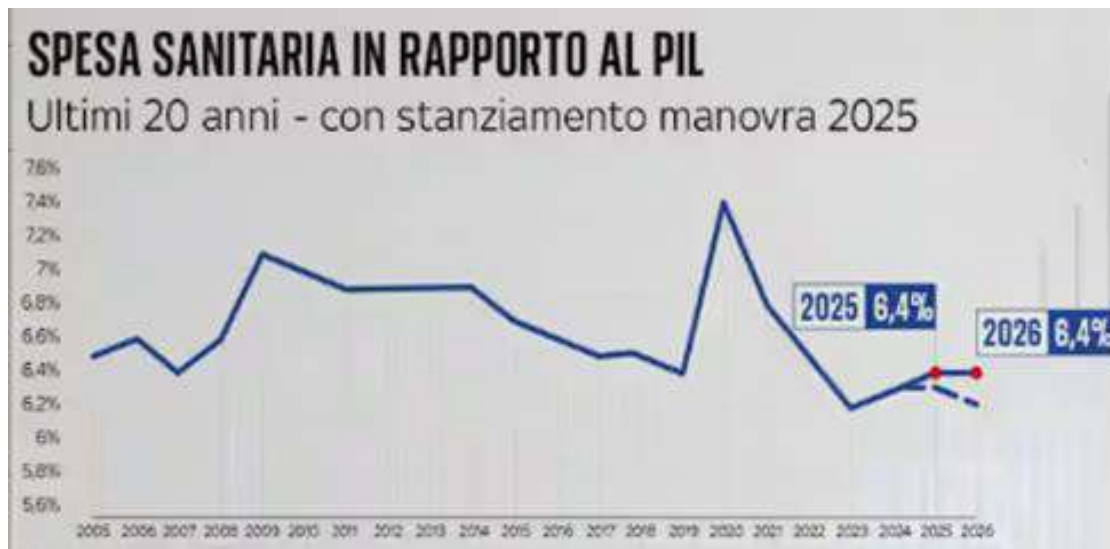
I corrispondenti saldi nominali (indebitamento netto della PA) dello scenario programmatico migliorano dal -3,8 % del PIL di quest'anno al -3,3 % nel 2025, al -2,8 % nel 2026, al -2,6 % nel 2027 e poi fino al -1,8 % nel 2029. I deficit nominali previsti per gli anni 2024-2026 sono inferiori a quelli dello scenario a legislazione vigente del DEF di aprile. Ce la faremo a mantenere questa progressione virtuosa? Speriamolo ...

TAVOLA II.1.2: IMPEGNO DI BILANCIO (tassi di crescita della spesa primaria netta, var. percentuale)

	2024	2025	2026	2027	2028	2029
(a) Tasso di crescita annuo	1,9	1,3	1,6	1,9	1,7	1,5
(b) Tasso di crescita cumulato	1,9	0,7	0,9	2,8	4,6	6,2
Fonte: Elaborazioni MEF						

Il Governo conferma e intende rendere strutturali gli effetti del cuneo fiscale sui redditi da lavoro dipendente fino a 35 mila euro e l'accorpamento delle aliquote IRPEF su tre scaglioni già in vigore quest'anno. Il Governo si impegna a salvaguardare il livello della spesa sanitaria assicurandone una crescita superiore a quella dell'aggregato di spesa netta. Però non si dice nulla su come compensare la crescita dei prezzi medi e dell'inflazione ...

Per gli anni successivi al 2026, si annuncia che verranno stanziare le risorse necessarie a mantenere gli investimenti pubblici in rapporto al PIL al livello registrato durante il periodo di vigenza del PNRR. Già per quest'anno non è così perché il valore nominale non è al livello annunciato.



La sfida più grande per l'Italia è però rappresentata dall'elevato stock di debito pubblico e dal relativo onere per interessi che ha spiazzato ogni margine per politiche pubbliche di sostegno alla crescita negli ultimi decenni.

Al momento la situazione economica, occupazionale e di finanza pubblica dell'Italia è in miglioramento malgrado la caduta dei livelli produttivi dell'industria, il preoccupante allargamento dei conflitti internazionali e le sfide tecnologiche e ambientali di crescente complessità. Difficile dire se la traiettoria futura sarà favorevole o meno, così come se i benefici attesi ricadranno in modo equo su tutti i cittadini.

Il finanziamento del Servizio Sanitario Nazionale

Il Governo ritiene utile perseguire il potenziamento di alcune misure per il SSN già introdotte nella precedente legislatura, tra cui l'efficientamento della medicina generale, delle reti di prossimità, delle strutture per l'assistenza sanitaria territoriale (Case della Comunità, le Centrali Operative Territoriali e gli Ospedali di Comunità), l'implementazione della sanità digitale, ed in particolare la telemedicina, con estensione anche ai Dipartimenti di Emergenza e Accettazione di I e II livello. Così come si prevede di continuare nel processo di ammodernamento delle grandi apparecchiature sanitarie.

In realtà sono gli obiettivi del PNRR che sono finanziati solo per un terzo a fondo perduto, ma due terzi vanno restituiti pagando gli interessi relativi. L'impatto sulla finanza pubblica è sottostimato, anche prevedendo benevolenza da parte UE ...

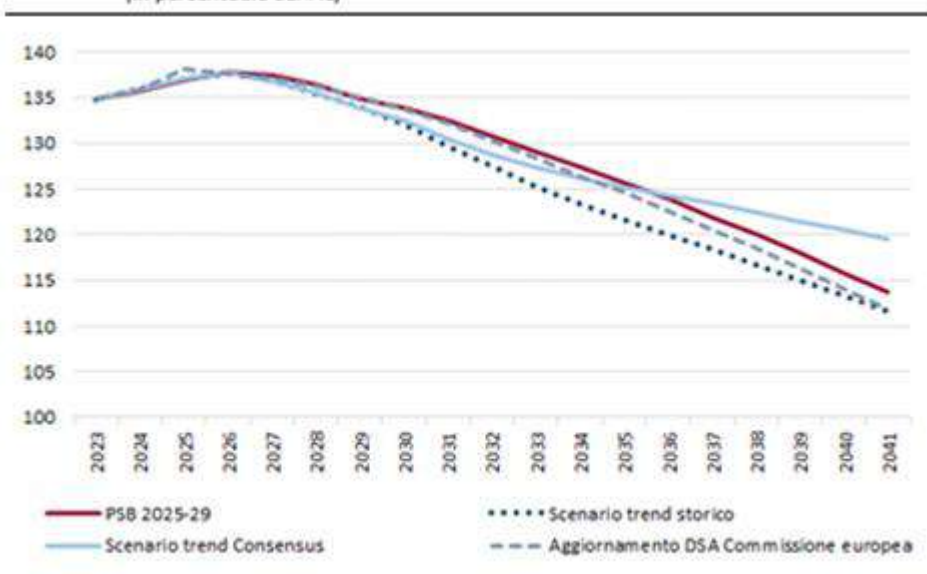
Il PNRR come più volte detto su questa testata NON finanzia la spesa per il personale. Paga solo la formazione di quello già esistente. Questo non basta ovviamente ...

Molte attività sanitarie sono in stato di crisi perché mancano le sufficienti risorse professionali. Tenendo conto anche della progressione delle fughe dal "pubblico" e dall'andata in quiescenza nei prossimi anni: 100.000 infermieri (25% del totale a regime) e oltre 30.000 medici ... in più servirebbero risorse nuove per Case di Comunità, Ospedali di Comunità, CAD, ADI, residenza e Hospice --- a meno che non devolviamo il tutto al "privato accreditato" ... in Lombardia e in altre Regioni sono già state affidate le gestioni di Case della Salute a Fondazioni, Associazioni, Cooperative.

Il parere di UPB

Nel PSB si prevede una crescita della spesa sanitaria a un tasso non specificato, ma superiore a quello medio annuo fissato per l'aggregato della spesa primaria netta per il periodo 2025-2031 (1,5 per cento).

Fig. 1 – Evoluzione del debito pubblico
(in percentuale del PIL)



Fonte: elaborazione su dati PSB 2025-29, Commissione europea, Banca d'Italia e Istat.

Questo si delinea osservando la spesa tendenziale – almeno fino al 2027, ultimo anno per il quale sono riportate le previsioni del conto delle Amministrazioni pubbliche – che è prevista aumentare del 2,9 per cento nel 2025, del 2,1 nel 2026 e dell'1,7 nel 2027. Comunque in calo progressivo....

Ne deriva una maggiore spesa sanitaria tendenziale di circa 1,9 miliardi nel 2025, 2,9 miliardi nel 2026 e 3,3 miliardi nel 2027.

A cosa dovrebbe servire?

Agli investimenti sulla ricerca e per la formazione e lo sviluppo delle competenze tecniche, professionali digitali e manageriali del personale del sistema sanitario che dovrebbero avere un ruolo primario in questo periodo storico. Inoltre, per aumentare i margini di efficienza del SSN, il Governo si impegnerà ad attuare:

- il potenziamento degli strumenti di monitoraggio della spesa, attraverso l'implementazione di nuovi indicatori sintetici di efficienza e di adeguatezza dei livelli di servizio;
- lo sviluppo e riordino degli strumenti per la sanità integrativa, l'assistenza e la non autosufficienza, come il miglioramento della vigilanza dei fondi sanitari e le misure per l'assistenza a lungo termine, definita su tutta la durata della vita degli iscritti;
- la programmazione delle assunzioni di personale sanitario, favorendo le specializzazioni nelle quali si registrano carenze;
- il potenziamento dell'assistenza territoriale e edilizia sanitaria (ricorrendo anche a strumenti finanziari e al partenariato pubblico-privato).

Considerazioni finali

Adeguate risorse finanziarie andrebbero però trovate per destinarle ad altre finalità, anch'esse importanti. Tra queste vogliamo sottolineare:

- l'innovazione dei modelli gestionali dei servizi e delle aziende sanitarie, ancora troppo spesso a "silos";
- l'integrazione dei servizi sanitari, socio sanitari e sociali. Non si comprendono le ragioni per le quali continuiamo a tener separati nell'ordinamento istituzionale del Paese i servizi sociali (Ministero del Lavoro e delle Politiche sociali) e quelli sanitari (Ministero della Salute);
- lo sviluppo di nuove competenze tecniche e relazionali dei professionisti sanitari, anche alla luce dei processi di digitalizzazione in atto e dell'irruente ingresso dell'Intelligenza Artificiale con tante applicazioni nella cura e nella prevenzione, nell'assistenza, nella ricerca e nella programmazione dei servizi;

- un sostegno a tutte le aziende sanitarie nello sviluppo di capacità di analisi del rischio nelle comunità di riferimento, per consentire lo sviluppo di politiche di popolazione, di medicina predittiva, di medicina di iniziativa, di medicina personalizzata come previsto nel DM77;
- definire un sistema unico di profilazione dei pazienti complessi da usare in tutto il Paese come fattore promotore di equità e appropriatezza prescrittiva come avviene in molti altri Paesi avanzati;
- valorizzare e diffondere le buone pratiche cliniche e gestionali presenti nelle regioni e nelle aziende sanitarie per divulgarle, ampliarne l'uso, allargare i benefici correlati al loro uso;
- implementare con saggezza e rigore il sistema dell'“*accreditamento sanitario*” d'impresе private profit e non. Come si fa a farlo è già stabilito, e neanche male, a livello di legislatura nazionale ma non viene applicato da varie Regioni. Il sistema presenta ancora troppe differenze che ne vanificano lo scopo, cioè assicurare i cittadini che i servizi ricevuti sono appropriati, efficaci e sicuri. Questa situazione sta ritardando ogni valutazione oggettiva sull'adeguatezza dei singoli provider in termini di requisiti strutturali, tecnologici ed organizzativi, così come pochi sono gli esempi di collaborazioni trasparenti in termini di programmazione delle prestazioni e dei servizi così come di rendicontazione trasparente e valutazione efficace del valore degli stessi.
- infine, abbiamo necessità anche di una nuova disciplina del rapporto tra SSN e SSR e la “*sanità integrativa*” attualmente non disciplinata in una logica di collaborazione.

Siamo consapevoli che i margini di manovra a livello economico - finanziario sono oggi tali che qualsiasi governo avrebbe margini di manovra molto ridotti. Nel Piano Strutturale di Bilancio di Medio Termine 2025-2029 per la sanità abbiamo una proposta che prevede un contenimento della spesa reale, salvo scelte politiche extra budget che saranno improbabili e comunque di entità finanziaria molto contenuta. Un esempio lo stiamo vedendo in questi giorni con la legge per il contenimento delle liste d'attesa.

Dobbiamo poi guardare con maggiore attenzione ai fattori “*esterni*”. Nel sistema sanitario una delle rare cose che manager e clinici condividono è il pensiero riduttivo che i problemi della sanità si spiegano e si risolvono all'interno del sistema.

Tra i fattori esterni influenti ne possiamo ricordare alcuni. L'istruzione, ad esempio. Abbiamo il più basso numero di laureati di Europa e ben conosciamo come il livello d'istruzione sia un determinante di salute. L'inquinamento atmosferico delle aree urbane ed industriali con gli interventi di mitigazione che possiamo mettere in campo. L'efficientamento termico di case e luoghi di lavoro per proteggerci dagli episodi sempre più frequenti di calore estremo con una mortalità che per la prima volta nella nostra storia ha superato quella dei picchi di freddo. La denatalità, che sarà un macigno per il nostro Paese con il suo impatto sia sulle dinamiche di lavoro e sviluppo che sulla sostenibilità del sistema di welfare.

L'offerta di lavoro complessiva in progressiva riduzione, con uno sbilanciamento verso le fasce più anziane, con un'età media della forza lavoro di 15-64 anni tra le più alte d'Europa.

Secondo i dati di Assolombarda al 2023, circa 2.000.000 di lavoratori nei vari settori produttivi e di servizi e solo in sanità si stima un bisogno per il prossimo quinquennio di 200.000 infermieri e 30.000 medici. Speriamo che le iniziative in fase d'attivazione, a livello nazionale e regionale, superino le non poche difficoltà e diano risultati tangibili.

Poi ci sono anche le variabili macroeconomiche e geopolitiche sfavorevoli: due guerre ai confini dell'Europa, Ucraina e Palestina, con implicazioni globali e possibili impatti economici e sociali per altro già in atto nei Paesi UE.

Restando nei nostri confini, l'applicazione della Legge sull'“*Autonomia differenziata*” appare un altro fattore critico che può generare criticità e disuguaglianze di salute dei cittadini. Non vogliamo esprimere un avere pregiudizi ma, come molti altri, ci chiediamo come tutto possa funzionare senza che ci sia stata una rigorosa definizione dei LEPS ed il loro equo finanziamento e senza un rapido ed ampio adeguamento dei LEA.

Nonostante tutte le difficoltà è impossibile pensare al Paese senza un efficace sanità pubblica perché ciò disegnerebbe scenari di disuguaglianze sociali, economiche, e di salute ben più gravi di quelle che già ora sottolineiamo.

Per tutte queste considerazioni il SSN ha un profilo di rischio significativo tenendo conto delle difficoltà che il combinato disposto del suo momento di crisi e di un Governo alle prese con la gestione di un debito pubblico immenso determinano.

Ma è quando non ci sono soldi a sufficienza che ci vogliono le idee e le persone con le competenze, le motivazioni e la volontà di affrontare le sfide sopportando la fatica e le incertezze, ma consapevoli che non ci sono alternative

Non è un caso che il Congresso Nazionale di ASQUAS, il prossimo 7 novembre a Roma, sarà dedicato al tema "SSN: salviamo il capitale umano ..."

https://www.quotidianosanita.it/studi-e-analisi/articolo.php?articolo_id=125209

quotidianosanità.it

Determinanti di salute digitali e disuguaglianze

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

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

Il futuro del rapporto tra digitale e salute è promettente, con l'IA e la realtà virtuale destinate a rivoluzionare la diagnosi, il trattamento e la prevenzione delle malattie. Tuttavia, è fondamentale che queste innovazioni siano implementate con attenzione, per garantire sicurezza, equità e benefici a lungo termine per tutti

Il digitale, con la sua pervasiva influenza sulla nostra vita, si è inserito a pieno titolo tra i determinanti della salute perché, come sostiene Michael Marmot, la salute non è determinata solo da fattori biologici, ma anche da un complesso intreccio di condizioni sociali, economiche e ambientali.

Già nel 2000 il ruolo della tecnologia nell'elevare lo standard dei servizi sanitari venne riconosciuto tra gli *Obiettivi di Sviluppo del Millennio* [1]. Quindici anni dopo, la rapida evoluzione della tecnologia digitale e la sua adozione senza precedenti da parte della popolazione mondiale l'hanno trasformata in uno dei cardini dell'assistenza sanitaria e fa ormai parte degli *Obiettivi di Sviluppo Sostenibile* per fornire una copertura sanitaria universale [2-3].

Parlando di salute digitale ci riferiamo all'uso di tale tecnologia per fornire servizi sanitari e cioè le piattaforme e le soluzioni digitali che coinvolgono i cittadini per scopi di salute e benessere, raccolgono e utilizzano i loro dati clinici e gestiscono i risultati sanitari e la qualità delle cure. La salute digitale include categorie come salute mobile, tecnologia informatica sanitaria, dispositivi indossabili, piattaforme online per la salute e il benessere, la telemedicina e la medicina personalizzata e tutte le applicazioni connesse di intelligenza artificiale. L'evoluzione del rapporto tra digitale e salute sta rapidamente cambiando il panorama sanitario e tecnologie come l'IA giocano un ruolo fondamentale in questa trasformazione.

L'IA sta già dimostrando il suo valore nell'elaborazione di grandi quantità di dati medici. In futuro, possiamo aspettarci miglioramenti significativi in vari ambiti. Il digitale sta abbattendo le barriere geografiche per l'accesso alle cure. Sensori indossabili e dispositivi connessi consentono un monitoraggio remoto dei pazienti e interventi tempestivi in caso di necessità. La telemedicina permette ai pazienti di consultarsi con i medici o altri professionisti della salute senza muoversi da casa, così come lo scambio di opinioni tra professionisti distanti. Un avanzamento molto atteso è quello dei progressi nell'interoperabilità e gestione dei dati sanitari. Un'evoluzione cruciale ma alla quale dobbiamo assicurare che le informazioni dei pazienti siano protette da attacchi informatici e usi non autorizzati. Questo sarà un impegno costante e interminabile, quindi con costi correlati alla crescente quantità di dati sanitari raccolti.

Nel PNRR Missione 6 ci sono quasi 1,5 miliardi destinati alla digitalizzazione dei 280 Pronto soccorso ospedalieri di I e II livello operanti in Italia i cui sistemi saranno potenziati entro il 2025. Ad oggi, come ha recentemente affermato il Ministro della salute, gli ordinativi effettuati sono il 70% dell'importo totale, per oltre un miliardo di euro. Altro asse fondamentale di investimento in sanità digitale è quello della telemedicina.

A fine 2023, con la rimodulazione del *PNRR*, le risorse sono state aumentate di 500 milioni di euro, e si prevede che usufruiranno dell'applicazione entro il 2026 almeno 300 mila pazienti over 65. "Lo sviluppo della telemedicina contribuirà a garantire equità e opportunità di accesso alle cure su tutto il territorio nazionale", ha sottolineato il Ministro della Salute. È evidente che le applicazioni delle tecnologie digitali in campo sanitario offriranno delle opportunità tali da doverle considerare tra i fattori determinanti della salute. Sono una nuova e rilevante realtà del nostro tempo, con un potenziale d'impatto significativo nel raggiungimento dell'equità sanitaria così come del suo contrario.

Il futuro del rapporto tra digitale e salute è promettente, con l'IA e la realtà virtuale destinate a rivoluzionare la diagnosi, il trattamento e la prevenzione delle malattie. Tuttavia, è fondamentale che queste innovazioni siano implementate con attenzione, per garantire sicurezza, equità e benefici a lungo termine per tutti. Inoltre l'accesso alle tecnologie digitali, la capacità di utilizzarle e la qualità della connessione non sono distribuiti equamente nella popolazione. Questo crea un divario digitale che si riflette direttamente sulla salute, limitando l'accesso a informazioni sanitarie, ai servizi di telemedicina e a opportunità di prevenzione.

I determinanti digitali della salute e la loro interdipendenza con i determinanti sociali della salute

L'OMS ha sostenuto la necessità di concentrarsi sui determinanti sociali di salute per ottenere equità d'accesso e di cure e assistenza. I determinanti sociali sono fattori non clinici che influenzano i risultati sanitari. Includono le condizioni in cui le persone nascono, crescono, lavorano, vivono e invecchiano, e il più ampio insieme di forze e sistemi che modellano le condizioni della vita quotidiana.

Nel modello di Dahlgren e Whitehead, questi sono categorizzati come individuali (età, sesso e fattori costituzionali), reti sociali e comunitarie e condizioni socioeconomiche, culturali e ambientali generali [istruzione, ambiente di lavoro, condizioni di vita e di lavoro, occupazione, acqua e servizi igienici e servizi sanitari [4]. A differenza dei determinanti digitali che riguardano la tecnologia stessa, i determinanti sociali si riferiscono ai fattori sociali, culturali, economici e politici esterni che influenzano l'interazione dei pazienti con la tecnologia. Esiste però un'interdipendenza tra determinanti sociali e quelli digitali.

In letteratura scientifica i determinanti sociali vengono distinti in [5]:

1. *Determinanti prossimali* che includono:

- I fattori individuali non modificabili (età, sesso, etnia, caratteristiche genetiche);
- Gli stili di vita individuali, alcuni dei quali possono essere a rischio (es.: abitudine al fumo, abuso di alcol, sedentarietà, consumo di droghe): si tratta di fattori modificabili con opportune politiche e interventi di prevenzione e promozione della salute;

1. *B) Determinanti distali*: che comprendono quei fattori individuali e ambientali che sono responsabili delle disuguaglianze sociali e che influenzano l'azione degli altri determinanti di salute:

- Le reti sociali in cui l'individuo è inserito all'interno della comunità (se deboli, esse rappresentano un fattore di rischio per lo stato di salute e benessere psico-sociale dell'individuo; al contrario se forti, sono una risorsa per la comunità intera);
- Il contesto specifico individuale (es.: livello di istruzione, condizione professionale, alloggio) o locale (es.: acqua e igiene, servizi sanitari locali) e, a livello più macro;
- Le condizioni socioeconomiche e culturali del contesto generale.

Alcuni gruppi sociali sono particolarmente vulnerabili a questa nuova forma di divario che è saper e poter accedere alla salute digitale. gli anziani, le persone con basso livello di istruzione e quelle con basso reddito, le persone on disabilità cognitive ed infine le persone che vivono in zone rurali o isolate: dove la disponibilità di infrastrutture digitali è spesso limitata, impedendo l'accesso ai servizi sanitari digitali.

Un approccio multilivello per ridurre le disuguaglianze

Per mitigare i rischi e garantire un accesso equo ai servizi sanitari digitali, è necessario investire nell'alfabetizzazione digitale promuovendo programmi di formazione per migliorare le competenze digitali di tutti i pazienti e i caregiver, con particolare attenzione agli anziani e alle persone con basso livello di istruzione; sviluppando soluzioni inclusive grazie a servizi digitali facili da usare indipendentemente dalle capacità tecnologiche; garantendo l'accesso a internet e ai dispositivi attraverso politiche per ridurre il digital divide e integrando i servizi digitali con l'assistenza di operatori sanitari in grado di supportare le persone che hanno difficoltà a utilizzarli.

L'alfabetizzazione sanitaria digitale ha, tra tutti i fattori che favoriscono l'accesso per tutti ai benefici della sanità digitale, un ruolo chiave. L'alfabetizzazione sanitaria di un individuo è definita come la capacità di trovare, comprendere, valutare e utilizzare informazioni e servizi per prendere decisioni relative alla salute correlate ai risultati sanitari. [5-6]. Fondamentale rispetto alle persone anziane, disabili, poli croniche e non autosufficienti coinvolgere i caregiver familiari o espressione del volontariato, tutte risorse da valorizzare. L'alfabetizzazione sanitaria digitale si riferisce alla capacità di un individuo di interfacciarsi e interagire efficacemente con la tecnologia digitale, comprendendo tutte le competenze di cui ha bisogno per trovare, comprendere, valutare e applicare informazioni sanitarie specificamente da fonti elettroniche. Con il crescente utilizzo delle tecnologie digitali nell'assistenza sanitaria, l'alfabetizzazione sanitaria digitale è emersa come una priorità per le organizzazioni sanitarie e i governi per riuscire a coinvolgere il maggior numero di potenziali fruitori.

In conclusione

Gli individui con migliori competenze tecnologiche sono più informati e abili nella gestione della propria salute perché capaci di interagire con app, strumenti e piattaforme digitali e la telemedicina. Anziani, soggetti fragili e/o con malattie croniche già rappresentano una popolazione particolarmente vulnerabile. Le loro caratteristiche sociali ed economiche riducono le loro opportunità di accedere anche alle informazioni sanitarie online. Inoltre, possono avere difficoltà a causa della ridotta reattività o del declino dello stato funzionale o della scarsa propensione ad apprendere nuove tecnologie.

Il domani è già qui ... Nascerà a Viareggio (Lucca) il primo ospedale "virtuale" d'Italia, [grazie alla telemedicina](#), poi sarà la volta di Como e Cosenza, con forti risparmi per il Servizio sanitario.

Il modello è il *Mercy virtual Hospital*, operativo dall'autunno del 2015 negli Stati Uniti in Missouri. Il progetto pilota si avvarrà di una struttura inizialmente di circa 1.000 metri quadri. L'ospedale virtuale sarà replicabile in ogni territorio. I pazienti, attraverso l'ospedale virtuale, possono accedere a servizi medici online tramite videochiamate, chat, e-mail o applicazioni mobili. Possono ricevere consultazioni mediche, prescrizioni, monitoraggio delle condizioni di salute, e gestione delle malattie croniche da remoto.

Per incoraggiare questi sforzi è necessaria la convergenza e la sinergia tra 3 contesti: politiche pubbliche, con investimenti in infrastrutture digitali, promozione dell'alfabetizzazione digitale, regolamentazione dei contenuti on line; un sistema sanitario che si assume il compito d' integrare le tecnologie digitali nei servizi sanitari e formare il personale sanitario all'uso degli strumenti digitali e comunità che sappiano promuovere iniziative locali per ridurre il divario digitale, coinvolgimento le persone più vulnerabili.

Bibliografia

- 1 Lomazzi M, Borisch B, Laaser U. *The Millennium Development Goals: Experiences, achievements and what's next. Global Health Action*. 2014;7. <https://doi.org/10.3402/gha.v7.23695> PMID: 24560268
- 2 World Health Organization. *Health in 2015: from MDGs, Millennium Development Goals to SDGs, Sustainable Development Goals*. World Heal Organ. 2015
- 3 Menne B, Aragon De Leon E, Bekker M, Mirzakashvili N, Morton S, Shriwise A, et al. *Health and wellbeing for all: An approach to accelerating progress to achieve the Sustainable Development Goals (SDGs) in countries in the WHO European Region*. *Eur J Public Health*. 2020;30
- 4 Dahlgren G, Whitehead M. *The Dahlgren-Whitehead model of health determinants: 30 years on and still chasing rainbows*. *Public Health*. 2021;199.
- 5 Giorgio Banchieri, Laura Franceschetti, Andrea Vannucci, "Eguaglianza", "Equità" e "Diseguaglianze di salute", *Quotidiano sanità*
- 6 Bresolin LB. *Health literacy: Report of the council on scientific affairs*. *JAMA*. 1999; 281(6).
- 7 Norman CD, Skinner HA. *eHealth literacy: Essential skills for consumer health in a networked world*. *J Med Internet Res*. 2006;8.

https://www.quotidianosanita.it/studi-e-analisi/articolo.php?articolo_id=125365

La lotta agli sprechi nel Ssn: se non ora quando?

Claudio Maria Maffei

Gentile direttore,

in un Ssn che ha fame di risorse, innanzitutto per una politica del personale degna di questo nome, sembrerebbe logico chiedersi se non ci siano misure in grado di ridurre a breve termine gli sprechi e di ridurre il peso anche in prospettiva. In realtà a chiederselo nel dibattito corrente sulla crisi non sono in tanti, tra questi c'è Gilberto Turati che di recente in [suo intervento](#) ha scritto a proposito del sottofinanziamento che il vero problema è un altro e continua a rimanere inevaso nel dibattito politico, a destra come a sinistra: come spendiamo i 136,5 miliardi di euro del Fondo sanitario 2025, che – almeno sulla carta – dovrebbero garantire i livelli essenziali di assistenza in tutte le regioni. L'intervento di Turati poi si conclude con una frase sulla mancata applicazione del DM 70/2015 sugli standard per l'assistenza ospedaliera che è miele per le mie orecchie: “Le scelte su come ristrutturare la rete dei servizi, ridefinendo il peso relativo di ospedale e territorio, avrebbero inevitabili conseguenze distributive tra i principali attori del sistema (medici ospedalieri, medici del territorio, infermieri e altre figure professionali) e scardinerebbero uno *status quo* ormai palesemente inefficiente. Sarebbe importante che la politica prima discutesse su tali questioni e solo dopo sulle risorse complessive destinate al Ssn.” Andando dietro a Turati, in questo intervento cercherò di fornire un quadro di riferimento per la riduzione negli sprechi nel Ssn.

Come viene affrontata la riduzione degli sprechi nel Ssn: un po' di storia

Qui non parlerò delle misure previste nelle varie spending review in tema di sanità per le quali rimando ad una [pagina dedicata nel sito della Camera dei Deputati aggiornata al 14 gennaio 2022](#), ma parlerò di come la lotta agli sprechi sia stata inquadrata da chi si occupa di politica sanitaria nel nostro Paese e di come sia stata trattata a livello istituzionale.

Non si può non partire dal lavoro di Nino Cartabellotta e di Gimbe che nel 2013 proponevano in un intervento una [tassonomia degli sprechi](#) che poi hanno fatto confluire nei periodici rapporti GIMBE a partire dal [primo sulla sostenibilità del Servizio Sanitario Nazionale 2016-2025](#) per arrivare all'ultimo, il [settimo](#), appena pubblicato. La tassonomia proposta da GIMBE articola gli sprechi in sei categorie: sovra-utilizzo, sotto-utilizzo, inadeguato coordinamento dell'assistenza, acquisto a costi eccessivi, inefficienze amministrative, frodi e abusi.

Questa tassonomia viene ripresa da un lavoro di Donald M. Berwick (citatissimo) e di Andrew D. Hackbarth (che nessuno si fila), [pubblicato su Jama nel 2012](#). Il primo Rapporto GIMBE fa una trattazione corposa del tema nel terzo capitolo alla cui lettura si rimanda perché di fatto mantiene inalterata la sua validità. In questo rapporto c'è anche la definizione che dà GIMBE di spreco: “gli sprechi sono generati da attività che consumano risorse senza generare value, secondo la definizione dell'ingegnere Taiichi Ohno, padre del sistema di produzione della Toyota.

Di conseguenza, se in sanità il value risulta dal rapporto tra outcome clinici per il paziente e i costi sostenuti, tutte le attività che non migliorano lo stato di salute delle persone generano sprechi, anche se la loro esistenza è motivata da nobili motivazioni (occupazione, qualità percepita, etc.)”. Purtroppo questi giorni il nome Toyota risuona tragico nel nostro Paese, ma l'approccio Toyota alla qualità ha avuto una enorme ricaduta anche nel mondo sanitario.

Poco più avanti lo stesso Rapporto GIMBE riporta anche la definizione di “disinvestimento” definito come: “recupero (parziale o completo) di risorse in ambito sanitario da qualunque pratica, procedura, tecnologia o farmaco che rispetto al costo determina un guadagno di salute minimo o nullo, consumando risorse che possono essere riallocate”. Il Rapporto stimava un impatto degli sprechi pari ad oltre il 20% della spesa sanitaria pubblica.

Il limite dell'approccio GIMBE, comunque pionieristico a suo tempo e utile a tutt'oggi, è quello di concentrare l'attenzione sugli aspetti clinici e gestionali, lasciando meno spazio a quelli programmatori e organizzativi. Lo stesso limite a mio parere si ritrova anche in un documento dell'OECD del 2017 che ha molto influenzato chi

in Italia si è occupato di sprechi in sanità. Il documento si intitola “Dare la caccia agli sprechi in sanità” ([Tackling wasteful spending on health](#)) e ancora una volta si rimanda alla sua lettura, raccomandatissima.

In questo documento l'impostazione ricalca abbastanza quella di GIMBE e prevede la distinzione tra tre tipologie di sprechi: quelli legati alla assistenza (clinical care), quelli legati alla operatività (operational) e quelli legati alle modalità di governo (governance-related).

Da questo documento riprendo un paio di spunti interessanti. Il primo riguarda gli attori nella lotta agli sprechi che secondo l'OECD sono quattro: i pazienti, i manager, i professionisti e i politici. Il secondo riguarda le ragioni per cui i singoli attori possono contribuire agli sprechi: non ne sanno abbastanza, non riescono a fare meglio, se fanno meglio ci rimettono (e se fanno peggio ci guadagnano, aggiungo io) e infine lo fanno perché a loro conviene. Ho trovato illuminante questa classificazione.

Al tema degli sprechi Marco Geddes da Filicaia dedica poi diverse pagine del suo “La salute sostenibile”, Il Pensiero Scientifico Editore (2018), presentato efficacemente [qui](#). Nel libro si riprendono sia l'approccio di GIMBE che quello dell'OECD e vengono fatte molte utili considerazioni sul tema, considerazioni che condivido e che probabilmente a distanza di qualche anno potrebbero essere aggiornate perché negli ultimi 6 anni le cose sono cambiate e non poco.

Di sprechi si è occupata anche nei suoi Report [Trasparenza International Italia](#), tra cui quello del 2016 ([Curiamo la corruzione: percezione rischi e sprechi in sanità](#)). L'attenzione nel Report è fortemente concentrata sugli appalti, sia in termini di trasparenza e correttezza sia in termini di risultati. Ma anche qui manca un approccio organico agli sprechi.

Di sprechi si è occupata nel 2016 Cittadinanzattiva nel suo Rapporto “[I Due volti della sanità. Tra sprechi e buone pratiche. La road map della sostenibilità vista dai cittadini](#)”, tra le cui fonti oltre a quelle GIMBE già citate c'erano [un contributo di Piero Giarda del 2012](#) e il libro di Giuseppe Perrella e Riccardo Leggeri “[La Caccia e la lotta agli sprechi in sanità, metodi e strumenti operativi per le strutture sanitarie pubbliche e private](#)”, Franco Angeli (2007), ispirato all'approccio cosiddetto “lean” (Sistema Sanitario Snello), quello del già citato [sistema qualità della Toyota](#).

Le categorie di sprechi schematizzate da Cittadinanzattiva sono (con qualche lieve modifica) le seguenti:

- sovra-utilizzo di interventi sanitari inefficaci e inappropriati;
- sottoutilizzo di interventi sanitari efficaci;
- acquisto a costi eccessivi di tecnologie sanitarie e beni/servizi non sanitari;
- complessità amministrative (disorganizzazione, duplicazione);
- mancata innovazione: utilizzo di modi di produzione antichi chiaramente più inefficienti (e quindi più costosi) di quelli più avanzati disponibili;
- mancato completamento di opere iniziate o l'allungamento abnorme dei tempi della loro realizzazione;
- errori medici;
- gestione di dotazioni, beni e servizi;
- non rispetto di standard di qualità;
- allocazione delle risorse errata e non motivata;
- corruzione (truffe e abusi).

In questo contributo di Cittadinanzattiva sono riportati anche i dati di una interessante rilevazione di segnalazioni sullo spreco in sanità, la cui elaborazione ha portato a identificare come cause maggiori di spreco le seguenti:

- personale sovradimensionato/sottodimensionato (9,1%);
- allocazione delle risorse 8,6 %;
- organizzazione inefficace dei servizi (8,6 %);
- acquisti beni/servizi non utilizzati (8,6%);
- assenza di programmazione (8,2 %);
- attrezzature costose non utilizzate (7,3%).

Questi risultati sono molto interessanti perché mentre il mondo dei clinici è fortemente orientato agli aspetti di appropriatezza delle prestazioni, i cittadini colgono invece un aspetto macroscopico che l'approccio clinico rischia di minimizzare: gli aspetti di programmazione e organizzazione.

Altri contributi sistematici alla lotta agli sprechi nel Ssn non li ho trovati, con l'eccezione di un [intervento del 2019 del diabetologo Alberto De Micheli pubblicato su JAMD](#), il giornale dell'Associazione dei Medici Diabetologi che molto meritoriamente aveva organizzato un Simposio dal titolo: "Dissipandum non est: avanzi, scarti, sprechi".

L'intervento è molto interessante e ha ovviamente un taglio molto clinico che viene sintetizzato nelle conclusioni con le seguenti parole: "Il controllo degli sprechi in Medicina passa attraverso l'implementazione della appropriatezza

clinica e della appropriatezza organizzativa, in un processo di miglioramento continuo." Le categorie di sprechi prese in considerazione nell'intervento sono sostanzialmente le stesse del rapporto di Cittadinanzattiva.

Interventi su singole questioni in tema di sprechi sono invece numerosissimi, specie su alcuni temi come la spesa farmaceutica e la centralizzazione degli acquisti. A solo titolo di esempio ogni anno il Rapporto OASI del Cergas (Centro di Ricerche sulla Gestione dell'Assistenza Sanitaria e Sociale)

della Università Bocconi dedica un capitolo al procurement in sanità a cura dell'Osservatorio Cergas sul Management degli Acquisti e dei Contratti in Sanità (questo è [l'ultimo](#)) e un altro capitolo al tema della spesa farmaceutica a cura dell'Osservatorio farmaci del Cergas (questo è [l'ultimo](#)).

Tra i rapporti indipendenti di varia natura che monitorano lo stato del Ssn, nessuno affronta il tema degli sprechi in modo organico. Non lo fa né il Rapporto del Centro per la Ricerca Economica Applicata in Sanità, Crea (vedi [l'ultima edizione](#)), né il rapporto Meridiana Sanità di European House-Ambrosetti (vedi [l'ultima edizione](#)), né il Rapporto Osservasalute della Università Cattolica (vedi [l'ultima edizione](#)).

A livello istituzionale, infine, manca una attività sistematica sul controllo degli sprechi sia da parte dell'Agenas che della Corte dei Conti.

L'Agenas doveva avviare al riguardo un progetto con GIMBE che [venne annunciato nel 2015](#) per poi uscire dai radar. La Corte dei Conti nella sua [Relazione al parlamento sulla gestione dei servizi sanitari regionali esercizi 2022-2023](#) parla in una nota di inefficienze amministrative e gestionali, ma non dettaglia la loro natura e impatto, e dedica un capitolo al monitoraggio della spesa farmaceutica.

In generale mancano nei Rapporti pure utilissimi della Corte dei Conti un approccio sistematico agli sprechi e un incrocio tra gli aspetti economici e quelli sanitari (tant'è che [io ho proposto di integrare le Relazioni della Corte dei Conti con quelle di una Corte dei LEA](#), che purtroppo ancora non c'è).

Valutazione di sintesi sull'approccio alla ricerca degli sprechi nel Ssn

È noto come gli sprechi non ci siano solo nel Ssn. Nel già citato documento dell'OECD si riporta una stima dell'impatto degli sprechi in Olanda (il 20% del budget della sanità) e in Australia (il terzo della spesa sanitaria complessiva) che ricordano le stime di GIMBE. In realtà i dati sugli sprechi dei diversi Paesi sono scarsamente confrontabili e soprattutto sono diversi la loro natura e i loro determinanti e quindi il loro peso relativo.

Un caso esemplare al riguardo è quello degli sprechi legati alla allocazione delle risorse sia in termini strutturali che tecnologici, il che vuol dire anche in termini di budget e di personale.

Questi sprechi in Italia sono enormi e hanno come causa principale il ruolo abnorme della politica, altrove meno ingombrante.

Quello che sembra mancare nel Ssn è la convinzione che gli sprechi (di cui tutti conoscono benissimo l'esistenza e il peso) non siano comunque modificabili in tempi brevi, tempi compatibili con la crisi drammatica del nostro Ssn. Pochi sembrano cogliere che se non rimossi quegli sprechi influiranno sull'utilità delle eventuali risorse aggiuntive.

Ma convinzione a parte mancano altre condizioni perché la lotta agli sprechi dia nel Ssn risultati significativi:

- non esiste a livello culturale uno schema di riferimento complessivo condiviso che orienti nei vari contesti e ai vari livelli l'intervento nei confronti delle diverse fonti di spreco;
- non esiste a livello istituzionale un approccio organico e coerente alla loro "caccia";
- per molti sprechi c'è qualcuno che "rema contro" perché ci guadagna o perché teme di rimetterci;
- in molti casi chi dovrebbe controllare non controlla.

Un esempio clamoroso di quanto appena scritto negli ultimi due punti è la allocazione delle risorse strutturali (specie ospedali) e tecnologiche che la politica tende a fare in base non ai bacini di utenza, ma in base ai bacini elettorali.

A solo titolo di esempio la Regione Marche sta facendo un programma di edilizia ospedaliera del valore teorico vicino ad un miliardo senza un atto che definisca la coerenza della sua rete ospedaliera col DM 70 e con la previsione di almeno tre Ospedali con DEA di primo livello di troppo (che in una Regione di un milione e mezzo di abitanti è insostenibile).

Nella stessa Regione sono operative e/o previste 5 emodinamiche e sono operative e/o promesse 5 strutture pubbliche che saranno dotate di chirurgia robotica, tutte scelte "in eccesso" fatte in assenza di valutazioni preliminari di Health Technology Assessment, il cui ruolo [il Ministro Schillaci anche oggi ha definito "fondamentale"](#).

Di scelte di questa natura ci dovrebbe essere un momento centrale di verifica e validazione (ad esempio attraverso il Comitato LEA, il Tavolo di monitoraggio interministeriale del DM 70 e il Nucleo di valutazione e verifica degli investimenti pubblici), ma questo filtro non sembra impedire in molti casi che a prevalere siano gli interessi della politica locale e nazionale e la fiducia e le aspettative disinformate dei cittadini, mentre manager e i professionisti sembrano guardare da un'altra parte.

Per concludere una proposta e un post scriptum

La caccia agli sprechi nel Ssn deve diventare organica e progettuale. Ci sono le premesse e le competenze per costruirla sia a livello centrale (Ministero, Agenas, Istituto Superiore di Sanità e Consiglio Superiore di Sanità) che regionale. Ma ci vuole convinzione e metodo partendo dalla lotta ad alcuni sprechi clamorosi e di impatto sul lungo periodo, come quelli relativi alla allocazione delle risorse strutturali e tecnologiche, sprechi che grazie ai fondi del PNRR rischiano di aumentare ulteriormente.

PS So bene che la caccia agli sprechi integra e non sostituisce le alte misure necessarie a risollevere il Ssn, a partire dalle questioni finanziamento e gestione delle risorse umane. Ma non occuparsene sarebbe gravissimo, e non ce se ne sta occupando come si potrebbe e dovrebbe.

https://www.quotidianosanita.it/lettere-al-direttore/articolo.php?articolo_id=125395

quotidianosanità.it

Governare i fondi integrativi è come far rientrare il dentifricio nel tubetto. E se il tubetto lo buttassimo?

Claudio Maria Maffei

23 OTT -

Gentile direttore,

il tema dei fondi integrativi è estremamente difficile da comprendere e quindi da valutare. Comunque, difficile lo è per me, ma venirne a capo non deve essere tanto semplice visto che ancora non ci si è riusciti dopo una enorme quantità di analisi e di tempo istituzionale che è stata dedicata loro.

L'immagine che mi è venuta in mente è quella del dentifricio che quando è uscito dal tubetto non riesci più a rimmetterlo dentro. Metafora tanto abusata (ovviamente è anche nel [repertorio del grande, per me, Pier Luigi Bersani](#)), quanto efficace.

Per inquadrare in modo molto sintetico il tema dei fondi integrativi risulta utile la memoria della Banca d'Italia "[Indagine conoscitiva sulle forme integrative di previdenza e di assistenza sanitaria nel quadro dell'efficacia complessiva dei sistemi di Welfare e di tutela della salute](#)" del giugno 2023 messa a disposizione della Decima commissione permanente del Senato della Repubblica nell'ambito della indagine conoscitiva che la commissione dedica alla questione.

Mi scuso per il saccheggio che farò a danno di questa memoria, ma perché fare tanta fatica quando qualcuno l'ha già fatta per te, anzi per noi?

Si legge nella memoria della Banca d'Italia che *“L’offerta sanitaria in Italia si articola su tre pilastri: il primo è rappresentato dal servizio sanitario pubblico, che eroga livelli essenziali di prestazioni (LEA) secondo criteri di universalità, uguaglianza ed equità nell’accesso alle cure; il secondo è costituito da schemi collettivi di assistenza sanitaria (quali fondi sanitari, società di mutuo soccorso, casse ed altri enti no profit), che erogano prestazioni integrative rispetto ai LEA ed agiscono sulla base della ripartizione del rischio fra gli aderenti; il terzo pilastro è infine identificato da forme individuali di assistenza sanitaria (polizze sanitarie individuali), che operano secondo una logica assicurativa sulla base di stime probabilistiche relative alle frequenze e al costo dei sinistri.”* Si legge poi poco avanti che *“L’espressione “sanità integrativa”, con la quale si dovrebbe designare l’insieme dei soggetti e delle prestazioni ricompresi nel secondo pilastro, appare tuttavia fuorviante. L’erogazione di prestazioni non sostitutive del Ssn riveste difatti un ruolo minoritario nell’ambito delle attività dei fondi sanitari, poiché ai fini del riconoscimento di benefici fiscali è sufficiente che appena un quinto delle risorse dei fondi sia destinato a prestazioni integrative. Inoltre i fondi sanitari sono molto spesso assicurati o gestiti direttamente da compagnie assicurative, per cui è formalmente difficile ricondurre le prestazioni intermedie all’una o all’altra tipologia di enti (che sono assoggettati a discipline molto diverse).”*

Quanto ai benefici fiscali la Banca d'Italia fa presente nelle righe finali della sua memoria che: *l’attuale sistema di incentivazioni fiscali è particolarmente frammentato, complesso e oneroso. I regimi agevolativi tendenzialmente beneficiano categorie circoscritte di soggetti economici a fronte di costi diffusi sull’intera platea di contribuenti, con perdite di gettito per l’erario difficili da quantificare e da monitorare. La maggiore opacità degli incentivi fiscali rispetto a espliciti programmi di spesa rende più difficile per i cittadini valutare le ricadute per la finanza pubblica delle scelte dei policymaker, alimentando il rischio di una composizione inefficiente del bilancio pubblico e di una eccessiva tendenza al disavanzo.*

Fine delle citazioni della Banca d'Italia. Anche perché a mio parere al punto in cui si trova il Ssn c'è già abbastanza per buttare il tubetto.

Fino a qui la Banca d'Italia ci ha detto che i fondi integrativi sono ormai largamente sostitutivi, che beneficiano categorie circoscritte e che determinano benefici fiscali opachi. Adesso aggiungo qualcosa io per giustificare firma e foto nella lettera.

I fondi integrativi o quel che sono hanno altri effetti deleteri che anche se difficili da quantificare e monitorare al pari dei benefici fiscali sono altrettanto sicuri: aumentano la inapproprietezza delle prestazioni, aumentano la quota di mercato degli erogatori privati e “saltano” i meccanismi di presa in carico del Ssn.

In questo modo hanno altri effetti collegati: non provocano sostanziali benefici alla lunghezza delle liste di attesa, favoriscono la tentazione dei professionisti di abbandonare il servizio pubblico per andare a lavorare nel privato e appesantiscono ulteriormente il carico di lavoro burocratico del medico di medicina generale.

E, per concludere, i fondi integrativi o quel che sono diffondono l’idea che siccome il Ssn non lo si può salvare tanto vale salire su questa scialuppa.

A questo punto poco importa se i fondi integrativi incidono sulla spesa privata “poco” e comunque meno che negli altri Paesi, visto che sono evidentemente uno strumento poco adatto al nostro servizio sanitario pubblico, che (come dice la Banca d'Italia) dovrebbe erogare livelli essenziali di prestazioni (LEA) secondo criteri di universalità, uguaglianza ed equità nell’accesso alle cure.

Ai fondi integrativi sono state dedicate due commissioni parlamentari, una del Senato già citata e ancora in corso dopo due anni, e [una della Camera dei Deputati del 2018](#). Scaricabili dalla pagina in rete di queste due Commissioni ci sono memorie, relazioni e contributi di ricercatori e di ogni tipo di stakeholder.

Ma una sintesi in grado di ricollocare i fondi integrativi o quel che sono dentro le logiche del Ssn come lo conosciamo nessuno riesce a produrla. Per concludere riprendo quanto riportato molto autorevolmente a proposito del “secondo pilastro” alla fine [del capitolo del rapporto OASI 2023 sui consumi privati](#): *“Costruire le condizioni per la sostenibilità di questo settore significa combinare una maggiore disponibilità di risorse a un sistema di regole che ne delinei un preciso posizionamento nel quadro di un sistema universalistico, definisca le aspettative degli assistiti, chiarisca il rapporto tra contributi e benefici e intervenga sui rapporti di forza tra soggetti assicuratori, enti responsabili delle coperture e mondo degli erogatori, pubblici e privati.”* Purtroppo, il timore è che queste espressioni che “suonano bene” rimarranno a lungo in attesa di una definizione di regole che traducano concretamente quelle aspirazioni.

E nel frattempo il Ssn sta collassando.

La mia personale impressione è che il tema dei fondi integrativi o quel che sono abbiano una ulteriore grave colpa: sottraggano risorse intellettuali e istituzionali in termini di tempo ed energie che andrebbero forse meglio destinate a temi sempre fuori fuoco come gli sprechi in sanità, un tema inspiegabilmente “orfano” nel dibattito sul Ssn.

https://www.quotidianosanita.it/lettere-al-direttore/articolo.php?articolo_id=125242



Celebrare la salute pubblica

Eric J. Rubin

Publicato il 26 settembre 2024

DOI: 10.1056/NEJMp2412061

Ogni anno, la rivista pubblica articoli Clinical Implications of Basic Research (CIBR) in concomitanza con l'annuncio di due premi, i Lasker Awards for Basic Medical Research e for Clinical Medical Research. Questi premi celebrano il meglio della scienza e della medicina, scoperte che hanno modificato il nostro modo di operare (come, quest'anno, il lavoro che ha portato all'uso diffuso di agonisti del GLP-1 per curare l'obesità e le malattie correlate)¹ o indicano la strada verso ulteriori innovazioni (come la scoperta del rilevamento del DNA mediato da cGAS–STING).² Coprire i Lasker Awards ogni anno ci ha permesso di mettere in risalto l'interazione critica tra scienza di base e medicina.

Ma c'è un altro premio, il Lasker–Bloomberg Public Service Award. Mentre gli altri due premi possono essere descritti in una sola frase, il Public Service Award può essere assegnato per uno spettro di attività che possono includere la comunicazione pubblica su medicina, politica sanitaria e pratica della salute pubblica. Questa diversità significa che il premio raramente rientra in una categoria che tratteremmo di routine in un articolo del CIBR.

Il risultato è stato che non abbiamo dato lo stesso credito a ciò che chiamerò genericamente salute pubblica che diamo alla scienza di base. Questa è la nostra occasione per farlo. Le scoperte spettacolari nella scienza non possono giovare alle persone senza una traduzione nelle popolazioni. Per citare Paul Farmer, "In un'epoca di sviluppo esplosivo nel regno della tecnologia medica, è snervante scoprire che le scoperte di Salk, Sabin e persino Pasteur rimangono irrilevanti per gran parte dell'umanità".³

I vincitori di quest'anno del Public Service Award sono un esempio di impegno nel consentire al progresso scientifico di migliorare la vita umana. Quarraisha e Salim Abdool Karim hanno svolto un lavoro che spazia dalla scienza di base e traslazionale alla ricerca sui risultati e sull'implementazione. Per creare un terreno fertile per il miglioramento della salute pubblica, hanno contribuito alla transizione pacifica da un governo repressivo a una democrazia nel loro Sudafrica natale, quindi hanno svolto ruoli importanti nel nuovo governo e nelle organizzazioni sanitarie internazionali, hanno creato un istituto di ricerca nella loro città natale, Durban, e hanno nutrito una generazione di scienziati medici e della salute pubblica.

Gran parte della loro ricerca ha avuto un impatto diretto sulla popolazione. Ad esempio, lo studio CAPRISA 004 ha dimostrato che le donne erano relativamente protette dall'acquisizione dell'infezione da HIV quando utilizzavano un microbicide topico, il gel di tenofovir, uno dei primi interventi in grado di ridurre la trasmissione dell'HIV.⁴ Un altro studio da loro condotto ha rivelato il momento ottimale per iniziare il trattamento antiretrovirale nei pazienti con HIV e tubercolosi di nuova diagnosi.⁵ Gli Abdool Karim sono stati determinanti nell'identificare per primi una nuova variante del SARS-CoV-2 emersa nell'Africa meridionale e nell'aiutare a coordinare gli studi internazionali per testare gli interventi.

Allo stesso tempo, hanno svolto ruoli chiave nell'implementazione di misure scientifiche e di salute pubblica. Entrambi sono stati importanti consulenti del governo sudafricano e dell'Organizzazione mondiale della sanità. Salim ha guidato il South African Medical Research Council, mentre Quarraisha è stata una forte sostenitrice delle donne nella scienza e nella salute pubblica. Il loro lavoro ha avuto un impatto diretto su milioni di persone in Africa e in tutto il mondo.

I dottori Abdool Karim sono straordinari. Ma i loro successi ci ricordano le tante persone il cui lavoro nella sanità pubblica è meno apprezzato. Infatti, il campo della sanità pubblica è sotto minaccia. Negli Stati Uniti, i leader della sanità pubblica sono stati calunniati e gli operatori in prima linea sono stati minacciati dall'inizio

dell'epidemia di Covid-19. Durante ogni epidemia di Ebola, gli operatori sanitari pubblici hanno dovuto affrontare sospetti e attacchi. E il personale sanitario della comunità che fornisce vaccini antipolio continua a essere ucciso in luoghi come Pakistan e Afghanistan. In questo senso, forse non c'è mai stato un periodo più difficile nella sanità pubblica.

Quindi cogliamo questa opportunità per celebrare non solo gli Abdool Karim, ma anche le migliaia di persone che, lavorando insieme, stanno cercando di portare una salute migliore alle nostre comunità. Come disse una volta Paul Farmer in un discorso di inizio anno alla Northwestern University, "Salvo rare eccezioni, tutti i vostri successi più importanti su questo pianeta deriveranno dal lavoro con gli altri, o, in una parola, dalla partnership".

https://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMp2412061?query=TOC&ssotoken=U2FsdGVkX1%2BALL2bQP7KijU1YTyJJ%2BTF%2F9clSK9CdidxqWo2rhMFR%2BztiGZbjbR3Jr2o2PEk1IL5yjsxmjbwS6WpqbWokqBR1LWMQY23WzLqgx4DIJQgFMY27zNwdkssuH9qs4KEXvpdyo5jmiU%2BopBGP509ki%2B%2BIEb03geDKe%2FJNyKcsPmdRSrFD9wVgkvZ30sA62C%2FyWjmQOXcMq5IMQ%3D%3D&cid=DM2363494_Non_Subscriber&bid=-1729574238



The NEW ENGLAND
JOURNAL of MEDICINE

Equità sanitaria nelle elezioni presidenziali statunitensi del 2024

Marcella Alsan e Ruqaiijah Yearby

Publicato il 2 ottobre 2024

DOI: 10.1056/NEJMp2410598

Il prossimo presidente degli Stati Uniti erediterà molteplici gravi epidemie e il peso della malattia non è distribuito equamente in tutto il paese (vedi [grafici](#)).

Sia la mortalità materna che quella correlata alle armi da fuoco sono più di 2,5 volte più alte nelle popolazioni nere rispetto alle popolazioni bianche non ispaniche. I decessi dovuti all'uso di oppioidi sintetici sono concentrati tra le persone con un'istruzione inferiore a quella universitaria.¹

E i tassi di obesità infantile sono più alti tra gli americani con il reddito più basso. Le differenze ideologiche tra i candidati alla presidenza Kamala Harris e Donald Trump porterebbero a politiche diverse, che influenzerebbero queste epidemie e le relative disuguaglianze.

Sebbene nessuna delle due campagne abbia specificato proposte politiche su ogni questione chiave, potrebbe essere informativo estrapolare dalle loro dichiarazioni e azioni personali e dagli sforzi passati delle amministrazioni Trump e Biden-Harris.

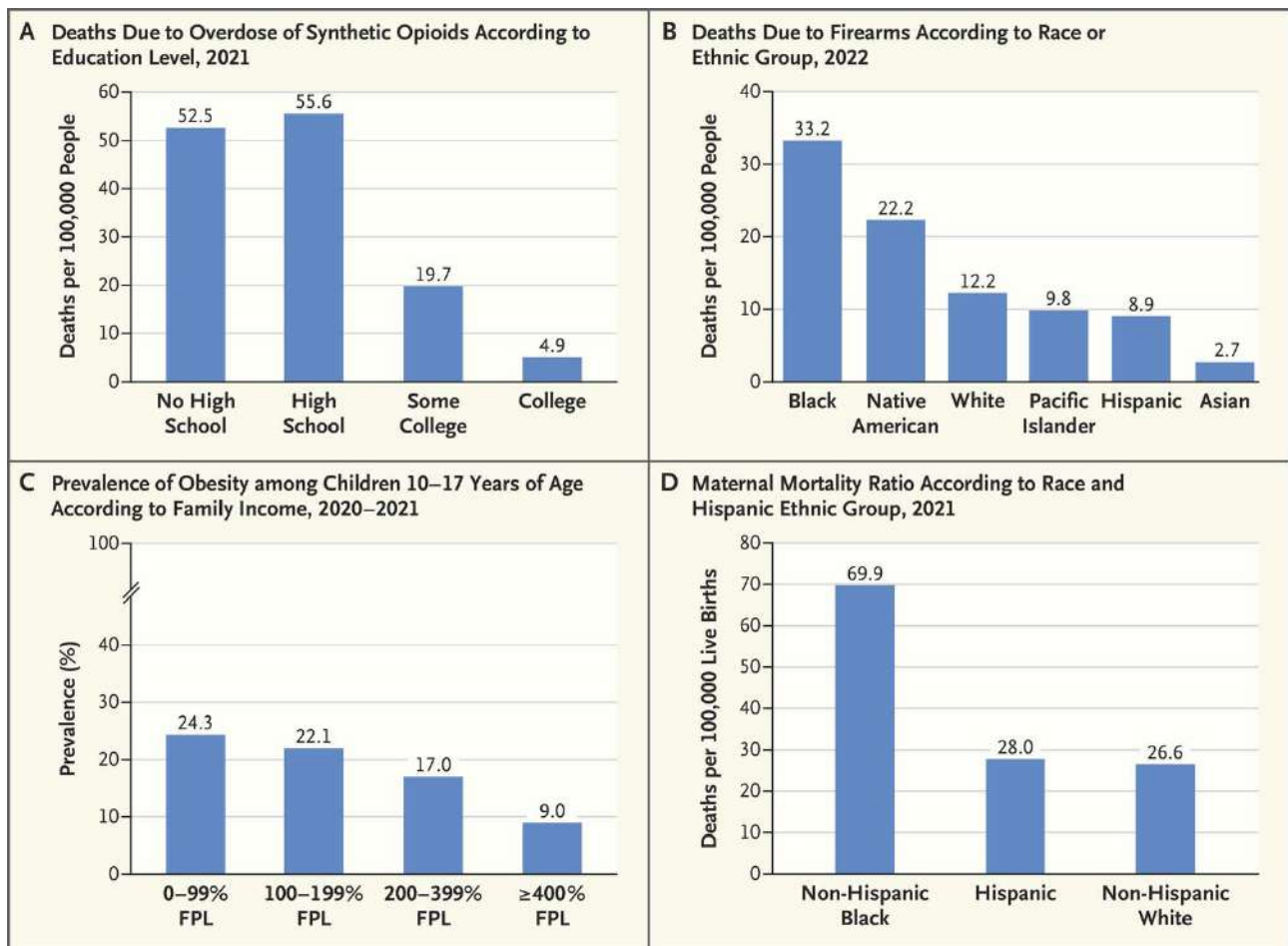
Gli effetti diversi di quattro gravi epidemie negli Stati Uniti.

Le risposte politiche alle differenze di salute sono immerse in una qualche logica della loro causa principale, e Harris e Trump sembrano sostenere spiegazioni divergenti: barriere strutturali e privilegi contro merito e determinazione individuali. I recenti ordini esecutivi riflettono le loro ideologie.

L'ordine esecutivo del presidente Joe Biden sulla promozione dell'equità razziale e del supporto alle comunità svantaggiate attraverso il governo federale ha abbracciato un approccio di governo complessivo per promuovere l'equità, citando "barriere sistemiche" alle opportunità per i gruppi svantaggiati.

Ha anche revocato l'ordine esecutivo di Trump sulla lotta agli stereotipi razziali e di genere, che proibiva alle agenzie federali e ai contraenti di fornire formazione basata su "concetti divisivi" come l'idea che l'America sia fondamentalmente razzista o sessista.

Le opinioni alla base di queste azioni suggeriscono che la politica di Harris amplierebbe i servizi governativi e la supervisione per migliorare la salute dei residenti degli Stati Uniti, mentre quella di Trump enfatizzerebbe la deregolamentazione e la scelta individuale, lasciando le singole persone responsabili della propria salute.



Chiaramente, queste differenze influenzano la politica sanitaria, a partire dall'assicurazione progettata per attenuare gli shock che portano a disuguaglianze sanitarie.

Il bilancio fiscale 2025 dell'amministrazione Biden-Harris ha proposto di aumentare l'imposta sui salari per i redditi più alti che finanzia Medicare, estendendo potenzialmente la solvibilità del programma di 25 anni.

Un'amministrazione Harris probabilmente continuerebbe a sostenere l'Affordable Care Act (ACA) estendendo sussidi, campagne di iscrizione e regolamentazione dei piani di assistenza gestiti Medicaid.

Trump probabilmente continuerebbe a tentare di destabilizzare l'ACA. Date le prove che l'idoneità a Medicare e le espansioni dell'ACA hanno salvato vite, aumentato l'accesso alle cure e migliorato i bilanci delle famiglie, indebolire questi programmi senza sostituirli amplierebbe le disuguaglianze.

Le esenzioni Medicaid approvate dall'amministrazione Biden-Harris per affrontare i determinanti sociali della salute e finanziare l'assistenza per le popolazioni incarcerate potrebbero fornire importanti spunti su come ridurre ulteriormente le disuguaglianze. Harris si è inoltre impegnato a cancellare miliardi di dollari di debiti sanitari, il che potrebbe migliorare la salute finanziaria e il benessere psicologico delle famiglie a basso reddito.

Quando si tratta di affrontare l'epidemia di obesità, l'ideologia e la politica di Trump potrebbero essere influenzate dall'industria alimentare, che ha promosso una narrazione di responsabilità personale che inquadra le malattie legate alla dieta come risultato di cattive scelte di vita.²

L'amministrazione Trump ha tentato di bloccare le norme per pasti scolastici più sani ai sensi dell'Healthy, Hunger-Free Kids Act, che ha ridotto i tassi di obesità tra i bambini provenienti da famiglie a basso reddito.

Ha anche ripetutamente proposto di tagliare il Supplemental Nutrition Assistance Program (SNAP), che ha dimostrato di ridurre l'insicurezza alimentare dei beneficiari e il rischio di sindrome metabolica.

L'amministrazione Biden-Harris, al contrario, ha svelato la National Strategy on Hunger, Nutrition, and Health nel 2022, cercando di aumentare l'accesso e la convenienza del cibo espandendo SNAP e pasti scolastici e di incorporare la nutrizione nei servizi sanitari, potenziare i consumatori con aggiornamenti all'etichettatura degli alimenti e aumentare i finanziamenti per la ricerca sulla nutrizione.

La violenza da arma da fuoco, ora la principale causa di morte tra i bambini degli Stati Uniti, è concentrata nelle comunità razziali ed etniche emarginate.

Le sparatorie di massa e le sparatorie che coinvolgono gli agenti sono state collegate alla depressione e all'ansia rispettivamente tra i giovani adulti e gli afroamericani.

Il Bipartisan Safer Communities Act, approvato nel giugno 2022, ha rafforzato i controlli dei precedenti per le persone di età inferiore ai 21 anni e ha fornito finanziamenti agli stati per implementare leggi di segnalazione e programmi di prevenzione della violenza ed espandere i trattamenti per la salute mentale.

In qualità di vicepresidente, Harris supervisiona l'Ufficio per la prevenzione della violenza armata della Casa Bianca, istituito nel settembre 2023, che supporta i controlli universali dei precedenti, il divieto di armi d'assalto, la conservazione sicura delle armi letali e l'abrogazione dell'immunità per i produttori di armi da fuoco. ³

Trump ha ricevuto di nuovo l'approvazione della National Rifle Association, grazie al suo record di aver dichiarato le armi da fuoco e le munizioni infrastrutture critiche durante la pandemia di Covid-19 e di aver "annullato" la firma del Trattato delle Nazioni Unite sul commercio di armi.

Trump si è piegato alla pressione pubblica nel 2018 per vietare i bump stock dopo una sparatoria di massa a Las Vegas, ma nel giugno 2024 la Corte Suprema ha annullato il divieto con una decisione di 6-3, con tutti e tre i giudici nominati da Trump in maggioranza.

Quei giudici hanno anche votato per ribaltare *Roe contro Wade* nel giugno 2022, una decisione con implicazioni terribili per la mortalità materna. Ancora nel marzo 2024, Trump ha approvato un divieto federale sugli aborti dopo 15 o 16 settimane, sebbene abbia anche affermato in alcune occasioni di credere che gli stati dovrebbero stabilire le proprie soglie.

La sua amministrazione ha ripristinato la Mexico City Policy, che ha vietato i finanziamenti statunitensi alle organizzazioni non governative che forniscono o promuovono servizi di aborto in altri paesi e ha posto fine ai finanziamenti federali per le cliniche di pianificazione familiare che offrono servizi di aborto.

Harris, al contrario, ha fatto della protezione dei diritti riproduttivi un pilastro del suo programma. Come prima vicepresidente in carica a visitare una clinica di Planned Parenthood, Harris ha attivamente sostenuto la legislazione federale per ripristinare lo standard legale di *Roe v. Wade*.

L'amministrazione Biden-Harris ha allentato le restrizioni della Food and Drug Administration (FDA) sulle pillole abortive, rendendole accessibili tramite telemedicina e dalle farmacie. Ha anche revocato la Mexico City Policy.

Se si permettesse che l'attuale tendenza continuasse, con più di una dozzina di stati che hanno divieti di aborto quasi totali, le disuguaglianze nella mortalità materna presumibilmente peggiorerebbero.

Le donne nere e le donne native americane hanno più probabilità delle donne bianche di vivere in uno stato con un divieto di aborto e di avere meno risorse per viaggiare fuori dallo stato per cercare un aborto legale. ⁴

Negli ultimi dieci anni si è assistito a un aumento delle sfide per la salute mentale tra i giovani negli Stati Uniti: i tassi di sentimenti di disperazione e tristezza tra i giovani sono aumentati del 40% tra il 2009 e il 2019 e le visite al pronto soccorso per problemi di salute mentale sono aumentate del 28% tra il 2011 e il 2015.

Anche i tassi di suicidio tra gli adolescenti sono in aumento, in particolare nei gruppi razziali ed etnici emarginati e nelle popolazioni LGBTQIA+. La ricerca suggerisce diversi possibili fattori che contribuiscono: effetti persistenti della pandemia, razzismo, discriminazione, cambiamenti climatici, disponibilità di armi da fuoco e uso dei social media.

Durante la pandemia, Trump ha stanziato 425 milioni di dollari in fondi di emergenza per affrontare i disturbi della salute mentale e dell'abuso di sostanze e fornire sovvenzioni per servizi come visite di telemedicina, supporto tra pari e terapia di persona.

Tuttavia, la sua amministrazione ha anche agito per minare le protezioni LGBTQIA+, abrogando tutte le normative sanitarie che proibiscono la discriminazione basata sull'orientamento sessuale o sull'identità di genere.

L'amministrazione Biden-Harris ha ripristinato tali normative e il Dipartimento dell'istruzione sotto tale amministrazione ha chiarito che le protezioni del Titolo IX si estendono agli studenti LGBTQIA+, una politica che Trump si è impegnato a invertire "dal primo giorno". Harris sostiene l'Equality Act, che modificherebbe il Civil Rights Act del 1964 per includere protezioni per le persone LGBTQIA+.

Sostiene anche il Kids Online Safety Act, che imporrebbe un "dovere di diligenza" sulle piattaforme dei social media per prevenire danni come depressione e violenza e garantire le più elevate impostazioni di privacy predefinite per i minori.

Trump e Biden hanno chiesto l'abrogazione della Sezione 230, una legge che protegge le aziende di social media dalla responsabilità per i contenuti generati dagli utenti, ma le loro motivazioni sono distinte.

Trump ha cercato di frenare la censura percepita delle voci conservatrici, mentre la posizione di Biden è stata inquadrata come protezione dei bambini.

Ogni anno più di 100.000 americani muoiono per overdose di farmaci, principalmente per oppioidi sintetici. I candidati sembrano più allineati su questa sfida sanitaria.

Nel 2017, Trump ha dichiarato l'uso di oppioidi una crisi di salute pubblica e la sua amministrazione ha ottenuto 6 miliardi di dollari in 2 anni per combattere l'uso di oppioidi e ridurre le prescrizioni.

Trump si è anche concentrato sull'interruzione dell'importazione di droghe illecite attraverso il confine meridionale, sebbene l'amministrazione Biden-Harris affermi che negli ultimi 2 anni è stato intercettato più fentanyl illecito che nei 5 precedenti.

È importante ricordare che l'epidemia di oppioidi negli Stati Uniti è iniziata all'interno del sistema sanitario, quando le pressioni dei gruppi di difesa hanno portato i medici ad aggiungere il dolore come "quinto segno vitale" e le carenze normative hanno consentito la prescrizione liberale di ossicodone.

Aumentare l'indipendenza della FDA e ridurre i dettagli dei medici incontrerebbe una forte resistenza da parte delle aziende farmaceutiche e, a nostra conoscenza, non sono inclusi nel programma di nessuno dei due candidati.

Sebbene Harris e Trump abbiano orientamenti politici sorprendentemente diversi, chiunque sarà il prossimo presidente avrà una Corte Suprema conservatrice e potrebbe non avere una maggioranza al Congresso. Recenti decisioni giudiziarie come l'annullamento della dottrina *Chevron* limitano il potere del presidente e delle agenzie federali di stabilire regole che salvaguardino la salute degli americani. ⁵

Tuttavia, il presidente conserva il potere di nominare giudici federali e responsabili delle agenzie e di inquadrare questioni come se le disparità sanitarie osservate debbano essere attribuite principalmente a fallimenti sistemici, che richiedono l'intervento del governo, o a preferenze personali, che richiedono una modifica del comportamento.

<https://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMp2410598?query=TOC&ssotoken=U2FsdGVkX1%2BALL2bQP7KijU1YTyJJ%2BTF%2F9cISK9CdidxqWo2rhMFR%2BztiGZbjbR3Jr2o2PEk1L5yjsxmjbwS6WpqbWokqBR1LWMQY23WzLqgx4DIJQgFMY27zNwdkssuH9qs4KEXvpdyo5jmiU%2BopBGP509ki%2B%2BIEb03geDKe%2FJNyKcsPmdRSrfD9wVgkvZ30sA62C%2FyWjmQOXcMq5IMQ%3D%3D&cid=DM2363494 Non Subscriber&bid=-1729574238>



La scienza, ovvero la tradizione occidentale di testare ipotesi e scrivere articoli di ricerca, ha le sue radici nell'Illuminismo dell'Europa del XVII e XVIII secolo.

Quando emerse questo nuovo modo di comprendere il mondo naturale, il colonialismo era già ben consolidato, con una manciata di nazioni nell'Europa occidentale che esercitavano un controllo politico ed economico su terre e popoli lontani. Alla fine, solo otto nazioni rivendicarono più della metà del globo (vedi [mappa, sotto](#)).

**Negli ultimi 500 anni,
8 paesi europei hanno colonizzato
68%
dei paesi del mondo.**

I colonizzatori schiavizzarono milioni di persone e spremettero metalli preziosi, spezie e altre ricchezze dalle colonie. Estrassero anche campioni che costituiscono il fondamento di gran parte della biologia moderna. Le ricche collezioni di storia naturale di Londra e Parigi nacquerò dall'impero.

Le idee rivoluzionarie di Charles Darwin sull'evoluzione scaturirono da un viaggio a bordo dell'*HMS Beagle*, un viaggio destinato a esplorare la costa del Sud America per promuovere gli interessi britannici.

L'impresa scientifica alimentò e fu alimentata da quella coloniale.

Ad esempio, gli scienziati europei del XIX secolo isolarono il composto antimalarico chinino dalla corteccia dell'albero di china, basandosi su ciò che la gente del posto in Perù già sapeva delle sue proprietà medicinali. Gli europei usarono quindi il chinino per migliorare la salute delle truppe coloniali.

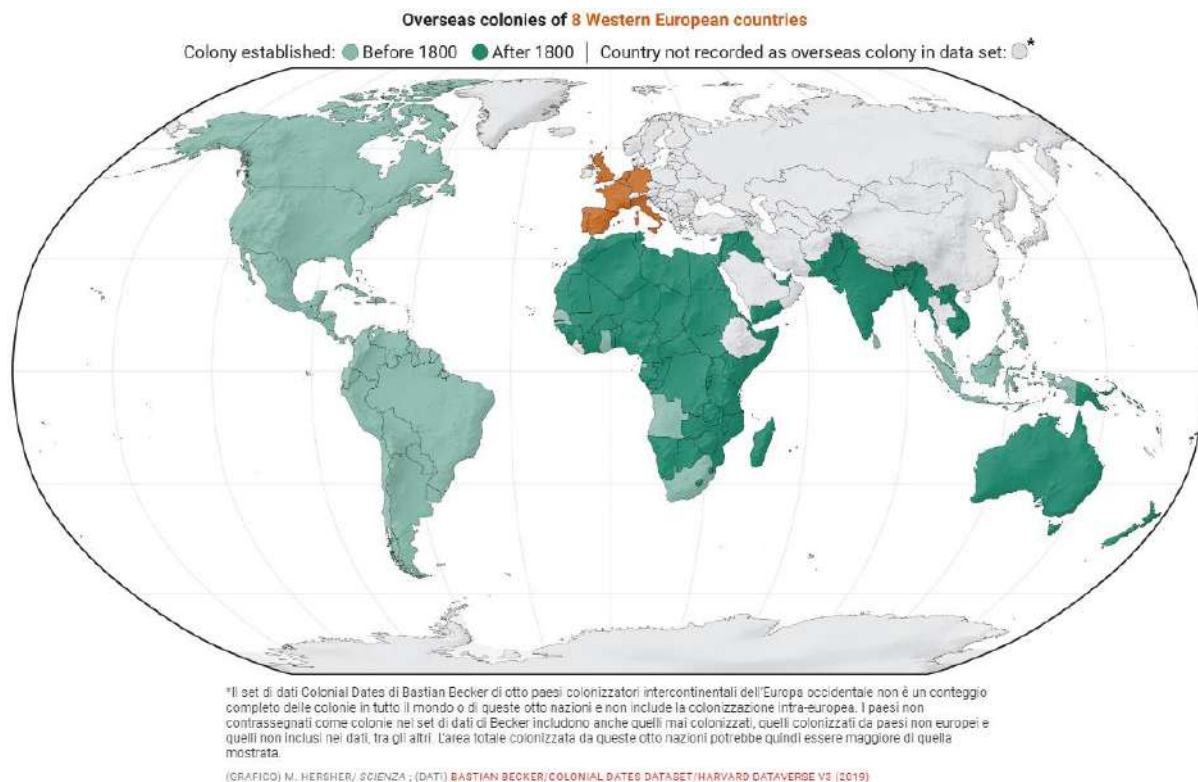
Un mondo coloniale

Un'analisi dei paesi extraeuropei colonizzati da otto nazioni dell'Europa occidentale (mostrato in arancione)—Regno Unito, Francia, Germania, Paesi Bassi, Belgio, Spagna, Portogallo e Italia—mette insieme quattro set di dati per evidenziare la colonizzazione intercontinentale a partire dal 1462.

Mostra che nel 1700 queste potenze europee occupavano gran parte delle Americhe.

Nel 1900, la maggior parte dei paesi delle Americhe aveva ottenuto l'indipendenza e le nazioni europee concentrarono i loro sforzi coloniali su Africa e Asia. L'eredità di questo colonialismo europeo d'oltremare contribuisce alle disuguaglianze globali in molti aspetti della società odierna, inclusa la scienza.

*Il set di dati Colonial Dates di Bastian Becker di otto paesi colonizzatori intercontinentali dell'Europa occidentale non è un conteggio completo delle colonie in tutto il mondo o di queste otto nazioni e non include la colonizzazione intra-europea. I paesi non contrassegnati come colonie nel set di dati di Becker includono anche quelli mai colonizzati, quelli colonizzati da paesi non europei e quelli non inclusi nei dati, tra gli altri. L'area totale colonizzata da queste otto nazioni potrebbe quindi essere maggiore di quella mostrata.



Oggi, le impronte digitali macchiate della colonizzazione permangono ancora nell'impresa scientifica. La [lingua franca della ricerca è l'inglese](#) . Gli scienziati di punta, quelli con i documenti più citati, lavorano in modo sproporzionato nelle ex nazioni colonizzatrici o in alcune ex colonie, tra cui gli Stati Uniti.

Per decenni, i ricercatori hanno tratto vantaggio dall'andare a studiare la flora, la fauna e talvolta le persone delle ex colonie, spesso con scarso coinvolgimento degli scienziati locali e scarso merito per il loro lavoro o la loro proprietà intellettuale ([vedi Editoriale](#)).

Questa "scienza paracadute" è ancora con noi: nel 2019, ad esempio, uno studio ha scoperto che [meno della metà dei documenti sulle malattie infettive in Africa aveva un primo autore africano](#) . Molti documenti di paleontologia degli ultimi 34 anni non hanno autori provenienti dalle nazioni [in cui sono stati dissotterrati i fossili](#) ([vedi mappa, sotto](#)).

La nomenclatura è [piena di nomi che derivano da un passato coloniale razzista](#) e perfino i nomi attribuiti di recente onorano in modo sproporzionato le persone provenienti dal Nord del mondo ([vedere il grafico sotto](#)).

Dominanza del Nord

L'influenza scientifica misurata dalle citazioni di articoli di ricerca è concentrata nel Nord globale, comprese molte ex nazioni colonizzatrici.

I ricercatori sono considerati scienziati di alto livello se i loro record di citazioni secondo il database scientifico mondiale SCOPUS li collocano tra i primi 100.000 scienziati in assoluto o nel 2% dei migliori nella loro area di specializzazione.

DOVE LAVORANO I MIGLIORI SCIENZIATI

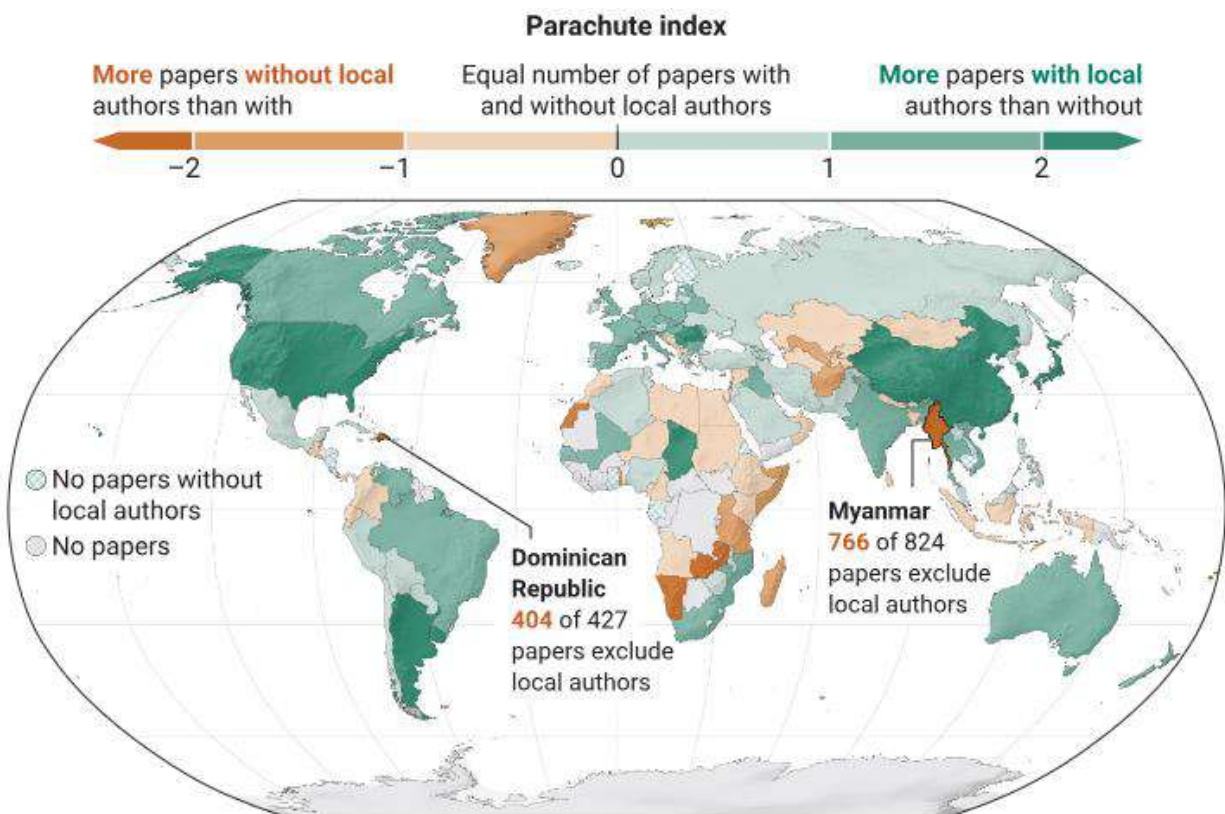


JPA IOANNIDIS ET AL. PLOS BIOL 17(8): E300384 (2019)

Paleontologia del paracadute

Secondo un'analisi di circa 30.000 reperti fossili pubblicata negli ultimi 34 anni e inclusa nel Paleobiology Database, la scienza dei paracaduti, in cui scienziati stranieri lavorano in altre nazioni senza coinvolgere ricercatori locali, prospera ancora in paleontologia.

L'indice paracadute è il rapporto tra articoli con autori locali e articoli senza autori locali, impostato su una scala logaritmica perché i rapporti variano di diversi ordini di grandezza da un Paese all'altro.



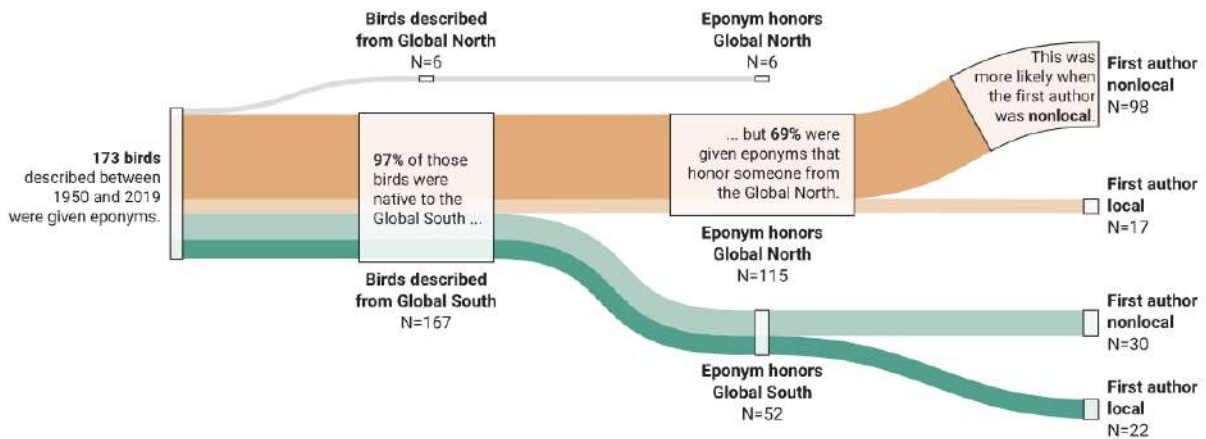
L'indice paracadute è il rapporto tra articoli con autori locali e articoli senza autori locali, impostato su una scala logaritmica perché i rapporti variano di diversi ordini di grandezza da un Paese all'altro.

(GRAFICO) M. HERSHER/ SCIENCE; (DATI) NB RAJA ET AL. NAT ECOL EVOL 6, (2022)

Dare un nome agli uccelli

Dei 385 uccelli descritti per la prima volta tra il 1950 e il 2019, il 95% è nativo di paesi del Sud del mondo. A molti sono stati dati nomi scientifici che onorano persone, spesso scienziati, del Nord del mondo. Ciò è accaduto più spesso quando il primo autore dell'articolo che descriveva la specie non era locale.

Gli eponimi di uccelli includono solo quelli che onorano una persona reale e identificabile. Sono esclusi gli eponimi che onorano personaggi, gruppi e altre entità immaginari. Sono esclusi anche i documenti i cui autori non hanno una posizione geografica nota.



Gli eponimi di uccelli includono solo quelli che onorano una persona reale e identificabile. Sono esclusi gli eponimi che onorano personaggi, gruppi e altre entità immaginari. Sono esclusi anche i documenti i cui autori non hanno una posizione geografica nota
(GRAFICO) M. HERSHER/ SCIENCE; (DATI) SHANE DUBAY ET AL., BIORxIV 2020.09.243238

Gli scienziati di tutto il mondo stanno lentamente iniziando a riconoscere e rettificare questa eredità coloniale. Stanno rimpatriando campioni, costruendo partnership eque ed espandendo l'accesso alle tecnologie più recenti. I ricercatori delle nazioni un tempo colonizzate stanno prendendo il controllo, utilizzando finanziamenti e talenti locali per esplorare questioni che li interessano. Gli scienziati indigeni stanno chiedendo rispetto per la loro conoscenza tradizionale.

Questo numero include il primo racconto di una serie in corso, scritta prevalentemente da scrittori con radici nel Sud del mondo, che metterà in luce tale scienza postcoloniale. Confrontarsi con l'eredità coloniale, a volte chiamata decolonizzazione, assume molte forme in tutto il mondo e la serie esplorerà tale diversità.

Ad esempio, lo scrittore [scientifico Jon Cohen, con sede negli Stati Uniti, e il giornalista scientifico nigeriano Abdullahi Tsanni tracciano il profilo di Christian Happi](#), uno scienziato camerunense che ha costruito un centro di genomica di livello mondiale in Nigeria per tracciare le malattie infettive.

I racconti futuri esploreranno come la scienza si sta liberando del suo passato coloniale in India, Brasile e altrove.

Annuncio

La colonizzazione è stata una forza attiva per 500 anni e spostare l'asse dell'influenza scientifica non avverrà da un giorno all'altro. Richiederà agli scienziati del Nord globale di impegnarsi a decolonizzare il loro lavoro e a quelli del Sud globale di rivendicare il loro legittimo posto nella ricerca. Ci auguriamo che i progetti presentati in questa serie servano da ispirazione mentre questi sforzi globali proseguono.

Questa serie è sostenuta dalla Fondazione Heising-Simons.

Dati

Un mondo coloniale I dati riflettono i 195 paesi monitorati nel Colonial Dates Dataset di Bastian Becker a partire da settembre 2023. Le modifiche nei nomi dei paesi sono state adattate caso per caso. La strategia di aggregazione massima di Becker è stata utilizzata per determinare l'anno in cui è stata fondata ciascuna colonia.

Dominanza del Nord Un indice composito classifica gli scienziati in base a tutti i record di citazioni, escluse le autocitazioni, in SCOPUS tra il 1788 e il 2022 a partire dal 1° ottobre 2023. Le categorizzazioni del Sud e del Nord del mondo sono state assegnate in base alla classificazione delle Nazioni Unite "in via di sviluppo" o "sviluppato" a partire da maggio 2022. E 891 scienziati di alto livello (meno dello 0,5% di tutti gli scienziati di alto livello) sono stati esclusi dal calcolo perché 885 non avevano un paese associato e sei erano associati a un paese che non esiste più.

Paleontologia del paracadute I dati includono tutti i fossili elencati nel database paleobiologico tra il 1° gennaio 1990 e il 30 giugno 2024, come registrato il 30 giugno 2024.

Denominazione degli uccelli DuBay *et al.* hanno stilato un elenco di uccelli utilizzando fonti tra cui l' *Handbook of the Birds of the World* , la checklist tassonomica di BirdLife e *Bird Species New to Science: Fifty Years of Avian Discoveries* . I nomi degli eponimi e le posizioni degli autori sono stati codificati a mano.

https://www.science.org/content/article/scientists-confronting-lingering-imprint-colonialism?intcmp=globalequityinscienceemail-editorial&utm_id=recAhQ8hqVlaSITUT&et rid=691092258&et cid=5388450

The logo for the journal Science, featuring the word "Science" in a white serif font on a black rectangular background.

La scoperta 'inaspettata' degli RNA che regolano i geni vince il Nobel

Victor Ambros e Gary Ruvkun premiati per la scoperta dei microRNA nei vermi

[Catherine Offord](#)

Il premio Nobel per la fisiologia o la medicina di quest'anno è stato assegnato congiuntamente a due biologi che, studiando i vermi decenni fa, hanno scoperto minuscoli frammenti di materiale genetico chiamati microRNA e hanno iniziato a svelare il loro ruolo nell'influenzare l'espressione dei geni nelle cellule. Victor Ambros della University of Massachusetts Chan Medical School e Gary Ruvkun della Harvard Medical School e del Massachusetts General Hospital (MGH) hanno ricevuto il premio "per la scoperta del microRNA e il suo ruolo nella regolazione genica post-trascrizionale", ha affermato l'Assemblea Nobel presso il Karolinska Institute in un [comunicato stampa](#) questa mattina.

I microRNA sono costituiti dalle stesse basi nucleotidiche degli RNA messaggeri (mRNA), che trasportano le istruzioni per la produzione di proteine codificate dal DNA e sono stati [riconosciuti con un premio Nobel l'anno scorso](#) per aver reso possibile i primi vaccini COVID-19. Tuttavia, i microRNA sono molto più corti, in genere tra 20 e 25 nucleotidi, e svolgono un ruolo diverso nella cellula: legandosi a particolari mRNA trascritti dai geni, influenzano se quegli mRNA vengono tradotti in proteine. La scoperta di questa classe di molecole ha avviato un nuovo campo per scoprire i ruoli dei microRNA nello sviluppo di un organismo e, più di recente, in malattie come il cancro, [dove i microRNA sono spesso disregolati](#) .

Il premio da 11 milioni di corone svedesi (circa 1,06 milioni di dollari), che verrà diviso equamente tra i due scienziati, onora la scoperta che gli mRNA potrebbero essere modulati da parenti molecolari, ha affermato Olle Kämpe, membro del Comitato Nobel, dopo l'annuncio. "È un meccanismo fisiologico completamente nuovo che nessuno si aspettava, completamente inaspettato, e dimostra che la ricerca basata sulla curiosità è molto importante".

Il Nobel è "una notizia molto emozionante per coloro che lavorano nel campo dei microRNA", afferma Claudio Alonso, neurobiologo dello sviluppo presso l'Università del Sussex che ha iniziato a studiare i regolatori genici dopo aver ascoltato un discorso di Ruvkun nei primi anni 2000. "Il fatto che una scoperta di questo livello completamente nuovo di regolazione genica potesse aver luogo alla fine degli anni '90, all'inizio degli anni 2000 ha rivelato che c'erano ancora molte sorprese in attesa di essere scoperte nella ... biologia molecolare". Negli anni '80, Ambros e Ruvkun lavorarono entrambi come borsisti post-dottorato nel laboratorio di Robert Horvitz, che poi condivise il [premio Nobel per la fisiologia o la medicina](#) nel 2002. Lì studiarono un ascaride, *Caenorhabditis elegans* , che viene utilizzato come organismo modello per mostrare come cellule e tessuti si sviluppino in un animale. In particolare, la coppia condusse ricerche su vermi che portavano mutazioni specifiche nel loro DNA che li portavano a svilupparsi in modo anomalo.

Gli scienziati avevano scoperto che un gene chiamato *lin-4* sembrava, in qualche modo, bloccare l'espressione di un altro gene, *lin-14*. Ma fu solo quando i due scienziati se ne andarono per avviare i loro laboratori che condivisero i dati e scoprirono come. Nel 1993, il gruppo di Ambros alla Harvard University e il gruppo di Ruvkun al MGH e alla Harvard Medical School rivelarono che *lin-4* produceva una [breve molecola di RNA che non codificava per nessuna proteina](#) e aveva una sequenza [complementare a *lin-14*](#), il che significava che poteva legarsi all'mRNA di quest'ultimo.

"È stato sorprendente che ci potessero essere sufficienti informazioni contenute in sole 22 basi del genoma perché questo microRNA regolasse un altro gene in modo così preciso", ha detto Ambros ai giornalisti in una conferenza stampa questo pomeriggio, vestito con una maglietta decorata con una tigre donatagli dalla moglie Rosalind "Candy" Lee, collaboratrice scientifica di lunga data e coautrice di uno dei due articoli chiave del 1993.

Quegli articoli fornivano una spiegazione di come *lin-4* potesse impedire a *lin-14* di produrre proteine e un nuovo modo in cui i geni potevano essere attivati e disattivati efficacemente all'interno delle cellule. Ma si pensava che fosse una stranezza fino a 7 anni dopo, quando Ruvkun scoprì [un altro microRNA chiamato let-7 che](#), a differenza del microRNA *lin-4*, era ampiamente presente negli organismi di tutto il regno animale.

La pubblicazione di questi risultati ha suscitato molto più interesse e da allora i biologi hanno identificato decine di migliaia di geni che codificano microRNA, afferma Kampe. "Stavano osservando due vermi che sembravano un po' strani e hanno deciso di capirne il motivo, e poi hanno scoperto un meccanismo completamente nuovo per la regolazione genica, e penso che sia meraviglioso".

Negli ultimi 2 decenni, i ricercatori hanno studiato il ruolo dei microRNA non solo nello sviluppo normale di piante e animali, ma anche in malattie come il cancro e i disturbi scheletrici. "I componenti dei percorsi dei microRNA sono mutati in decine di malattie", afferma Witold Filipowicz, un biochimico del Friedrich Miescher Institute for Biomedical Research. I tentativi di sfruttare queste scoperte per applicazioni cliniche devono ancora raggiungere le sperimentazioni cliniche in fase avanzata e alcuni studi sono stati chiusi per segnalati effetti collaterali tossici. Tuttavia, Filipowicz e altri affermano di essere ottimisti sul fatto che le terapie basate sui microRNA arriveranno.

Alcuni degli sforzi più avanzati riguardano la regolazione dell'espressione genica all'interno delle cellule malate prendendo di mira i microRNA con farmaci o usando i microRNA stessi come terapia. Parte di ciò che rende questo difficile, ovvero che ogni microRNA può potenzialmente influenzare la traduzione di centinaia di diversi mRNA, potrebbe finire per essere un vantaggio fondamentale rispetto agli approcci tradizionali per il trattamento di malattie complesse come il cancro, afferma Andrea Kasinski della Purdue University, che studia il ruolo dei microRNA nel cancro. "Nella terapia del cancro, prendere di mira una cosa non è mai abbastanza", afferma Kasinski. "Questi microRNA hanno il potere di prendere di mira molti geni. Dobbiamo solo assicurarci che siano quelli giusti".

I ricercatori hanno detto a *Science* che il Nobel è un'altra vittoria per la cosiddetta ricerca di base e gli organismi modello. "È sorprendente che il lavoro sul semplice verme *C. elegans* stia ancora dando luogo a premi Nobel", afferma il biologo molecolare olandese Ronald Plasterk, che ha lavorato sui microRNA negli anni '90 e 2000 ma in seguito è diventato un politico. "È stata scoperta così tanta biologia di base in questo semplice animale di sole 959 cellule".

Lynne Maquat, biochimica dell'Università di Rochester, riecheggia questo sentimento, aggiungendo che, come nel caso della ricerca sull'mRNA che alla fine ha portato ai vaccini COVID-19, "Spero che il grande pubblico si renda conto che questi [campi] sono in divenire da decenni e che alla fine andranno a beneficio della salute umana e dell'umanità".

In una conversazione con un rappresentante del premio Nobel questa mattina, Ruvkun ha sottolineato che il lavoro era stato guidato dalla curiosità. "In quel momento... non pensavamo, 'Questo vincerà un premio Nobel', pensavamo, 'Questo è davvero interessante'", ha detto, aggiungendo che il campo è stato "un piacere incredibile a cui partecipare".

Il premio di quest'anno segna almeno la quinta volta che la ricerca sull'RNA si aggiudica un Nobel. Oltre a questo e ai premi dell'anno scorso, i ricercatori che [hanno scoperto l'interferenza dell'RNA](#), un processo mediante il quale filamenti di RNA silenziano determinati geni, hanno vinto nel 2006, e la ricerca sul ruolo dell'RNA come enzimi [è stata riconosciuta nel 1989](#). La scoperta dell'mRNA stessa ha ricevuto il [premio Nobel per la fisiologia o la medicina nel 1965](#).

https://www.science.org/content/article/scientists-who-discovered-micrna-win-nobel-prize-physiology-or-medicine?utm_source=sfmc&utm_medium=email&utm_content=alert&utm_campaign=DailyLatEstNews&et rid=691092258&et cid=5385515



“Nel caos della pandemia io contavo”

Andrea Ubiali

La Pandemia ha sconvolto le tradizionali gerarchie di potere ed è stata generatrice di elementi trasformativi all'interno dei servizi sanitari che hanno introdotto aspetti inediti e innovativi nell'organizzazione del lavoro di cura. Una riflessione sullo sviluppo di servizi più equi e resilienti, in grado di affrontare con maggiore efficienza le sfide future,

Ripensando all'esperienza della pandemia di Covid-19 dal punto di vista di un operatore sanitario che ne ha vissuto la gestione, emergono due elementi contrastanti.

Da un lato, si rievocano l'enorme carico di lavoro, lo stress psico-fisico, il travolgimento emotivo che hanno contribuito a spingere parte del personale sanitario verso il burn-out.

Dall'altro lato, però, sembra emergere anche una sorta di nostalgia, dovuta al fatto che la pandemia – almeno in alcuni contesti – oltre che portatrice di malattia e sofferenza, è stata generatrice di elementi trasformativi all'interno dei servizi sanitari che hanno introdotto aspetti inediti e innovativi nell'organizzazione del lavoro di cura.

Io sono una di quelle persone che prima del Covid non contava nulla, e dopo il Covid sono tornata a non contare nulla. Ma durante il Covid ero potentissima – racconta una giovane operatrice sanitaria riflettendo su come ha percepito l'evoluzione del proprio ruolo professionale negli ultimi anni. Questo sintetico resoconto esprime perfettamente uno degli elementi centrali dell'azione trasformativa che il Covid ha avuto sull'organizzazione dei servizi sanitari: un effetto destabilizzante – seppur transitorio – sulle relazioni gerarchiche e sugli equilibri di potere preesistenti, mai messi in discussione prima.

È cosa nota che i servizi sanitari siano strutture altamente organizzate, sostenute da una rigida gerarchia e una distribuzione ineguale di potere tra gli operatori che vi lavorano. Gli assi su cui si declinano i rapporti gerarchici possono essere molteplici: professionale (con i medici che generalmente rivestono un ruolo dominante rispetto a tutte le altre professioni sanitarie), specialistico (con alcuni settori che godono di maggior prestigio e potere rispetto ad altri), anagrafico (con i *senior* che esercitano potere sui *junior*) oltre che di genere e razziale. L'esistenza di gerarchie e squilibri di potere all'interno dei servizi è un argomento che raramente viene discusso o esplicitato, sia nei contesti lavorativi che in quelli accademici. Questa mancanza di problematizzazione contribuisce a determinare tensioni e problemi irrisolti che a loro volta si ripercuotono sulle pratiche assistenziali.

Tra gli effetti negativi che possono derivare da tensioni gerarchiche irrisolte, la letteratura elenca: conflitto e scarsa comunicazione tra gli operatori sanitari, scarso coordinamento delle attività assistenziali, bassi livelli di rispetto e fiducia reciproca, difficoltà nei processi di formazione e apprendimento (1,2). **L'esito finale di**

tutti questi elementi si traduce in un aumentato rischio di outcome avversi per i pazienti e in una generale scarsa sicurezza delle cure (3, 4). È inoltre noto che l'adozione di stili di leadership diretti e autoritari si associ generalmente a effetti negativi sulla sicurezza psicologica delle équipes di lavoro, sull'efficacia collettiva del team, sulla creatività dei subordinati, sulla soddisfazione relativa al lavoro svolto e sulla performance globale (5). Al contrario, effetti positivi sono più frequentemente associati a modelli di leadership basati sulla redistribuzione del potere e che enfatizzano la natura reciproca della relazione tra leader e membri del gruppo, improntata alla fiducia e al rispetto. I peggiori esiti si osservano laddove si lasci spazio a leader ipercontrollanti o abusanti.

La critica al potere e alle strutture gerarchiche all'interno dei servizi sanitari non è nuova e può essere ricondotta sia alla teoria femminista (6) sia a quella anarchica (7), sulla quale ci soffermeremo. Scrive Ryan Essex che il termine anarchia si riferisce a una tradizione diversificata di teoria e azione politica il cui elemento centrale e unificatore è l'opposizione alla gerarchia, al governo, o più in generale all'autorità e al potere. Questo non significa che l'anarchia debba essere associata alla mancanza di ordine. Al contrario, l'ordine è uno degli elementi centrali della teoria anarchica, ma la ricerca di tale ordine avviene attraverso la costruzione di un consenso di tipo non coercitivo. Essex sostiene che gran parte del pensiero, della teoria e dei valori anarchici possano essere applicati al dibattito sulla salute e contribuire significativamente al miglioramento delle prassi in salute, attraverso il rafforzamento del senso di autonomia, di responsabilità, di solidarietà e di comunità delle persone.

A tal proposito, un lavoro particolarmente interessante da rileggere è "Anarchia come organizzazione", di Colin Ward (8). In questo testo Ward esamina le problematiche generate dalle strutture gerarchiche all'interno dei contesti lavorativi:

"L'incredibile inefficienza di ogni organismo gerarchico – sia esso una fabbrica, un edificio, un'università, un negozio o un ospedale – risulta da due caratteristiche pressoché costanti. La prima consiste nel fatto che la conoscenza e la saggezza delle persone alla base della piramide non hanno alcuno spazio nelle decisioni prese dalla leadership al vertice della gerarchia. Eppure, spesso succede che siano loro a far funzionare l'istituzione nonostante gli organismi dirigenti; oppure che sabotino la funzione apparente dell'istituzione in quanto essa non corrisponde alle intenzioni di nessuno. Il secondo motivo che determina l'inefficienza di queste istituzioni gerarchiche è il fatto che il lavoro è imposto ai singoli dalla necessità economica e non si basa su quell'identificazione in un compito comune che sola può fare affiorare una leadership più funzionale e mutevole."

Ward propone come alternativa delle organizzazioni senza capi, o meglio, caratterizzate da un tipo fluido e mutevole di leadership. Questa idea si basa sul principio che le caratteristiche di capo e di subordinato non emergono in condizioni di isolamento, ma sono sempre relative a una determinata situazione sociale. La leadership può variare da gruppo a gruppo, ma anche da situazione a situazione. L'autorità del leader non deriva dal posto occupato in una scala gerarchica, ma piuttosto da competenze specifiche o saggezza particolare, elementi che di solito non sono distribuiti secondo ordini gerarchici né possono essere monopolio di una sola persona in qualsiasi situazione. In gruppi di questo tipo può dunque capitare che il leader sia un componente molto più giovane degli altri, se viene accettato il concetto che il maggior peso va attribuito all'idea migliore e non alla persona più anziana.

Scriva ancora Ward:

"Una componente importante nell'impostazione anarchica dei problemi organizzativi è costituita da quella che potremmo definire la teoria dell'ordine spontaneo. Essa sostiene che, dato un comune bisogno, le persone sono in grado, per tentativi ed errori, con l'improvvisazione e l'esperienza, di sviluppare le condizioni per il suo ordinato soddisfacimento; e che l'ordine cui si approda per questa via è di gran lunga più duraturo, e funzionale a quel bisogno, di qualsiasi altro imposto da un'autorità esterna."

Secondo Ward non esisterebbero ragioni tecniche a impedire un controllo dal basso. Gli ostacoli all'autogestione del lavoro sarebbero piuttosto gli stessi che impediscono qualsiasi redistribuzione equa del potere e degli altri beni all'interno della società, ovvero gli interessi di coloro che esercitano

attualmente potere e privilegi. E' quindi difficile trovare riscontro di esperienze concrete di questo genere, che andrebbero ricercate in situazioni eccezionali come ad esempio i contesti rivoluzionari o le forme organizzative con cui la gente reagisce alle catastrofi naturali, poichè spesso in queste situazioni non esistono modelli precostituiti di organizzazione o se esistevano essi vengono abbattuti o meglio temporaneamente sospesi.

Un contesto di questo tipo si è realizzato all'interno dei servizi sanitari durante la pandemia da Covid-19. Tale contesto diventa quindi un prezioso materiale di studio che alcuni ricercatori hanno indagato per cercare di ricostruire le esperienze vissute dagli operatori sanitari durante la pandemia, in riferimento alle dinamiche di potere nel proprio contesto lavorativo.

In particolare, in uno studio irlandese (9) che ha coinvolto operatori appartenenti a diverse professioni sanitarie, i partecipanti hanno confermato la presenza di una struttura di potere gerarchica fortemente radicata nel sistema sanitario nazionale, descrivendone però allo stesso tempo gli elementi trasformativi introdotti dall'irrompere della pandemia. Secondo quanto riferito dagli operatori intervistati, i cambiamenti riguardanti gli equilibri di potere e i processi decisionali coinvolgevano più livelli e si manifestavano attraverso meccanismi diversi.

- **Da un lato, è stato possibile osservare un riassetto degli equilibri tra settori e specialità differenti.** I team di prevenzione e controllo delle malattie infettive, per esempio, storicamente collocabili in una posizione quanto meno defilata rispetto ad altre specializzazioni sanitarie, acquisivano nel contesto pandemico, un profilo di prestigio e potere di primo piano, con una posizione in grado di influenzare le decisioni sia a livello locale che a livello nazionale.
- **Dall'altro lato, si è osservato anche una sorta di "livellamento" delle gerarchie interprofessionali se non addirittura un superamento delle barriere tra professioni diverse.** All'interno delle équipes infatti, i partecipanti percepivano un maggior supporto emotivo da parte degli altri membri del gruppo, e le disparità di potere tra le varie figure erano percepite come mitigate. Il livellamento delle gerarchie era consentito dal fatto che in una situazione di elevata incertezza nessuno aveva conoscenze o competenze superiori a quelle di qualcun altro.

Questo faceva sì che chiunque contasse, che i ruoli professionali si mescolassero, a volte con sconfinamenti e collaborazioni mai sperimentate prima. In alcuni contesti, anche lo staff addetto alle pulizie, al catering e ai servizi di portineria – che abitualmente non veniva considerato come parte del team di cura – per la prima volta veniva incluso e riconosciuto come parte integrante dell'équipe, con un contributo determinante nello svolgimento delle attività di cura e assistenza.

Il fatto di "avere una voce" e "uguale statura" contribuiva al benessere psicologico dello staff e permetteva di mitigare le conseguenze negative del dover affrontare la pandemia. Studi di questo genere, che ancora rappresentano un settore poco esplorato in ambito sanitario, potrebbero essere particolarmente utili a riflettere se una ridefinizione degli equilibri gerarchici non possa portare a uno sviluppo di servizi più equi e resilienti, in grado di affrontare con maggiore efficienza le sfide future, il quotidiano lavoro assistenziale nonché ad una valorizzazione delle figure che quel lavoro assistenziale ogni giorno garantiscono.

Andrea Ubiali, Medico di sanità pubblica, Bologna

Bibliografia

1. Gergerich E, Boland D, Scott MA. Hierarchies in interprofessional training. J Interprof Care. 2019 Sep-Oct;33(5):528-535. doi: 10.1080/13561820.2018.1538110. Epub 2018 Nov 1. PMID: 30383437.
2. Green B, Oeppen R, Smith Da, Brennan P. Challenging hierarchy in healthcare teams—Ways to flatten gradients to improve teamwork and patient care. British Journal of Oral and Maxillofacial Surgery 2017;55(5):449–53.
3. Leape L, Berwick D, Clancy C, Conway J, Gluck P, Guest J, Lawrence D, Morath J, O'Leary D, O'Neill P, Pinakiewicz D, Isaac T; Lucian Leape Institute at the National Patient Safety Foundation. Transforming healthcare: a safety imperative. Qual Saf Health Care. 2009 Dec;18(6):424-8. doi: 10.1136/qshc.2009.036954. PMID: 19955451.

4. Hurley J, Hutchinson M. Hierarchy and medical error: Speaking up when witnessing an error. *Safety Science* 2020;125:104648.
5. O'Donovan R, Rogers L, Khurshid Z, De Brún A, Nicholson E, O'Shea M, Ward M, McAuliffe E. A systematic review exploring the impact of focal leader behaviours on health care team performance. *J Nurs Manag.* 2021 Sep;29(6):1420-1443. doi: 10.1111/jonm.13403. Epub 2021 Jul 29. PMID: 34196046.
6. Eger H, Chacko S, El-Gamal S, Gerlinger T, Kaasch A, Meudec M, Munshi S, Naghipour A, Rhule E, Sandhya YK, Uribe OL. Towards a Feminist Global Health Policy: Power, intersectionality, and transformation. *PLOS Glob Public Health.* 2024 Mar 7;4(3):e0002959. doi: 10.1371/journal.pgph.0002959. PMID: 38451969; PMCID: PMC10919653.
7. Essex R. Anarchy and Its Overlooked Role in Health and Healthcare. *Camb Q Healthc Ethics.* 2023 Jul;32(3):397-405. doi: 10.1017/S096318012200072X. Epub 2023 Jan 9. PMID: 36621771.
8. Colin Ward. *Anarchia come organizzazione.* Eleuthera editrice
9. Rogers L, De Brún A, McAuliffe E. Exploring healthcare staff narratives to gain an in-depth understanding of changing multidisciplinary team power dynamics during the COVID-19 pandemic. *BMC Health Serv Res.* 2023 May 1;23(1):419. doi: 10.1186/s12913-023-09406-7. PMID: 37127626; PMCID: PMC10150666.

<https://www.saluteinternazionale.info/2024/10/nel-caos-della-pandemia-io-contavo/>

quotidianosanità.it

Quando la salute diventa una merce

Marco Geddes De Filicaia

Gentile direttore,

non so se converrà con me che, su cosa stia succedendo in questo nostro paese in merito alla questione dell'anticorpo monoclonale Nirsevimab, non ci si capisce gran ché. Forse persone più esperte ed informate del sottoscritto potrebbero offrire, anche su *Quotidiano sanità*, una qualche delucidazione. Oppure la confusione è tale che è meglio sorvolare?

Siamo infatti alle soglie del periodo autunnale – invernale che comporterebbe, in base all'esperienza passata, secondo la Società di pediatria, oltre a un notevole affollamento dei pronti soccorsi, qualcosa come 15.000 ricoveri, 3.000 ricoveri in terapia intensiva e 16 decessi di bambini per bronchiolite.

L'anno scorso è stato approvato dall'EMA l'anticorpo monoclonale Nirsevimab ed il farmaco è già stato utilizzato da alcune nazioni, fra cui Francia e Spagna.

L'Aifa su richiesta del produttore Sanofi ha inserito il farmaco in fascia C ed è stato registrato al prezzo di 1.150,00 €, prescrivibile da centri ospedalieri o da specialisti: pediatra, neonatologo, cardiologo, pneumologo, infettivologo, cardiocirurgo, allergologo, igienista. La trattativa per una diffusione della somministrazione si avvia ormai fra singole Regioni e Sanofi concordando un prezzo di 230 – 250 €, analogo a quello che è stato praticato in Spagna, sulla base di quanto reso pubblico da alcune Comunità iberiche. Le Regioni possono infatti acquistarlo, potendo erogare prestazioni extra-Lea, purché a carico dei loro bilanci regionali e fuori dalle risorse del riparto FSN: il tutto come indicato dal d.lgs 118/2011 di perimetrazione dei bilanci della sanità.

Tale possibilità non è attribuita alle Regioni in piano di rientro, come ha ricordato la nota Circolare del Ministero, di cui abbiamo già [trattato](#), sollevando così il coperchio su questa situazione, su questa evidente disuguaglianza, peraltro analoga - lo osservo senza alcun cinismo – alle, ormai numerose, esistenti in sanità.

Ma nel caso specifico ha suscitato un notevole scalpore solo perché si tratta, in questo caso, di una cosa evidente, improvvisa, e per lo più sui bambini!

Ora cosa succede? Ogni Regione che non è in piano di rientro fa da sé, sperando che il Governo provveda a risanare il bilancio con un provvedimento ad hoc per tale “campagna para – vaccinale”? Oppure si attende che l’Aifa lo classifichi in fascia A, sempre che ciò avvenga? Ad esempio la Regione Toscana, come si apprende dall’intervista al presidente onorario della Federazione toscana dei pediatri (La Nazione 29/9/2024), ha stanziato tre milioni di euro e si avvia a somministrare il farmaco a seimila bambini iniziando dal 1° novembre per i nati 1° aprile – 30 settembre 2024; successivamente l’anticorpo verrà somministrato in maternità ai neonati, prima delle dimissioni. Ottima iniziativa? Può darsi, ma le altre Regioni che fanno? Esiste una indicazione nazionale? Una linea guida dell’Istituto superiore di sanità in collaborazione delle società scientifiche?

Nel frattempo si apprende, dal Sottosegretario di Stato all’Interno Wanda Ferro, nella sua risposta all’interpellanza dell’onorevole Gilda Sportiello, che il Ministero ha richiesto all’Aifa di collocare il monoclonale in fascia A ma, se ciò non fosse tempestivamente possibile, il Governo intende avviare un programma pilota per rendere il farmaco disponibile. Parole misteriose! Disponibile per chi? Per quali corti di nascita? Per quali fasce di età? Anche ai bambini più grandi se affetti da alcune specifiche patologie?

E qui si apre un ulteriore scenario, che ha due aspetti: 1. Esiste questo farmaco? Non ovviamente in termini assoluti, dato che è stato approvato da EMA e Aifa e già utilizzato, ma in relazione alla disponibilità per somministrarlo. 2. A chi somministrare il monoclonale e in che tempi?

Ad esempio il Centers for Disease Control and Prevention degli Stati Uniti indica (Agosto 2023) che il Nirsevimab dovrebbe essere somministrato poco prima dell’inizio della stagione RSV ai neonati di età inferiore agli 8 mesi e a neonati e bambini di età compresa tra 8 e 19 mesi che sono ad aumentato rischio di insorgenza di una grave malattia da RSV: bambini con malattia polmonare cronica della prematurità che necessitavano di supporto medico (corticosteroidi cronici, terapia diuretica o ossigeno supplementare); con grave immuno compromissione; affetti da fibrosi cistica.

E in Italia che indicazioni diamo?

Intanto esce fuori una nota del professor Rocco Bellantone, presidente dell’Istituto Superiore di Sanità (*Il Fatto Quotidiano*, 4 ottobre 2024) con cui si afferma che nei bambini sani “il farmaco ha mostrato un modesto effetto in termini di riduzione del rischio di ospedalizzazione” e che pertanto “sebbene il farmaco possa rappresentare un utile strumento preventivo in soggetti affetti da patologie concomitanti o con fattori di rischio, occorrerebbe valutare con attenzione se il basso livello di rischio dei bambini sani giustifichi adeguatamente il ricorso ‘a tappeto’ a un trattamento che, per quanto sulla base degli studi clinici appaia sufficientemente sicuro, non può essere ovviamente considerato del tutto privo di rischi”. Senza sottoscrivere o dissentire dalle riflessioni del presidente dell’ISS, queste indicazioni sarebbero quantomeno utili per definire le priorità, in ragione dei costi ma, fondamentalmente, della eventuale disponibilità del farmaco.

E veniamo così all’altro quesito: ma il farmaco è disponibile? E in che misura? Per quale campagna di prevenzione in termini di tempistica, fasce di età, popolazione con rischi di insorgenza e di complicanze? E qui c’è l’imprevedibile (?) carenza di farmaco per una campagna a tappeto, qualora si ritenesse utile e da attuare nei tempi brevi.

Questa carenza si configura come un evento improvviso e imprevedibile. Si tratta di quegli eventi imprevedibili solo in una commedia all’italiana, cioè in un film comico – satirico di matrice neorealista. Infatti tale ridotta disponibilità era ovvia, prevedibile e nota anche da quanto occorso in altri paesi e perfino negli Stati Uniti, come si apprende cliccando sul sito del CDC di Atlanta, anche per la campagna di somministrazione 2023 – 2024; il documento infatti titola: “Limited Availability of Nirsevimab in the United States”!

In Italia l’azienda produttrice ci comunica che: “...non è nelle condizioni di rispondere alle procedure pubbliche di acquisto regionali in atto e a quelle che potranno essere indette nelle prossime settimane, [ma che riserverà] al Paese dosi utili a garantire circa il 75% della copertura dell’intera coorte nazionale di nascite, basandosi sui dati scientifici di efficacia e di impatto epidemiologico”.

E qui, per concludere, è estremamente interessante il capovolgimento delle funzioni di valutazione dei dati di efficacia, di impatto epidemiologico, di individuazione della popolazione a cui somministrare il farmaco e dei livelli di copertura che si intende raggiungere. La proposta – e in definitiva la decisione (come avverrà) - non è più prerogativa del Servizio sanitario nazionale, ma del produttore. Si tratta, in sostanza, di una

inversione anche delle stesse “leggi di mercato” fra domanda e offerta. Questa storia ci fa intravedere come possa essere l’offerta che configura sia la norma/direttiva che la domanda (in un mercato asimmetrico quale quello sanitario con un “terzo” intermediario – acquirente), perfino nei programmi di prevenzione, che sono (sarebbero) propri della Sanità pubblica.

Vi sono poi anche le citate “procedure di acquisto regionali in atto”, di cui la Sanofi ci informa, conseguenza del decentramento dei servizi sanitari. Un cavallo di battaglia della Banca Mondiale fin dal 1987 con il suo *Structural adjustment* per i paesi indebitati! Un evidente *asset* per imprese e i capitali finanziari. In una situazione di limitata disponibilità e con una frammentazione degli acquirenti - che si concretizzerà definitivamente e diffusamente con l’Autonomia differenziata - si potrebbe suggerire una più suggestiva procedura, specie in caso di carenza: mettere in vendita i farmaci, attraverso un’asta fra le Regioni, che premi così il migliore offerente, a sancire definitivamente che la salute è una merce.

https://www.quotidianosanita.it/lettere-al-direttore/articolo.php?articolo_id=124836

quotidianosanità.it

Se la sinistra non si decide a fare autocritica sulla sanità la catastrofe sarà completa Ivan Cavicchi

17 OTT -

Gentile direttore,

forse ricorderete che, poco prima delle vacanze estive, vieppiù preoccupato per la brutta piega che sta prendendo la nostra situazione, proprio dopo la sottoscrizione da parte del governo del patto di stabilità con la Ue mi decisi a pubblicare “Salviamo la sanità. Una riforma necessaria per garantire il diritto di tutti” (Castelvecchi editore 2024). Un libro stringato che più che mai oggi, soprattutto dopo la finanziaria del governo, vorrei tanto che leggeste e credetemi non solo per far contento il mio editore.

Forse ricorderete anche che prima delle vacanze estive, ospitato da questo giornale, lanciai, con un articolo, rivolto sia alla destra che alla sinistra, un “appello alla ragione”, per “salvare il salvabile” cioè per mettere in piedi una “convenzione di punti di vista” intanto per salvare l’art 32 e almeno contenere la privatizzazione della sanità. (QS Salviamo la sanità. Un appello alla destra e alla sinistra. 25 giugno 2024)

Forse ricorderete ancora che prima di andare in vacanza alla fine di luglio inviai al direttore di questo giornale un articolo (Qs 22 luglio 2024) con il quale rimandavo la discussione su come “salvare la sanità” in autunno in occasione della discussione sulla legge di bilancio ma nel quale però mio malgrado prendevo atto, che la mia iniziativa, l’appello alla ragione, era stata accolta con la più scientifica delle indifferenze da tutto lo schieramento dell’opposizione, PD e Cgil in testa ma anche da tutta la sinistra alla sinistra del PD e quindi da tutto lo schieramento sindacale. Praticamente da tutti.

Nessuno evidentemente aveva ragioni per raccogliermi perché secondo me tutti a partire dal PD e dalla Cgil semplicemente avevano sufficienti ragioni o interessi per ignorarlo. Chi fa finta che non esista la catastrofe di cui parlo ormai da tempo è perché a costui chiunque esso sia la catastrofe evidentemente gli conviene.

Questa è la verità. Il PD ormai è chiaro che vuole più soldi per la sanità ma perché intende rifinanziare la sua controriforma neoliberale fatta negli anni ‘90 e rispetto alla quale evidentemente non riesce a tornare indietro. La CGIL promuove un referendum contro il Jobs act ma si guarda bene dal contestare il welfare aziendale e quindi gli incentivi fiscali che finiscono nei contratti e men che mai intende ritirare i propri rappresentanti dai consigli di amministrazione dei fondi e delle mutue proprio come era prima della 833.

Ripeto di nuovo, perché vorrei essere capito bene, chi oggi nega la catastrofe e si limita a protestare contro il governo per pochi spiccioli è perché sulla catastrofe ha un mucchio di scheletri nell’armadio. Purtroppo, la sinistra non ha le carte in regola per fare una vera opposizione al governo Meloni e difendere il paradigma della sanità pubblica.

Con pazienza ho atteso in questi mesi, senza mai scrivere una sola riga, che il governo, a proposito di sanità, facesse le sue scelte finanziarie. Anzi tempo, come spero ricorderete, ho scritto quello che però mi aspettavo dalla finanziaria appena approvata (QS 22 aprile 2024) convinto fin dall'inizio che a causa del patto di stabilità essa sarebbe stata ampiamente insufficiente largamente incongrua nei confronti dei pesanti problemi organizzativi e funzionali sul tappeto ma soprattutto che essa non avrebbe in nessun modo contrastato la famosa "catastrofe" di cui ho parlato tante volte (QS 15 maggio 2023) anzi che al contrario l'avrebbe accelerata. O come si dice a Roma l'avrebbe "aiutata per la discesa" (QS 22 aprile 2024).

Ora che ho letto le proposte del governo mi rincresce di dire che temo di non essermi sbagliato. Esse ci dicono chiaramente tre cose:

- che la catastrofe come un processo che nel tempo si auto rinforza continua a procedere per la sua strada
- che nessuno dice meno che mai la sinistra e il sindacato che c'è una catastrofe in atto
- che soprattutto nessuno prova seriamente a fermarla cioè a interferire magari mettendo in pista (perché no) una proposta di quarta riforma o un appello alla ragione, o un qualche accordo per salvare il salvabile

Tutti dicono giustamente che i soldi dati alla sanità sono "briciole" le stesse briciole che, in altri tempi, da romano, avevo chiamato su questo giornale "mollichelle" (QS 13 novembre 2017) Ma nulla di più. L'unica differenza tra le mollichelle e le briciole è che le prime erano date da un governo di sinistra (Gentiloni 2017) e le seconde mutatis mutandis da un governo di destra. (Meloni 2024).

E qui torniamo alla tesi della "catastrofe"

Esiste non c'è dubbio una catastrofe sociale in atto che lentamente ma inesorabilmente con i suoi cinici end point punirà milioni e milioni di persone sicuramente tutti i soggetti sociali più deboli, gli anziani, le persone a basso reddito, il sud, ma verso la quale tutti fanno orecchio da mercante cioè tutti partiti e sindacati tirano dritti per la loro strada lamentandosi ripeto solo delle "briciole", quando il problema è lo sgretolamento di un paradigma di universalità di giustizia di eguaglianza.

Questa catastrofe non è quindi come pensano i critici che oggi criticano la legge di bilancio solo un problema di finanziamento, ma è un vero e proprio tradimento politico fatto da chi non avrebbe dovuto tradire i propri ideali che ci porta dritti dritti ad un cambio di sistema.

Non si tratta sia chiaro di sostituire un sistema di welfare con un sistema privato.

Secondo me il privato non vuole, come si tende a credere, sostituire il pubblico ma lo vuole ridurre nel suo ruolo cioè usarlo come un serbatoio sociale in cui mandare i nuovi poveracci cioè quelli che non possono fare in alcun modo una assicurazione privata.

Cioè una specie di serbatoio pubblico per gli scarti sociali.

Oggi secondo me è innegabile che la sanità pubblica sia diventata semplicemente un ammortizzatore finanziario per il mercato.

È il mercato che ormai detta le regole sia quelle che decidono gli incentivi fiscali a suo favore da mettere a carico dello Stato sia quelle che decidono la redditività della sanità privata.

Non si dimentichi che addirittura con Speranza ministro della salute quindi governo Conte 2 con la scusa della semplificazione il settore sanitario privato ha beneficiato di una riduzione dell'Iva dal 22% al 10% (decreto n°73) (QS 4 luglio 2022).

Oggi la Schlein ha proposto senza successo di trasferire alla sanità [4,3 miliardi della manovra per la riforma Irpef ma senza togliere un solo centesimo alla notevole batteria di incentivi grazie alla quale si sta privatizzando il sistema. Cioè di fatto ha proposto mutatis mutandis di rifinanziare la privatizzazione della sanità messa in campo dalla Bindi nel 1999.](#)

Questa è la catastrofe.

Si tratta di una catastrofe perfetta perché in realtà essa non ha oppositori reali. La sinistra e il sindacato insieme al governo hanno rotto il tabù della sanità pubblica e hanno saltato il fosso che da quello che vedo non riescono in nessun modo a tornare indietro.

Quindi la catastrofe vera è un cambio di paradigma: dai diritti siamo passati agli interessi, dall'uguaglianza siamo passati alle differenze, dalla giustizia siamo passati all'ingiustizia, dal welfarismo sono passati al neoliberismo.

L'altro giorno il nostro amato presidente della Repubblica al forum "welfare Italia 2024" ha lanciato un monito che mi ha colpito molto. "Il Welfare moderno, oltre a essere protezione, sicurezza e diritto, è sempre più" ha detto il presidente "una componente rilevante dell'identità di un Paese e del patrimonio di valori di coesione, di solidarietà, di cultura che caratterizza il Continente".

Ecco la catastrofe è che in sanità questo welfare a base della nostra identità nazionale ormai non c'è più e nessuno dell'opposizione intende fare una vera battaglia per difenderla.

Convinto di ciò ripropongo quindi con forza il discorso di "Salviamo la sanità. Una riforma necessaria per garantire il diritto di tutti" e ripropongo con più convinzione di prima la necessità di un "appello alla ragione" per salvare il salvabile.

Se la sinistra non si decide a fare autocritica la catastrofe sarà completa.

https://www.quotidianosanita.it/lettere-al-direttore/articolo.php?articolo_id=125103

quotidianosanità.it

Perché quella del Board di salute pubblica non mi sembra una grande idea

Claudio Maria Maffei

Gentile direttore,

[leggo su Qs](#) che le 75 Società Scientifiche riunite nel FoSSC (Forum delle Società Scientifiche dei Clinici Ospedalieri ed Universitari Italiani) hanno chiesto alla Presidente del Consiglio Giorgia Meloni di istituire un Board di salute pubblica per salvare il Servizio Sanitario Nazionale. Nelle righe conclusive del pezzo dedicato alla richiesta si legge che il Board dovrà "essere composto da persone chiaramente competenti ed esperte delle complessità in gioco, soprattutto da clinici vicini ai problemi dei malati e studiosi di problemi della sanità."

A suo tempo, un paio di anni fa, il FoSSC (di cui è difficilissimo reperire in rete composizione, missione, iniziative e documenti) ha [tentato di attivare un rapporto diretto col Ministro Schillaci](#) in modo da costruire una collaborazione permanente per l'applicazione del PNRR e la riforma dei DM70 e 77. La reazione generale a questa iniziativa fu talmente vivace da portare ad un [ridicolo tavolo di lavoro con](#) 76 componenti che non ha prodotto nulla di utile. Vogliamo ripetere l'esperienza?

Faccio umilmente presente che tre clinici universitari "romani" sono già Ministro della Salute, Presidente dell'Istituto Superiore di Sanità e Presidente del Consiglio Superiore di Sanità, mentre un quarto, non clinico, ma pure espressione del mondo universitario romano, è Direttore della Programmazione al Ministero. Tutte figure di grande prestigio che immagino gradite al governo. Purtroppo non mi pare che questa trasfusione di competenze cliniche e universitarie ai massimi livelli del Ssn abbia di per sé portato un contributo di idee innovative nel governo del Ssn. Se si tratta col board di premere per un maggior finanziamento del Ssn i Sindacati, l'opposizione, GIMBE e molte altre Associazioni di varia natura stanno già facendo quel che serve. Se invece il FoSSC ha un contributo originale di idee e progettualità sono molte le sedi in cui può esprimerle oltre a quella di un board destinato già in fase preparatoria a suscitare polemiche.

Peraltro oltre a Ministero, Istituto Superiore di Sanità e Consiglio Superiore di Sanità c'è anche l'Agenas, per caso o per fortuna non a direzione universitaria, a fare da supporto all'azione di governo del Ssn. Questi organi

dovrebbero già essere pieni di “persone chiaramente competenti ed esperte delle complessità in gioco”. Se così non fosse più che di un nuovo board ci sarebbe bisogno di un nuovo Ministro.

https://www.quotidianosanita.it/lettere-al-direttore/articolo.php?articolo_id=125362



G7 Salute, nel documento finale focus su pandemie, invecchiamento e Amr. Policy Brief sull'Intelligenza Artificiale

di *B.Gob.*

Rafforzare l'architettura sanitaria globale e gli strumenti di prevenzione, preparazione e risposta alle pandemie. Promuovere l'invecchiamento sano e attivo attraverso prevenzione e innovazione lungo tutto l'arco della vita e implementare l'approccio 'One Health', con particolare attenzione alla resistenza agli antibiotici e al cambiamento climatico.

Questi i tre impegni prioritari assunti nel comunicato stampa finale dai ministri della Salute del G7 organizzato ad Ancona sotto la presidenza italiana.

Sul fronte del contrasto a future pandemie, i Paesi G7 chiedono un “sostegno continuo al Fondo pandemico”, da ampliare a nuovi donatori tra cui organizzazioni filantropiche e del settore privato.

“Chiediamo - si legge nel documento - almeno 2 miliardi di dollari in più nei prossimi due anni e almeno un importo equivalente in cofinanziamento per sostenere l'attuazione del Piano strategico a medio termine 2024-2029 del Fondo pandemico”.

Forte sostegno ai vaccini e in particolare all'alleanza contro i vaccini Gavi, con l'obiettivo di vaccinare 500 milioni di bambini in più entro il 2030 e salvare oltre 8 milioni di vite.

Sostegno mirato all'Africa: consapevoli dell'obiettivo dell'Unione Africana di produrre localmente il 60% dei vaccini entro il 2040 su cui ricordano di aver già impegnato oltre 2,7 miliardi di dollari, i ministri G7 della Salute accolgono “con favore” l'istituzione dell'African Vaccine Manufacturing Accelerator basato sul contrasto delle pandemie e sull'equo accesso ai vaccini.

“Il nostro obiettivo - si legge ancora nel comunicato finale dei ministri G7 Salute - è facilitare l'implementazione di un'intelligenza artificiale incentrata sull'uomo, etica, equa, sicura e affidabile che offra vantaggi tangibili ai pazienti, agli operatori sanitari e ai sistemi sanitari”.

Il vertice ha riservato un focus speciale alla AI, con un Policy brief annesso al comunicato finale e dedicato a opportunità e sfide per il settore sanitario, che definisce i principi condivisi e mirati a creare “un ambiente incline all'innovazione, linee guida chiare e una mentalità culturale che consenta all'IA di prosperare tutelando allo stesso tempo la privacy dei cittadini e mitigando i potenziali rischi posti dall'intelligenza artificiale”. Nel contesto del progresso della salute digitale, inclusa l'intelligenza artificiale, “incoraggiamo anche l'allineamento con la strategia globale dell'Organizzazione mondiale della sanità sulla salute digitale 2020-2025”, concludono ministri G7.

<https://www.sanita24.isole24ore.com/art/dal-governo/2024-10-11/g7-salute-documento-finale-focus-pandemie-e-antibioticoresistenza-policy-brief-sull-intelligenza-artificiale-154728.php?uuid=AGa9gKV&cmpid=nlqf>

Denatalità cronica. Non si ferma il calo delle nascite anche nel 2023

Scendono a 379.890. E nel 2024 andrà peggio. Il numero medio di figli per le donne italiane è ora di 1,14

Pubblicato il report dell'Istat. In base ai dati provvisori relativi a gennaio-luglio le nascite di quest'anno sono 4.600 in meno rispetto allo stesso periodo del 2023. Non solo persistono difficoltà nel passaggio dal primo al secondo figlio, emergono anche criticità importanti nell'aver il primo. L'allungarsi dei tempi di formazione e di uscita dal nucleo familiare di origine da parte dei giovani, le loro difficoltà nel trovare un lavoro stabile, il problematico accesso al mercato abitativo, non ultima la scelta volontaria di rinunciare, o comunque rinviare al futuro il voler diventare genitori, sono tra i fattori che contribuiscono alla denatalità.

21 OTT - Non si arresta e preoccupa il calo delle nascite in Italia. Secondo i nuovi dati Istat pubblicati oggi, infatti, n

el 2023 le nascite della popolazione residente sono 379.890, circa 13mila in meno rispetto al 2022 (-3,4%). Ciò significa che per ogni 1.000 residenti in Italia sono nati poco più di sei bambini. Questa diminuzione, che comporta un nuovo superamento al ribasso del **record di denatalità**, si inserisce in un trend ormai di lungo corso, segnala l'Istat.

Rispetto al 2008, anno in cui il numero dei nati vivi superava le 576mila unità, rappresentando il più alto valore dall'inizio degli anni Duemila, si riscontra una perdita complessiva di 197mila unità (-34,1%).

La sistematica riduzione rilevata in tale periodo è stata annualmente di circa 13mila unità, corrispondente a un tasso di variazione medio annuo del 2,7 per mille.

Non solo, il **calo delle nascite prosegue anche nel 2024**: in base ai dati provvisori relativi a gennaio-luglio le nascite sono 4.600 in meno rispetto allo stesso periodo del 2023. E il **numero medio di figli per donna** scende: si attesta a 1,20 (**1,14** per le donne di cittadinanza italiana) in flessione sul 2022 (1,24) e la stima provvisoria elaborata sui primi 7 mesi del 2024 evidenzia una fecondità pari a 1,21.

Il calo delle nascite, oltre che dalla ormai stabile bassa tendenza ad avere figli (1,2 figli per donna nel 2023), è anche causato dai mutamenti strutturali della popolazione femminile in età feconda, convenzionalmente fissata tra i **15 e i 49 anni**.

Le donne comprese in questa fascia di età sono sempre meno numerose. Oggi, quelle nate negli anni del *baby-boom* (dalla seconda metà degli anni Sessanta alla prima metà dei Settanta) hanno ormai superato la soglia convenzionale dei 49 anni. Gran parte di quelle che ancora sono in età feconda appartengono all'epoca del cosiddetto *baby-bust*, ovvero sono nate nel corso del ventennio 1976-1995 durante il quale la fecondità scese da oltre 2 al minimo storico di 1,19 figli per donna.

La diminuzione dei nati è attribuibile per la quasi totalità al calo delle nascite da coppie di genitori entrambi italiani, che costituiscono oltre i tre quarti delle nascite totali. I nati da genitori italiani, pari a 298.948 nel 2023, sono circa 12mila in meno rispetto al 2022 (-3,9%) e 181mila in meno rispetto al 2008 (-37,7%).

I nati da coppie in cui almeno uno dei genitori è straniero sono invece 80.942, in calo dell'1,5% sul 2022 e del 25,1% rispetto al 2012, anno in cui si è registrato il numero massimo.

A diminuire sono state in particolar modo le nascite da genitori entrambi stranieri, in calo del 3,1% sul 2022 e del 35,6% nel confronto con il 2012 (-28.447 unità). La denatalità prosegue anche nel 2024: secondo i primi dati provvisori riferiti al periodo gennaio-luglio, le nascite sono diminuite, rispetto allo stesso periodo del 2023, di 4.600 unità (-2,1%).

Nel 2023 le nascite di primo ordine, pari a 186.613 unità, diminuiscono del 3,1% rispetto al 2022 e ritornano ai livelli del 2021. L'aumento dei **primogeniti** osservato nel 2022 sul 2021 ha costituito quindi una breve parentesi di ripresa, determinata dal recupero di progetti riproduttivi rinviati nel periodo pandemico. I secondi figli diminuiscono del 4,5% e quelli di ordine successivo dell'1,7%. La diminuzione dei primi figli riguarda tutte le aree del Paese, con il Nord che nel 2023 registra il calo minore sul 2022 (-2,8%) e il Centro quello più intenso (-3,6%). La diminuzione dei figli di ordine successivo al primo interessa in misura lievemente maggiore il Centro: -3,9%, contro il -3,8% del Nord e il -3,6% del Mezzogiorno.

Quanto si osserva nel 2023 non è altro che la prosecuzione di una tendenza che da diversi anni caratterizza il Paese e che vede, accanto alla diminuzione dei nati del secondo ordine e più, anche una forte contrazione dei primi figli.

Dal 2008 a oggi, i nati di primo ordine sono diminuiti del 34,4%, i secondi figli del 36,3% e quelli di ordine successivo del 26,5%. Il Centro è l'area geografica ad aver registrato il calo maggiore sia dei primi che dei secondi figli (-40,6% per entrambi), mentre nel Mezzogiorno si riscontra un calo meno intenso tanto dei primi figli (-27,5%) quanto dei secondi (-34,5%), per quanto rilevante.

Non solo quindi persistono le difficoltà nel passaggio dal primo al secondo figlio, emergono anche criticità importanti nell'aver il primo figlio. L'allungarsi dei tempi di formazione e di uscita dal nucleo familiare di origine da parte dei giovani, le loro difficoltà nel trovare un lavoro stabile, il problematico accesso al mercato abitativo, non ultima la scelta volontaria di rinunciare, o comunque rinviare al futuro il voler diventare genitori, sono tra i fattori che contribuiscono alla contrazione dei primi figli nel Paese.

Il crescente grado di "maturità" dell'immigrazione nel Paese, testimoniato anche dalla notevole crescita della popolazione che ha acquisito la cittadinanza italiana (circa 1,9 milioni di residenti a fine 2023), rende sempre più complesso misurare i comportamenti familiari tra i cittadini di origine **straniera**.

Le acquisizioni di cittadinanza, peraltro, riguardano collettività significativamente numerose (in particolare, le donne di origine albanese, marocchina e rumena raccolgono nel solo 2023 il 35% del totale delle acquisizioni rilasciate), ossia le comunità che contribuiscono in modo più cospicuo alla natalità del Paese. Fatta questa premessa, continua nel 2023 la diminuzione dei nati da genitori in cui almeno uno dei *partner* è straniero. Queste nascite, che costituiscono il 21,3% del totale, sono passate da 82.216 del 2022 a 80.942 del 2023.

Dal 2012, ultimo anno in cui si è osservato un aumento sull'anno precedente, il calo è stato di 27mila unità. In particolare, i nati in coppia mista, che costituiscono il 7,8% del totale dei nati, si mantengono stabili nel 2023, attestandosi a 29.495 unità. I nati da genitori entrambi stranieri che, come l'anno scorso, costituiscono il 13,5% del totale dei nati, sono nel 2023 pari a 51.447 (erano 53.079 nel 2022) e registrano nell'ultimo anno un calo del 3,1% (per i nati da coppie italiane il calo è del 3,9%).

Nel 2023, contrariamente a quanto osservato negli ultimi anni, i **figli nati fuori dal matrimonio** sono lievemente diminuiti: si attestano a 160.942, registrando un calo di poco più di 2mila unità sul 2022.

La loro incidenza sul totale delle nascite continua però a crescere (42,4% nel 2023, +0,8 punti percentuali sul 2022), sebbene in misura inferiore rispetto alla crescita media registrata nel periodo 2008-2022 (+1,5 annuo).

Nel 2023 il **numero medio di figli per donna** continua a scendere. Le donne in età compresa tra i 15 e i 49 anni residenti in Italia hanno avuto in media 1,20 figli, un valore in calo rispetto all'anno precedente (1,24) e in linea con il *trend* decrescente in atto dal 2010, anno in cui si è registrato il massimo relativo di 1,44 figli per donna. La fecondità sembra non risollevarsi, finora, neanche nel 2024.

Sulla base del numero provvisorio di nati rilevato tra gennaio e luglio, il numero medio di figli per donna è infatti stimato in 1,21, in linea col dato dell'anno precedente.

Con la differenza sostanziale, tuttavia, che questo lieve recupero sul piano comportamentale, non si traduce in incremento di nascite (in calo del 2,1% rispetto ai primi sette mesi del 2023), stante la riduzione della popolazione femminile in età riproduttiva (15-49 anni), transitata da 11,6 milioni a 11,5 milioni tra il 1° gennaio 2023 e il 1° gennaio 2024 (-0,9%).

Nel 2023, limitando l'analisi ai soli primogeniti, si diventa per la prima volta madri in media a 31,7 anni, mentre nel 1995 ciò accadeva a 28 anni. Più in generale, considerando ogni ordine di nascita, l'età media al parto, dopo un biennio di stabilità, aumenta lievemente rispetto al 2022, passando da 32,4 anni a **32,5 anni** nel 2023. L'età media al parto è più alta per le italiane (33,0) rispetto alle straniere (29,7). Rispetto al 1995, l'età media alla nascita dei figli è aumentata di oltre due anni e mezzo.

Il nome maschile più scelto dai genitori a livello nazionale è **Leonardo**, che mantiene il primato conquistato nel 2018; al secondo posto, per la prima volta sul podio, si trova Edoardo, che conquista due posizioni sul 2022. Stabile Tommaso al terzo posto, mentre Francesco esce dal podio perdendo due posizioni e attestandosi al quarto posto. Situazione immutata, rispetto al 2022, nelle prime due posizioni dei nomi femminili: stabili **Sofia** in prima posizione e Aurora in seconda; in terza posizione Ginevra, che sale dalla quarta, mentre in quarta posizione prende il suo posto Vittoria. Giulia, in uscita dalla terza posizione del podio dell'anno scorso, scivola in quinta.

NATALITÀ E FECONDITÀ DELLA POPOLAZIONE RESIDENTE | ANNO 2023

Nascite e fecondità, non si arresta la discesa



Ancora un record al ribasso per le nascite: nel 2023 scendono a 379.890, registrando un calo del 3,4% sull'anno precedente.

Il calo delle nascite prosegue anche nel 2024: in base ai dati provvisori relativi a gennaio-luglio le nascite sono 4.600 in meno rispetto allo stesso periodo del 2023.

Il numero medio di figli per donna scende: si attesta a **1,20**, in flessione sul 2022 (1,24) e la stima provvisoria elaborata sui primi 7 mesi del 2024 evidenzia una fecondità pari a 1,21.

1,14

Numero medio di figli delle donne di cittadinanza italiana

Era 1,33 nel 2010

31,7

Età media delle madri alla nascita del primo figlio (stabile rispetto all'anno precedente)

42,4%

Percentuale di nascite fuori dal matrimonio

Era 41,5% nel 2022

Riformare profondamente la relazioni inter-professionali

Ivan Cavicchi

Gentile direttore,

circa una decina di anni fa, come forse qualcuno ricorderà, provai a proporre alla attenzione della discussione pubblica due questioni politiche cruciali: quella medica e quella infermieristica.

Le due professioni che nei nostri servizi ancora oggi restano le figure più importanti del processo di cura. Senza di loro la cura semplicemente non si può fare. Due figure ovviamente “concomitanti” cioè obbligate, per ovvie ragioni, ad operare insieme quindi a porsi necessariamente come due professioni contigue, adiacenti e ovviamente complementari. Ma ripeto soprattutto “con-comitanti”.

Ricordo bene che a quel tempo, mentre da una parte gli infermieri lottavano già da un po' per avere una maggiore autonomia dai medici (legge 42) e con il comma 566 (legge di stabilità 2015) provarono senza successo a sgraffignare ai medici le famose “competenze avanzate” poi camuffate come “responsabilità di funzioni” , dall'altra i medici di contro puntavano i piedi tentando di definire l'atto medico come un loro atto esclusivo.

In quel tempo anche su questo giornale provai a dire sia ai medici che agli infermieri che in realtà era uno sbaglio dividersi perché esisteva, a ben vedere, una “unica” vera questione professionale che certamente riguardava in modo diverso sia i medici che gli infermieri ma che comunque restava unica e che quindi era una follia farsi la guerra in casa e che al contrario bisognava unire le forze per riformare di comune accordo questa condizione di concomitanza.

Le ragioni di questa riforma della concomitanza erano semplici: ciò che fino ad ora aveva definito storicamente sia il ruolo dei medici che quello degli infermieri e quindi di conseguenza le loro prassi nella nostra società ma anche nella nostra sanità era profondamente cambiato.

Ricordo che a quel tempo nel proporre l'idea di una riforma della concomitanza, perché alla fine di questo si trattava, insistetti molto sul concetto di “ausiliarietà reciproca” dicendo semplicemente che la relazione tra queste due professioni avrebbe dovuto mantenere la propria natura di reciprocità ma che essa in quanto tale avrebbe dovuto essere profondamente ripensata.

Le cose come tutti sanno sono andate storte. I medici e gli infermieri hanno finito per farsi la guerra ed entrambi non hanno portato a casa praticamente nulla di importante. A parte tante frustrazioni. Nessuno di loro si è dato da fare, pur potendolo fare, per costruire una proposta comune condivisa si riforma della loro relazione, anche perché non è facile costruire una riforma del genere. Ognuno ha seguito strade diverse spesso un po' troppo corporative ma sempre contrapposte condannandosi in un certo senso entrambi ad un destino di delegittimazione sociale. Non è un caso se entrambi e nello stesso modo oggi sono dentro un pauroso conflitto sociale che li contrappone sempre di più ai cittadini. Ma nessuno di loro ha sentito il bisogno di definire una strategia comune per far fronte ai processi di delegittimazioni che li stavano travolgendo.

Per riassumere questa situazione di sfascio che per me è certamente un segno della stupidità e della miopia ma anche dell'ignoranza (scusate se non uso eufemismi) prima di tutto di chi rappresenta queste professioni ho coniato anni fa il termine “post ausiliarietà”.

Post ausiliarietà vuol dire semplicemente cosa siamo diventati come medici e come infermieri dopo che ce ne siamo dati di santa ragione.

Oggi gli infermieri sono, nella post ausiliarietà, cioè in una situazione in cui:

- ancora non siamo riusciti nonostante la legge 42 del 99 a definire “pragmaticamente” il nuovo infermiere del futuro
- nonostante la laurea essi restano sempre come massa infermieri alla vecchia maniera ,
- pensiamo sia possibile definire l'aiuto infermiere ma senza definire l'infermiere
- per dare il contentino a questa malpagata professione abbiamo tolto migliaia di infermieri dalle corsie per metterli negli uffici di direzione, facendoli diventare dei capetti che hanno come unico scopo quello di rompere le scatole a chi fa l'infermiere restando in corsia a lavorare.

Ma oggi anche i medici sono finiti con il sedere per terra forse ancor più degli infermieri. Mi limito solo a fare osservare che quando una professione come i medici arriva a chiedere in contraddizione con l'art 3 della Costituzione la depenalizzazione di quello che fanno cioè quando una professione incapace di ridefinirsi in una società che cambia arriva alla teoria dello scudo cioè alla teoria della professione protetta allora vuol dire che quella professione è alla frutta.

Oggi la professione medica chiede allo Stato attraverso la sua rappresentanza di proteggere la sua invarianza professionale perché di questo si tratta palesemente in difficoltà a mettersi in gioco.

Cioè chiede che per restare essa invariante restino invariati in ragione della concomitanza di cui parlavo prima anche tutti gli altri.

Il che è una follia e non mi meraviglia per niente che la Fnopi nella sua evidente miopia su questa strategia regressiva dei medici non abbia detto e non dica una sola parola. Come se i problemi dei medici non riguardassero gli infermieri. Cioè come se la concomitanza che comunque c'è, non ci fosse.

E' in questo quadro tragico e desolante che questa estate mi è arrivato a casa in omaggio il libro di **Giuliana Morsiani** e di **Vianella Agostinelli** che ovviamente ringrazio "*Caring: dalla visione agli esiti assistenziali. Riformare le prassi dell'infermiere*" (Casa editrice Ambrosiana 2024) e che ieri, su questo giornale, la due autrici ci hanno voluto informare della loro iniziativa. (Qs 23 ottobre 2024)

Una occasione che mi è sembrata utile per riprendere un discorso che da tanto tempo mio malgrado avevo interrotto e certamente sia chiaro non per causa mia. Come si sarà capito circa la strategia che è invalsa in questi anni sia per gli infermieri che per i medici il mio personale dissenso di cui rivendico la piena legittimità è profondo. Sinceramente io non avrei scelto la strada della guerra in casa ma avrei preso la strada della riforma della concomitanza e avrei scritto a più mani un accordo tra professioni e a fare l'orso che balla in piazza avrei messo la politica che ci ha messo con le sue incapacità nei guai e che di responsabilità ne ha parecchie.

Devo confessarvi che a un certo punto ho creduto che data la grande crescita di complessità del contesto e gravi problemi di cui soffrivano queste importanti professioni fosse possibile riformarle entrambi. Ma devo dire che mi sono sbagliato. Ancora oggi siamo rispetto ad una prospettiva di riforma ancora lontanissimi.

Resta il dato che i fatti che ho raccontato sono quelli che sono e di certo non è colpa mia se queste due professioni oggi sono praticamente entrambi, non dico alla canna del gas ma sicuramente in caduta libera. E questo credetemi mi dispiace veramente molto.

Ma torniamo al libro che ho ricevuto e all'articolo di ieri delle sue autrici (QS 23 ottobre 2024). Esso pur nelle sue tecnicità, pur con i suoi schemi, grafici, tabelle e tabelline, come quasi tutti i libri "professional" di questo genere mi è sembrato forse un po' troppo tecnico ma nello stesso tempo anche una vera boccata di ossigeno, perché è come se con nuovi argomenti riprendesse il discorso che è stato inopinatamente interrotto in questi anni.

Le due autrici nell'articolo ma soprattutto nel libro dicono chiaramente che si tratta di riprendere il cammino evolutivo della professione ancora fermo agli anni 90, che la questione infermieristica è bloccata, che è arrivato il momento di definire un nuovo valore aggiunto della professione deducendolo dalle trasformazioni sociali che sono in atto, che bisogna andare oltre la logica del prestazionismo e la logica del "compitiere" e puntare decisamente su quella figura nuova che anni fa proposi di definire "autore" e tante altre cose, a dir il vero tutte molto interessanti.

Insomma le nostre due autrici ci dicono sostanzialmente che la ridefinizione della professione è come l'ottava sinfonia di Schubert quindi una sinfonia incompiuta e che suo malgrado aspetta in questo stato di sgradevole incompletezza di essere compiuta cioè che qualcuno si decida a scrivere le parti mancanti.

Per scrivere le parti mancanti le nostre autrici ci propongono la teoria del caring che a sua volta altro non è se non una riforma vera e propria dell'idea classica di "cura" quella basata sui compiti o sulle mansioni mai superate e le prestazioni mai riformate, ma ridefinita non solo in un contesto ad alta complessità sociale ma anche in una società come dicono i raffinati post moderna cioè molto diversa da quella rispetto alla quale sono sorte le nostre due professioni. "To cure", significa curare, mentre "to care" prendersi cura. Il primo che ha usato l'idea di "prendersi cura" non è come credono tutti Lipman (1991) ma è stato Heidegger con il suo famoso "essere e tempo" (1927). Il prendersi cura per questo filosofo non è l'uomo che è curato dall'infermiere o dal medico ma è l'uomo che cura se stesso entrando in relazione sia con il medico che con l'infermiere. Cioè è un altro paradigma.

Le nostre due autrici ci propongono di dedurre da questo nuovo paradigma sul quale anche io rifletto da anni alcuni cambiamenti giuridici importanti che riguardano il ruolo e le prassi della professione partendo dal fatto che se accettiamo la logica del caring per forza dobbiamo cambiare il criterio di valutazione per valutare la cura. Non si tratta più di rispettare dei compiti pre definiti ma di valutare attraverso una relazione di cura gli esiti del prendersi cura quindi i risultati pragmatici della relazione che abbiamo con il malato.

Vent'anni fa pubblicavo un libro *"La clinica e la relazione"* (Bollati Boringhieri 2004) dove spiegavo che curare le malattie semplicemente come fatti naturali e curare le malattie come fatti naturali ma dentro una relazione sociale quella che ad esempio ci propone il caring, è proprio un altro paio di maniche.

In conclusione, a parte complimentarmi con Morsiani e con Agostinelli per il loro prezioso contributo, davvero notevole, molto brave, devo tuttavia aggiungere che mi ha colpito che le nostre due autrici abbiano pensato il loro contributo pensando alle direzioni infermieristiche più che per gli infermieri probabilmente perché loro sono a loro volta delle autorevolissime dirigenti di questa professione. Penso sia chiaro che questa scelta non sia sbagliata ma che le direzioni infermieristiche a loro volta avrebbero bisogno di lavorare con degli infermieri giuridicamente altri. Penso che conferendo alla direzione infermieristica quasi dei poteri demiurgici ma lasciando la professione in vecchie gabbie formali accresca le difficoltà non le riduca. Penso che l'idea del caring sia una idea forte ma che va sistemata giuridicamente con una riforma della professione ma che come dicevo all'inizio va messa nella logica della riforma della concomitanza.

Personalmente se fossi un infermiere non rinuncierei alla possibilità di fare un accordo "co-evolutivo" con i medici. Anche se questo accordo fino ad ora nessuno lo vuole fare.

Secondo me il passaggio riformatore resta oggi come ieri fondamentale. E questo passaggio riformatore a chiederlo dovrebbero essere sia i medici che gli infermieri e dovrebbe riguardare la questione della "concomitanza" cioè riformare anche profondamente le relazioni inter-professionali.

Questo passaggio fino ad ora è stato evitato prendendo la strada del conflitto cioè della guerra tra le professioni. Ciò è potuto avvenire soprattutto per mancanza di idee e per un grave difetto di progettualità strategica, per una grave debolezza della rappresentanza, sia da parte degli infermieri che da parte dei medici. A me piacerebbe che questo difetto di progettualità sia risolto. Complimenti di nuovo a Morsiani e a Agostinelli e comunque ancora grazie. Averne di contributi come quello che ci avete dato.

https://www.quotidianosanita.it/lettere-al-direttore/articolo.php?articolo_id=125318

quotidianosanità.it

Tra liste d'attesa, difficoltà logistiche e costi elevati rinuncia alle cure 1 anziano su 4 tra quelli che ne hanno bisogno. I dati dell'Iss

Dai numeri emerge una disuguaglianza nell'accesso ai servizi sanitari, che varia notevolmente a seconda delle condizioni socio-economiche e della regione di residenza: la rinuncia è risultata più frequente fra le persone socialmente più svantaggiate, per difficoltà economiche o per bassa istruzione e fra i residenti nelle regioni del Centro e Sud d'Italia

24 OTT -

Nel biennio 2022-2023, il 18% degli ultra 65enni (pari a 2,6 milioni di persone) ha dichiarato di aver rinunciato, nei 12 mesi precedenti l'intervista, ad almeno una visita medica o a un esame diagnostico di cui avrebbe avuto bisogno. Escludendo gli anziani che hanno dichiarato di non aver avuto bisogno di visite o esami, la percentuale di coloro che hanno rinunciato a prestazioni necessarie sale al 23%. Il 61% degli intervistati non ha rinunciato a nessuna prestazione, mentre il 21% ha dichiarato di non aver avuto bisogno di visite mediche né di esami. Fra le ragioni principali della rinuncia figurano le lunghe liste di attesa (nel 55% delle rinunce), le

difficoltà logistiche nel raggiungere le strutture sanitarie o la scomodità degli orari (13%) e i costi troppo elevati delle prestazioni (10%). Lo affermano i dati della sorveglianza Passi d'Argento dell'ISS pubblicati oggi. Dai dati emerge una disuguaglianza nell'accesso ai servizi sanitari, che varia notevolmente a seconda delle condizioni socio-economiche e della regione di residenza: la rinuncia è risultata più frequente fra le persone socialmente più svantaggiate, per difficoltà economiche (39% tra coloro che hanno dichiarato di arrivare a fine mese con molte difficoltà vs 20% rispetto a chi non ne ha) o per bassa istruzione (24% tra chi ha al più la licenza elementare vs 19% tra i laureati) e fra i residenti nelle regioni del Centro e Sud d'Italia (27% vs 16% fra i residenti nelle regioni settentrionali). Inoltre la rinuncia alle prestazioni è più alta fra le donne (25% vs 21% fra gli uomini) mentre non emergono differenze significative per età.

Rinunciano a visite mediche e esami diagnostici anche le persone più cagionevoli di salute: nel biennio 2022-2023 il 25% delle persone con cronicità (ovvero con almeno una patologia cronica fra quelle indagate in PASSI d'Argento: insufficienza renale, bronchite cronica, enfisema, insufficienza respiratoria, asma bronchiale, ictus o ischemia cerebrale, diabete, infarto del miocardio, ischemia cardiaca o malattia delle coronarie, altre malattie del cuore, tumori, malattie croniche del fegato o cirrosi) riferiva di aver dovuto rinunciare ad una visita medica o un esame di cui avrebbe avuto bisogno.

Spesa 'out of pocket' per più di metà di chi non rinuncia alle cure

Dal 2023, PASSI d'Argento ha iniziato a monitorare anche il ricorso all'out of pocket, chiedendo a chi aveva riferito di essersi sottoposto a tutte le visite o gli esami di cui aveva avuto bisogno se avesse fatto ricorso esclusivamente al servizio pubblico o anche a servizi a pagamento. Ebbene oltre la metà degli intervistati che non ha rinunciato a ciò di cui aveva bisogno ha fatto ricorso a prestazioni a pagamento (il 10% ricorrendo esclusivamente a strutture private il 49% ricorrendovi alcune volte); solo il 41% ha utilizzato esclusivamente il servizio pubblico.

Le difficoltà di accesso non riguardano solo le visite mediche o gli esami diagnostici, ma anche i servizi di base, come la possibilità di raggiungere la ASL, il medico di famiglia o i negozi di beni di prima necessità. Nel biennio 2022-2023, il 32% degli anziani ha riportato difficoltà nell'accesso ai servizi sociosanitari o ai negozi. Queste difficoltà aumentano con l'età (68% degli ultra 85enni), sono più frequenti tra le donne (39% rispetto al 23% degli uomini) e tra le persone socialmente più svantaggiate, con bassi livelli di istruzione o maggiori difficoltà economiche.

https://www.quotidianosanita.it/studi-e-analisi/articolo.php?articolo_id=125312

la Repubblica

Crisanti: "Sistema sanitario troppo vicino ai privati. Salviamolo così"

Donatella Zorzetto

Aspettativa di vita che varia tra le Regioni, 4 milioni e mezzo di italiani che rinunciano alle cure, organici in emergenza. il microbiologo: "Serve una rivoluzione"

Un Sistema sanitario nazionale "che rimane un'eccellenza", ma che "soffre di un momento di grande difficoltà, per anni di sotto finanziamento e di inadeguatezza". Un Sistema sanitario nazionale che schiaccia troppo l'occholino ai privati "lasciando loro il dal 15 al 25% di margine di profitto e togliendo il rischio d'impresa, quando il margine del mercato della droga è al 50%". L'analisi che il professor Andrea Crisanti, microbiologo e senatore Pd, ha fatto dal palco del Festival di Salute, intervistato da Elvira Naselli su "Sanità al collasso: cosa dobbiamo fare", parte da una considerazione di fondo: "Del nostro Sistema sanitario nazionale dobbiamo essere orgogliosi, ed è un'evidenza che abbiamo constatato durante l'epidemia Covid. Ma è chiaro che ora attraversa un momento di grande difficoltà per anni di sotto finanziamento e di inadeguatezza strutturale a

far fronte alla medicina del 21esimo secolo". Un esempio? "45 anni fa l'ecografia era agli albori, non c'erano Tac, Microchirurgia o la possibilità di impiantare uno stent - ha ricordato l'esperto -. Nel tempo il numero di prestazioni è aumentato, ma il nostro sistema non si è adeguato".

Accessibilità ed equità

Il discorso si fa complesso quando si tratta di capire quali siano i mali del nostro Ssn. "Il sistema lo misuriamo con parametri di accessibilità (il tempo che trascorre da quando il cittadino ha bisogno di un medico, a quando vi entra in contatto e lo vede per la diagnosi e la terapia) – ha proseguito Crisanti –. Ciò ci permette di verificare se il nostro Sistema sanitario sia migliorato o no. E possiamo dire che, alla luce di tutto ciò, è peggiorato: basta guardare alle liste d'attesa e all'affollamento dei Pronto soccorso, a cui accede il 75% di codici bianchi e verdi, cioè pazienti con problemi minori che in Pronto soccorso non dovrebbero andarci".

Ma c'è pure un altro problema: quello dell'equità. "Tra Nord e Sud Italia il divario è notevole - ha sottolineato il microbiologo –: non tutti i cittadini hanno la stessa aspettativa di vita. E al Nord questa differisce per fascia di reddito. Quindi non possiamo parlare di un Sistema sanitario universalistico".

L'emergenza medici e infermieri

Aspettativa di vita che varia a seconda dell'area in cui si vive; 4 milioni e mezzo di italiani che rinunciano alle cure, in parte per difficoltà economiche, ma pure per problemi di accesso; una carenza di organico determinata anche da stipendi sotto la media europea: un trend che secondo Crisanti si può invertire immaginandoci come far funzionare bene una macchina con tanti inranaggi. "Bisogna agire su cosa lo fa funzionare bene: risorse, modello organizzativo, valorizzazione del personale, rapporto pubblico privato", ha premesso. Proseguendo: "Quanto alla valorizzazione del personale, il tetto di spesa ha bloccato il livello di stipendi dei medici e degli infermieri a 20 anni fa, mentre in Europa sono cresciuti del 30-35%. Senza contare i problemi di carriera e del lavoro che svolgono a livello organizzativo".

E allora la domanda sorge spontanea: "Dobbiamo stupirci che i nostri giovani medici scappino all'estero, quando a livello di dirigenza medica, a 45 anni, guadagnano 3mila euro al mese? - ha chiesto l'esperto -. Per non parlare degli infermieri: per 100 posti, si presentano in 90, molti poi rinunciano e 20 vanno all'estero. Serve una rivoluzione".

L'impatto della Regione sulle nomine

Ma il tasto dolente è soprattutto il privato e l'impatto sulle nomine. La domanda di partenza è: "Se quanto è stato stanziato per la sanità viene ritenuto per lo più insufficiente; se serve un'organizzazione che non può essere inventata (gli esperti dicono che occorrono 30 anni per riprogrammarlo, ma che l'occhio della politica sia più breve e non ce la faccia a tenere il passo), come fare? Come operare sul modello organizzativo e per ristabilire un equilibrio tra pubblico e privato?"

"La Regione ha un impatto chiave sulle nomine, una leva di potere gigantesco, visto che il budget che ha a disposizione è per l'80% destinato alla sanità - ha risposto Crisanti -. Ma quando si sovrappone alla gestione viene a mancare la dinamica tra controllare e controllato. Manca trasparenza".

"È un sistema che va scardinato - ha aggiunto il microbiologo -. Abbiamo bisogno di manager che siano vicini ai cittadini, al territorio. E in questo si trovano resistenze a livello trasversale".

Pubblico e privato

Quanto al privato nella sanità, in alcune Regioni italiane è preponderante rispetto al pubblico. Ma c'è la possibilità di instaurare un rapporto virtuoso, il privato che collabori con il Sistema sanitario nazionale.

"Penso che il privato debba agire in maniera sussidiaria, ossia al servizio del pubblico e non viceversa – ha sottolineato Crisanti –. Qualche dato per chiarire: l'Italia è seconda solo agli Usa come peso del privato nella sanità, quindi una situazione anomala. Sono tre i fattori che hanno ne hanno generato l'espansione: i privati trasferiscono sul pubblico i rischi di gestione perché costano una fortuna; scelgono anche gli interventi da fare; in Italia abbiamo creato il paradiso per i privati: il rinnovo storico della convenzione, con margini che vanno al 15-20%, togliendo loro il rischio d'impresa, quando il margine di profitto sulla droga è al 50%". Come intervenire? "Basterebbe costringere i privati a fare quello che fa il Sistema sanitario nazionale – ha evidenziato

Crisanti –. Ma devono pure essere in competizione, non è accettabile che ottengano prestazioni senza accedere ad un’asta”.

Il microbiologo ha concluso: “Siamo in tempo per salvare il sistema sanitario italiano, e questo compito è sulle spalle sia degli italiani che dei politici. Fino a quando gli italiani saranno in grado di difenderlo”.

https://www.repubblica.it/salute/dossier/festival-salute-2024/2024/10/25/news/sanita_sistema_sanitario_andrea_crisanti-423577306/?ref=RHLF-BG-P28-S1-T1

la Repubblica

“Un medico compassionevole e non empatico. E il contagio dei modelli virtuosi”. La ricetta di Carofiglio per il Sistema sanitario

Elvira Naselli

Al Festival di Salute a Padova lo scrittore racconta la sua fiducia nella scienza, che è fiducia nell’intelligenza collettiva degli uomini, e non nel singolo scienziato

Nega con decisione di essere ipocondriaco, Gianrico Carofiglio, dal palco del Festival di Salute a Padova, nell’Aula Magna dell’Università, intervistato da Giuliano Foschini. “Piuttosto – precisa – ho una piccola mania di controllo preventivo, una mia personale nevrosi”. Ex magistrato e senatore del Pd, lo scrittore di gialli tra i più amati d’Italia, racconta la sua totale fiducia nella scienza – testimoniata dall’essersi fatto inoculare un vaccino sperimentale anti-Covid che si è poi perso per strada – e il suo disagio personale nel potersi permettere un’assicurazione sanitaria estremamente efficiente che gli evita “i percorsi talvolta kafkiani del Servizio sanitario”.

La sicurezza di essere assistiti

Sanità che difende a spada tratta, perché è “la sintesi e la quintessenza del secondo comma dell’articolo 3 della Costituzione che recita che la Repubblica ha il compito di rimuovere le condizioni che impediscono la piena realizzazione del cittadino, e c’è la sicurezza di tutti che se succede qualcosa si verrà assistiti in modo efficiente. E umano”.

Insiste molto, Carofiglio, sull’umanità che deve avere la scienza, e la medicina in particolare. Umanità che vuol dire anche utilizzare – da parte dei medici – un linguaggio senza tecnicismi che consenta ai pazienti di capire. “L’uso di un gergo non comprensibile ai non addetti ai lavori – precisa – produce distorsione ed è un ostacolo alla comunicazione, ribadendo invece lo sbilanciamento di potere tra chi parla e chi ascolta”.

Il linguaggio incomprensibile dei medici

In sintesi, io sono il medico e tu il paziente e io medico, con il mio linguaggio, intendo esercitare un potere che mi auto-attribuisco. E racconta, Carofiglio, dell’esercizio che mette in pratica a ogni visita, dopo aver ascoltato il suo interlocutore-medico. “Traduco i tecnicismi che hanno un’alternativa nel linguaggio comune, essenzialmente. E vedo spesso stupore nel viso del medico, che si rende conto che esiste un altro modo di comunicare. E’ fondamentale stabilire un contatto con l’interlocutore, far percepire che quel breve tempo è dedicato davvero a chi hai di fronte, e che sei una persona che sta parlando con un’altra persona, senza rapporti di potere”.

Non empatia ma compassione

Non potere ma umanità. E nemmeno empatia, da parte dei medici. Perché essere empatici – ragiona Carofiglio – vuol dire sentire e soffrire come il paziente, e il medico, penso agli oncologi per esempio, diventerebbe pazzo. Invece deve avere compassione per il malato. Il medico e il Servizio sanitario che mi piace immaginare è un sistema mite, che non occulta gli errori (l’ultimo libro, appena uscito, si intitola “Elogio

dell'ignoranza e dell'errore", Einaudi) ma li trasforma in occasioni di miglioramento, un Sistema che copia i modelli virtuosi. E racconta una storia, Carofiglio narratore.

Il Vietnam e la malnutrizione

Nel 1990 in Vietnam c'era un problema devastante di malnutrizione infantile. Un inviato di Save the Children arrivò nel Paese e fu ricevuto dal ministro della Salute che gli diede sei mesi per ottenere dei risultati, poi sarebbe stato ospite non gradito. Sei mesi per un problema enorme, strutturale, erano davvero molto pochi, ma il funzionario non desistette e cominciò a girare per i villaggi, capovolgendo l'approccio solito: non andò a cercare i bambini denutriti ma – a parità di condizioni sociali – quelli sani e nutriti a sufficienza. Andò a cercare la divergenza. Parlò con le loro mamme chiedendo cosa facessero. E scoprì che facevano mangiare i bambini non due ma quattro volte al giorno, che si assicuravano che finissero tutto il contenuto della ciotola e che aggiungevano al loro cibo usuale patate dolci e gamberetti, che non venivano di solito destinati ai bambini. Convocò tutte le mamme del villaggio e fece parlare le mamme virtuose, spiegando alle altre cosa dovessero fare. Alla fine dei sei mesi la malnutrizione cominciò a scomparire e il funzionario, con i suoi collaboratori, rimase nel Paese.

Come far funzionare le strutture complesse

“Per far funzionare le strutture complesse – conclude Carofiglio – non si deve cercare il perché non funzionino perché porterebbe lontano. Ma cercare invece cosa funziona e replicarlo. Nella nostra Sanità ci sono molti esempi virtuosi, dobbiamo creare il contagio virtuoso della replicazione di ciò che funziona. Durante il Covid il Servizio sanitario ha risposto in maniera strepitosa, abbiamo assistito a una spettacolare dimostrazione di forza dell'intelligenza umana, in un anno abbiamo avuto il vaccino, e l'mRNA sta continuando ad aiutarci con vaccini contro il cancro. La fede nella scienza non è ottusa, è fede nell'intelligenza collettiva e ho una ammirazione sconfinata di questo arrampicarsi collettivo per buttar giù le montagne a picconate”.

<https://www.repubblica.it/salute/dossier/festival-salute-2024/2024/10/26/news/festival-di-salute-gianrico-carofiglio-sistema-sanitario-sanita-423578823/?ref=RHLF-BG-P20-S3-T1>

L'AGENDA DEI CITTADINI

Quali sono, secondo Lei, i due problemi da affrontare con maggiore urgenza in Italia?
(valori %)

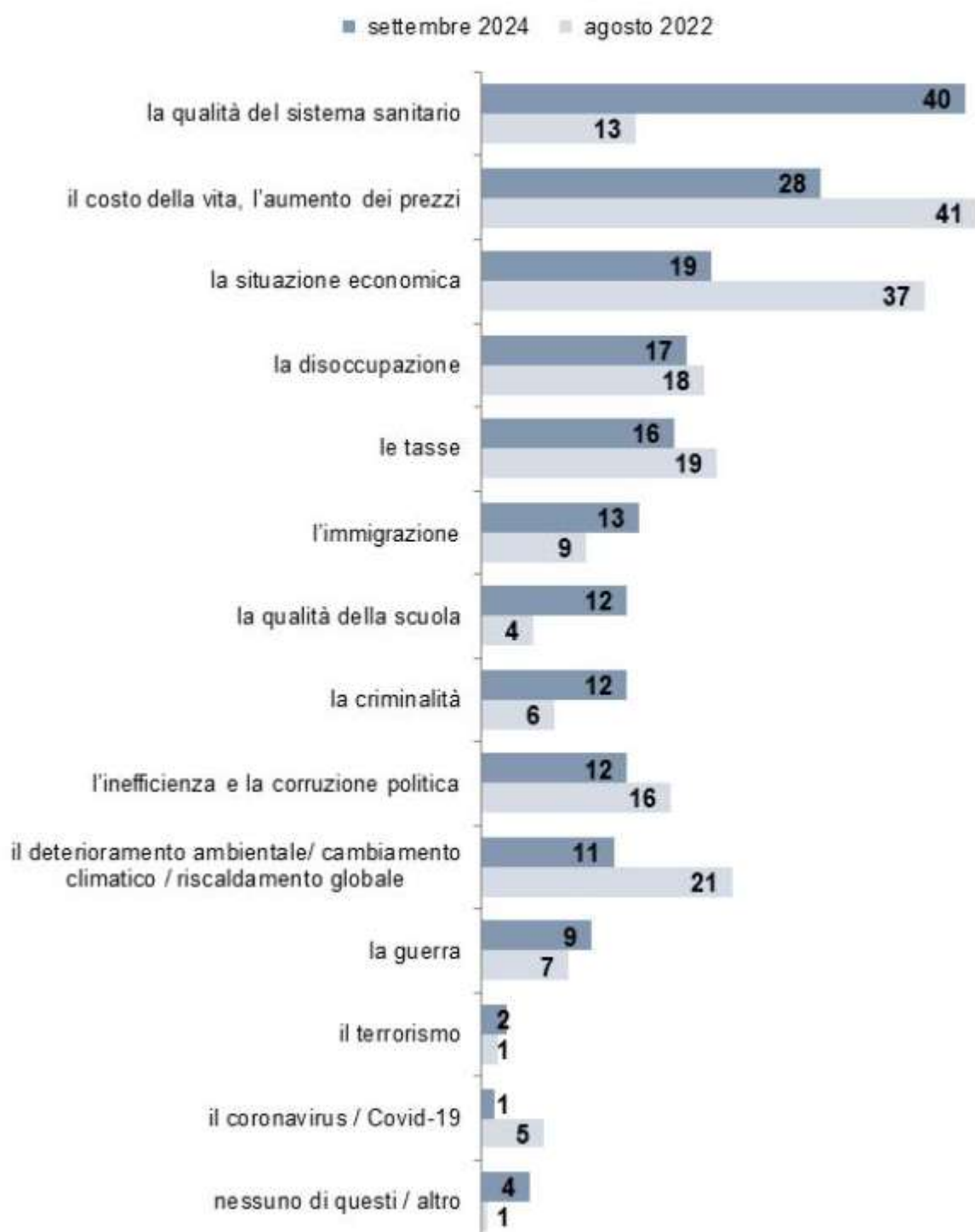
	prima scelta	seconda scelta	TOTALE
la qualità del sistema sanitario	24	16	40
il costo della vita, l'aumento dei prezzi	12	16	28
la situazione economica	10	9	19
la disoccupazione	7	10	17
le tasse	9	7	16
l'immigrazione	6	7	13
l'inefficienza e la corruzione politica	6	6	12
la criminalità	5	7	12
la qualità della scuola	5	7	12
il deterioramento ambientale/ cambiamento climatico / riscaldamento globale	5	6	11
la guerra	6	3	9
il terrorismo	1	1	2
il coronavirus / Covid-19	0	1	1
altro	2	1	3

NOTA: la percentuale di chi non sa, non risponde o non indica nessuna delle opzioni sopra indicate è del 5%.

Fonte: sondaggio Demos per La Repubblica – Settembre 2024 (base: 1016 casi)

L'ANDAMENTO 2022-2024

Quali sono, secondo Lei, i due problemi da affrontare con maggiore urgenza in Italia?
(valori % della prima più la seconda scelta – confronto con agosto 2022)



LA GRADUATORIA TRA GLI ELETTORI POTENZIALI

Quali sono, secondo Lei, i due problemi da affrontare con maggiore urgenza in Italia?

(valori % della prima più la seconda scelta in base alla propensione al voto per i principali partiti*)

	Alleanza Verdi e Sinistra	Pd	Italia Viva	+Europa	Azione	M5s	Forza Italia	Lega	Fratelli d'Italia
la qualità del sistema sanitario	44	45	42	42	44	34	39	41	41
il costo della vita, l'aumento dei prezzi	23	24	20	19	18	29	22	17	21
la situazione economica	16	20	14	14	16	23	17	18	19
la disoccupazione	17	21	21	21	17	21	21	26	22
le tasse	13	12	16	14	16	13	16	19	14
l'immigrazione	8	5	7	10	7	9	17	22	20
la qualità della scuola	15	17	19	17	21	11	13	9	13
la criminalità	9	11	18	11	9	6	17	13	20

*sono considerati propensi al voto coloro che, su una scala da 0 a 10, considerano probabile il proprio voto per il partito con un punteggio uguale o superiore a 6.

Fonte: sondaggio Demos per La Repubblica – Settembre 2024 (base: 1016 casi)

<https://www.demos.it/a02263.php?ref=RHLF-BG-P6-S1-T1>

ABSTRACT

Rapporto civico sulla salute

2024



Premessa

Cittadinanzattiva, attraverso questo III *Rapporto civico sulla salute*, ha voluto analizzare ancora una volta il grado di esigibilità degli elementi fondanti del Servizio sanitario nazionale - universalità, solidarietà ed equità, intesa come "l'assenza di differenze ingiuste ed evitabili" - e cogliere e restituire la sua complessità organizzativa e la capacità da parte delle Regioni di fornire risposte in termini di servizi e assistenza ai cittadini. Il Rapporto nasce con l'idea di evidenziare criticità e punti di forza del Ssn nella sua articolazione regionale: per questo da tre anni abbiamo voluto integrare le nostre maggiori fonti di informazione civica, quelle del tradizionale *Rapporto Pit Salute*, che analizzava le segnalazioni spontanee dei cittadini raccolte dai tanti Punti di tutela di Cittadinanzattiva sul territorio, con quelle dell'*Osservatorio civico sul federalismo in sanità*, che provengono dalla nostra attività annuale (monitoraggi, indagini civiche, survey) e dallo studio delle informazioni prodotte da altri soggetti del mondo istituzionale, accademico o della ricerca. L'obiettivo è quello di mostrare come si traduce oggi il diritto alla salute dei cittadini nel complesso sistema del federalismo sanitario.

Nel Rapporto vengono analizzate e approfondite le macroaree relative ad Accesso alle prestazioni, Accesso ai farmaci, Prevenzione, Assistenza sanitaria territoriale, Assistenza ospedaliera e sicurezza delle cure, integrate con due *Focus* su Innovazione e digitalizzazione in sanità e Fragilità e non autosufficienze.

La prospettiva di Cittadinanzattiva non è cambiata rispetto agli scorsi anni e anche nel presente Rapporto si vuole ribadire l'impegno finora profuso nel monitorare lo stato del Ssn per essere interlocutori attenti ed effettivi nel governo della sanità pubblica e rafforzare per il cittadino non solo il ruolo di destinatario, ma soprattutto di *attore della salute* a garanzia primaria dei suoi stessi diritti e in attuazione dei principi costituzionali di partecipazione e di sussidiarietà.

1. Dati generali: le segnalazioni dei cittadini

Ogni anno il servizio Pit Salute di Cittadinanzattiva raccoglie nel corso della propria attività di consulenza, assistenza e tutela gratuite le segnalazioni provenienti dai cittadini alle prese con i servizi sanitari pubblici e privati. Il Rapporto civico contiene dunque l'elaborazione dei contatti raccolti e gestiti dalle sedi del Tribunale per i diritti del malato presenti negli ospedali e dai servizi Pit Salute locali nel periodo compreso tra il 1° gennaio e il 31 dicembre 2023. Le segnalazioni elaborate sono in totale 24043 (+ 9971 rispetto al 2022): ciò che distingue il Rapporto di Cittadinanzattiva è proprio la possibilità di analizzare informazioni caratterizzate

dal “punto di vista civico”, vale a dire dal “punto di osservazione” dal quale i cittadini guardano ai fenomeni del Servizio sanitario e alla sua capacità di risposta ai loro bisogni.

Trend delle segnalazioni dei cittadini negli ultimi cinque anni

Come ogni anno, per avviare l'analisi delle segnalazioni raccolte da Cittadinanzattiva, può essere utile partire dai “trend” rilevati nei cinque anni precedenti (2018-2023) in ciascuna macroarea. Emerge immediatamente il consolidarsi, quale oggetto delle segnalazioni più ricorrenti, del tema dell'**accesso alle prestazioni**, con una forchetta di percentuale che varia dal 26,5% del 2018 al 32,4% nel 2023. Negli ultimi 3 anni (2021-2023), in particolare, le segnalazioni relative all'accesso alle prestazioni sono aumentate di 8,6 punti percentuali.

Le cure primarie, la voce relativa al rapporto tra i cittadini e i medici di medicina generale e i Pediatri di libera scelta, alla continuità assistenziale e al raccordo ospedale-territorio, mostra un trend in forte crescita negli ultimi cinque anni (si passa dal 5,4% del 2018 al 14,2% del 2023). È per questa ragione che le segnalazioni relative alle cure primarie, che negli anni passati erano incluse nella macroarea dell'assistenza territoriale e in tale settore resteranno trattate nel capitolo di approfondimento, sono state estratte per mostrare come nel corso degli ultimi cinque anni le cure primarie siano diventate particolarmente critiche per i cittadini. Stabili rispetto al 2022 le segnalazioni relative all'**assistenza ospedaliera** (Pronto soccorso, ricoveri e dimissioni), che mostrano però un trend in crescita negli ultimi cinque anni (la forchetta percentuale passa dal 10,4% del 2018 al 13,3% del 2023).

La prevenzione, ambito per il quale è possibile un confronto dei trend soltanto degli ultimi tre anni poiché è dal 2021 che è stato inserito tra i settori di approfondimento del nostro Rapporto, mostra una forte flessione (si passa dal 19,7% di segnalazioni del 2021 all'8,6% del 2023): ma questa diminuzione è dovuta principalmente al fatto che, per il 2021 e il 2022, questa voce era fortemente influenzata dalla situazione pandemica, dall'impatto delle vaccinazioni anti-covid e dalle difficoltà delle campagne vaccinali.

A seguire, con uno stacco significativo in termini di punti percentuali, le segnalazioni relative a **sicurezza delle cure** (la forchetta di percentuale varia dal 10,5% del 2018 al 5,6% del 2023), assistenza protesica e integrativa (trend stabile dal 1,7% del 2018 al 2% del 2023) e relazione con gli operatori sanitari, ossia l'umanizzazione delle cure (trend in diminuzione dal 2,8% del 2018 al 1,9% del 2023).

In considerazione del significato da sempre attribuito alle segnalazioni quali “termometro” del rapporto quotidiano tra cittadini e Servizio sanitario, possiamo dunque affermare che il problema più avvertito da essi è, trasversalmente a tutte le macroaree di indagine, quello dell'accesso, capace per la sua portata di mettere in secondo piano ambiti come quello della sicurezza o della relazione con gli operatori sanitari che, pure, dai dati ufficiali e dal resto delle attività di Cittadinanzattiva rivelano comunque criticità e trend in peggioramento. Ma avere *la percezione di trovare chiusa la porta di accesso al Servizio sanitario* - a causa delle difficoltà rilevate nell'ambito delle cure primarie, della situazione, talvolta drammatica, del Pronto soccorso, delle lunghe liste di attesa - scolora gli altri problemi, pur rilevanti, e impedisce anche di cogliere miglioramenti e/o innovazioni o di assumere un atteggiamento fiducioso nelle riforme in corso che, pure, almeno potenzialmente, potrebbero offrire un utile contributo proprio al superamento dei problemi di accesso.

Il fatto che l'emergenza pandemica sia terminata non è stato utile, purtroppo, a recuperare lungaggini e difficoltà di accesso ai servizi del Ssn da parte dei cittadini: anzi, nel 2023, la situazione è peggiorata con un aumento delle segnalazioni del 2,8%.

Restano anche in questo anno particolarmente rilevanti quelle relative al Pronto soccorso: i cittadini, non trovando risposte nel territorio e non riuscendo ad accedere alle prestazioni in maniera ordinata e ordinaria, si rivolgono al Pronto soccorso anche senza che vi sia una reale urgenza e/o per bisogni, anche socio-sanitari, che altre strutture e altri servizi dovrebbero garantire.

Ricorso inappropriato e carenza di personale si riverberano automaticamente sulla qualità delle prestazioni, segnalata spesso come inadeguata. Le conseguenze sono talvolta gravissime: purtroppo, anche nel 2023, la situazione del Pronto soccorso è spesso stata al centro delle cronache a causa di deprecabili episodi di aggressione al personale sanitario in servizio, specchio di una situazione da considerare ormai “al limite” all'interno delle strutture di Emergenza-urgenza.

Sintesi dei principali risultati

Nel 2023 la criticità che ha più afflitto i cittadini che si sono rivolti a Cittadinanzattiva è quella relativa all'accesso alle prestazioni (32,4%), trasversale rispetto a tutte le macroaree analizzate. Nei vari ambiti le segnalazioni rivelano poi criticità specifiche, essendo rilevanti, seppur con uno scarto notevole in termini di percentuale, quelle relative a cure primarie (14,2%), assistenza ospedaliera (13,3%), assistenza sanitaria di prossimità (11,1%), prevenzione (8,6%), sicurezza delle cure (5,6%), ticket per spesa privata (4,7%).

Seguono, con percentuali meno significative, ma che sono comunque indicative di difficoltà, disagi o di "eventi-sentinella", segnalazioni nell'ambito dell'assistenza protesica e integrativa (2%), umanizzazione e relazione con operatori sanitari (1,9%), accesso alle informazioni e documentazione (1,7%), assistenza previdenziale (1,4%). In coda le segnalazioni relative ad assistenza farmaceutica (0,8%), innovazione e digitalizzazione (0,7%), malattie rare (0,6%), salute per migranti (0,4%), mobilità sanitaria (0,2%).

1. Accesso alle prestazioni

In considerazione dell'impatto delle segnalazioni ricevute dai cittadini in merito all'accesso al Servizio sanitario, e al suo impatto trasversale a tutte le macroaree analizzate, nel III Rapporto civico sulla salute vengono analizzati, attraverso i dati disponibili, alcuni fenomeni direttamente connessi al tema dell'accesso, che a volte possono esserne concausa e a volte conseguenza. Sicuramente, la conseguenza più iniqua e drammatica del mancato accesso è la rinuncia alle cure. Ma il Rapporto accende un faro su altre tipologie di fenomeni che è utile indagare se si vuole lavorare per un miglioramento delle condizioni di accessibilità dei servizi sanitari.

Rinuncia alle cure

La quota delle persone che hanno dovuto fare a meno delle cure ammonta al 7,6% dell'intera popolazione nel 2023, in aumento rispetto al 7,0% dell'anno precedente. Con 372 mila persone in più, si raggiunge un contingente di circa 4,5 mln di cittadini che hanno dovuto rinunciare a visite o accertamenti per problemi economici, di liste di attesa o di difficoltà di accesso, anche territoriale. La quota della rinuncia alle prestazioni sanitarie cresce, ovviamente, con l'aumentare dell'età: nel 2023, partendo dall'1,3% rilevato tra i bambini fino ai 13 anni, la quota mostra un picco nell'età adulta tra i 55-59enni, dove raggiunge l'11,1%, per restare elevata tra gli anziani di 75 anni e più (9,8%). Tuttavia, l'incremento tra il 2022 e il 2023 riguarda solo la popolazione adulta (18-64 anni), che passa dal 7,3% all'8,4%.

Si confermano le ben note differenze di genere: la quota di rinuncia è pari al 9,0% tra le donne e al 6,2% tra gli uomini, con un divario che si amplia ulteriormente nell'ultimo anno per l'aumento registrato tra le donne adulte.

Sul territorio, l'incremento del 2023 rispetto all'anno precedente si concentra soprattutto al Centro (dal 7,0% all'8,8%) e al Sud (dal 6,2% al 7,3%), mentre il Nord con 7,1% mantiene lo stesso livello del 2022. Sono poche le Regioni che nel 2023 tornano a livelli più bassi del 2019, sebbene qualcuna sia anche riuscita a ridurli ulteriormente. Nel Mezzogiorno, spicca la Calabria che ha ridotto la quota di persone che rinunciano alle prestazioni rispetto al 2019 (-3 p.p.), anche se, in partenza, i livelli di consumo di servizi sanitari erano molto più contenuti rispetto al resto delle Regioni (nel 2019 era seconda solo alla Sardegna). La Sardegna, con i più alti tassi di rinuncia già nel 2019 (11,7%), continua purtroppo ad aumentarli (13,7% nel 2023), pur avendo parzialmente recuperato il livello più elevato mai raggiunto da una Regione, ossia il 18,3% del 2021.

Il 4,5% della popolazione complessiva nel 2023 dichiara di rinunciare a causa delle lunghe liste di attesa e il 4,2% lo fa per motivi economici.

Rispetto al 2019, la quota di rinuncia causata dai tempi di attesa quasi raddoppia (era 2,8%), mentre si riallinea la rinuncia alle prestazioni per motivi economici (era infatti 4,3%).

Dinamica del prescritto e dell'erogato

A fronte di un incremento deciso del numero di prescrizioni, nel confronto tra il 2019 e il 2023, i dati mostrano un importante decremento del numero di prestazioni effettivamente erogate, anche se con una variazione piuttosto disomogenea tra le Regioni. In generale, si può quantificare un decremento medio dell'8% del numero totale di prestazioni erogate: è minimo lo scarto in Lombardia e in Toscana (-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.

È soprattutto sul fronte delle prime visite erogate che i sistemi regionali arrancano: esse sono diminuite mediamente del 10%, con l'eccezione della provincia di Trento e della Lombardia che, al contrario, le hanno incrementate del 2%. In Sardegna, a fronte di un incremento di prime visite prescritte del 58% rispetto al 2019, quelle erogate sono diminuite del 35%.

Rispetto dei tempi di attesa

Per ciò che riguarda la variazione delle percentuali di rispetto dei tempi d'attesa (per classe di priorità assegnata) per l'area cardiovascolare e oncologica, tra il 2019 e il 2022 notiamo una grande variabilità tra Regioni. Il delta negativo è molto evidente nell'area cardiovascolare in particolare in Umbria, Lazio, Friuli Venezia Giulia e Toscana, che faticano a tornare ai livelli del 2019 per ciò che attiene il rispetto dei tempi d'attesa in questo ambito. Regioni invece con un trend positivo in recupero appaiono essere la Basilicata, la Sicilia e la Calabria.

Invece, per quanto riguarda l'area oncologica, il delta negativo è molto evidente in particolare in Valle d'Aosta, Sardegna, Sicilia e Marche. Le Regioni invece che mostrano più evidenti incrementi rispetto al 2019 sono Lombardia, Umbria e PA di Bolzano.

In merito al rispetto dei tempi per gli interventi in classe A per tumore alla mammella e alla prostata, notiamo che nell'ambito degli interventi per tumore alla mammella si osservano situazioni critiche in particolare in Sardegna, dove appare sotto soglia sia il numero di interventi eseguiti in classe A sia il rispetto dei tempi previsti (30 gg).

Altre Regioni che faticano a rispettare i tempi previsti sono la PA di Trento, la Liguria, l'Umbria, le Marche e il Piemonte. Sul versante opposto le Regioni che presentano i risultati più soddisfacenti, Veneto, Toscana e Abruzzo, con numeri alti di prestazioni in classe A e di rispetto dei tempi, pur a fronte di volumi differenti. Nell'ambito degli interventi per tumore alla prostata si evidenzia una situazione sicuramente meno positiva per ciò che riguarda il numero di interventi in classe A sul totale degli interventi, che arriva al 63,7% a fronte del 90,5% registrato nel caso del tumore alla mammella. Anche il rispetto dei tempi (30 gg) è decisamente inferiore al livello nazionale, con il 44,4% di interventi in classe A eseguiti entro i tempi previsti, rispetto a quello per i tumori alla mammella in cui si arriva al 70,8%. Inoltre anche qui vi è una importante variabilità tra Regioni. A registrare risultati peggiori sono Basilicata, Friuli Venezia Giulia, Sardegna e Abruzzo, sia per numero di interventi eseguiti in classe A sia per rispetto dei tempi. Circa la capacità di rispettare i tempi previsti, le migliori Regioni appaiono la PA di Bolzano, il Veneto e la Lombardia a fronte, però, di un numero non elevato e sotto la media di interventi eseguiti in classe A.

Mobilità sanitaria

L'area del Portale statistico di Agenas1 dedicata alla mobilità sanitaria mette a disposizione dati che rappresentano il trend della mobilità dei ricoveri degli ultimi 6 anni (2017-2022). I dati sulla mobilità si dimostrano costanti con poco meno di 3 mld di euro e un decremento significativo nel 2020, ma che inverte la tendenza nel 2021 e prosegue la crescita nel 2022 (2,7 mld).

Saldi regionali della mobilità sanitaria (2017-2021)

Il flusso migratorio è tendenzialmente diretto da Sud a Nord. Tuttavia, si osserva anche la mobilità tra le Regioni del Centro-Nord, soprattutto di prossimità (con una distanza di 100 Km e/o 60 min di percorrenza dal comune di residenza del paziente alla struttura ospedaliera di ricovero). La migrazione di prossimità, rispetto al totale, risulta essere pari al Nord al 24%, al Centro al 12,6% e al Sud al 5,7%.

Le strutture maggiormente attrattive per la mobilità dei ricoveri sono di natura giuridica private accreditate, per $\frac{3}{4}$ del totale relative a prestazioni di alta complessità.

Se si considera solo la componente di mobilità effettuata per scelta dell'utente, si assiste ad un miglioramento, con una inversione di tendenza nei trend, nella regione Piemonte (da -7,2 mln a +21 mln) e nella PA di Trento (da -6,5 mln a +2,6 mln).

Le Regioni più attrattive sono in ordine Lombardia, Emilia Romagna e Veneto, mentre quelle di fuga sono Campania, Calabria e Sicilia. Nel 2022 la Regione Emilia Romagna e la Regione Lombardia registrano valori equiparabili di saldo positivo (tra mobilità attiva e passiva), rispettivamente 337 mln e 362 mln. Da osservare il trend dell'Emilia Romagna che segna un importante incremento rispetto al periodo pre-pandemico.

ISDI nella mobilità ospedaliera

Agenas ha calcolato un nuovo indicatore per rappresentare la capacità delle strutture sanitarie della regione di riferimento di soddisfare il bisogno di salute dei propri cittadini: l'Indice di soddisfazione della domanda interna (ISDI).

Emilia Romagna, Lombardia, Veneto, Toscana e PA di Trento hanno un punteggio dell'ISDI superiore a 1 e dunque sono Regioni in grado di soddisfare la domanda interna di cure, ma anche di attrarre pazienti da altre Regioni. Mentre la gran parte delle Regioni del Sud, in particolare la Calabria (0,81), non sembrano in grado di soddisfare la domanda interna di cure, con l'effetto migratorio dei propri cittadini verso altre Regioni.

ISDI nella mobilità ambulatoriale

La capacità della Regione di produrre un numero di prestazioni ambulatoriali potenzialmente sufficiente a soddisfare il bisogno di salute della propria Regione, misurato tramite l'indice ISDI, mostra un dato complessivo per la specialistica ambulatoriale che raggiunge l'equilibrio nella gran parte delle Regioni del Paese, ad eccezione della Calabria (0,93) leggermente distante dal punto di equilibrio e seguita dalla Valle d'Aosta e dall'Abruzzo.

Intramoenia

Il Rapporto civico analizza il fenomeno attraverso i dati forniti da Agenas nella "Relazione sullo stato di attuazione dell'esercizio dell'attività libero professionale intramuraria 2022", trasmessa al Parlamento. In termini globali, e al livello nazionale, risulta che circa il 78% del totale delle attività prenotate riguarda le visite specialistiche, mentre il rimanente 22% riguarda le prestazioni diagnostiche.

Confrontando i dati al livello nazionale nei 4 monitoraggi (gennaio-aprile-luglio-ottobre), l'attesa per ottenere un esame in tempi congrui è quasi sempre minima in intramoenia, evidenziando la sproporzione che c'è con i tempi prospettati attraverso il canale istituzionale. In particolare,

- circa il 56% delle prenotazioni ha un tempo di attesa inferiore ai 10 giorni;
- circa il 30% delle prenotazioni viene fissato tra gli 11 e i 30/60 giorni (a seconda che si tratti di una visita specialistica o di una prestazione strumentale);

solo per il 14% delle prenotazioni si deve attendere oltre i 30/60 giorni.

Luogo di erogazione dell'intramoenia

Molte Regioni hanno mostrato segni di un progressivo adeguamento agli adempimenti normativi, in quanto l'utilizzo di studi privati non ancora collegati in rete pare totalmente superato. Considerando i quattro monitoraggi nel loro insieme, l'89,9% delle prestazioni viene erogato esclusivamente all'interno degli spazi aziendali, il 9,8% esternamente all'azienda ma secondo le tipologie previste (studi privati collegati in rete o presso altre strutture pubbliche previa convenzione). Solo un residuale, pari a 0,3% di attività, viene svolto ancora presso studi non collegati in rete. Tale criticità è circoscritta a cinque Regioni/PA, 2 in più rispetto al 2021, ma con percentuali più basse (Basilicata 0,6%, Campania 1,3%, Lazio 0,6%, Piemonte 2,6%, e Sicilia 0,9%).

Agende di prenotazione

Al livello nazionale, nel 2022, si rileva che la maggior parte delle prenotazioni viene effettuata attraverso l'agenda gestita dal sistema CUP. Considerando nell'insieme tutte le rilevazioni del 2022 si è riscontrato che 12 Regioni/PA, una in più del 2021 (Abruzzo, Basilicata, Friuli Venezia Giulia, Marche, Molise, PA di Bolzano, PA di Trento, Puglia, Toscana, Umbria, Valle d'Aosta e Veneto), utilizzano esclusivamente l'agenda gestita dal sistema CUP. Le Regioni Calabria e Lombardia registrano prenotazioni attraverso il CUP con una percentuale superiore al 90%. Per le rimanenti Regioni è possibile notare come 6 Regioni (Campania, Emilia Romagna, Lazio, Piemonte, Sardegna e Sicilia) registrano prenotazioni attraverso il CUP con una percentuale tra il 60% e l'80% del totale.

In sintesi, è possibile notare come nel corso degli anni si stia via via consolidando l'utilizzo del sistema CUP per le prenotazioni delle prestazioni, così come auspicato dalle Linee guida del Ministero della Salute.

Volumi delle prestazioni ambulatoriali in attività istituzionale e in ALPI

Nell'ambito dell'attività di monitoraggio, le Regioni/Province Autonome conferiscono ad Agenas i volumi semestrali di 69 prestazioni ambulatoriali erogate in ALPI e in attività istituzionale. L'attività in libera professione intramuraria rappresenta l'8,25% delle prestazioni erogate nell'attività istituzionale, con importanti variazioni però tra le diverse prestazioni. I dati del 2022 forniscono anche una indicazione generale di recupero della erogazione delle prestazioni ambulatoriali, sempre con riferimento alle 69 monitorate: nel 2019 nella attività istituzionale erano state 58.992.277 (a cui vanno aggiunte le 4.765.345 in ALPI); nel 2022 sono diventate 59.793.294 (a cui vanno aggiunte sempre quelle in regime di ALPI: 4.932.720).

Equilibrio attività libero professionale/ istituzionale

In 16 Regioni su 21 è emersa almeno una situazione (una azienda) in cui il rapporto tra ALPI/Istituzionale nella specialistica ambulatoriale si è rivelato superiore al 100%; a determinare il superamento della soglia sono state soprattutto la visita e l'ecografia ginecologica. Per quanto riguarda i ricoveri, le Regioni che erogano più prestazioni in ALPI rispetto al regime istituzionale sono la Campania, l'Emilia Romagna, la Toscana e la Valle d'Aosta. Per i volumi dei DRG delle prestazioni di ricovero più erogate in ALPI nel 2020, 2021 e 2022, troviamo l'ambito ginecologico: parto cesareo senza CC, seguito da parto vaginale senza diagnosi complicanti e interventi su utero e annessi non per neoplasie maligne senza CC.

1. Accesso ai farmaci

Spesa farmaceutica

Nel 2022, la spesa farmaceutica ha inciso per l'1,7% sul Prodotto interno lordo nazionale (PIL), con un impatto inferiore solo a Spagna (2,0%) e Portogallo (1,8%). Registrano percentuali notevolmente inferiori Svezia (0,8%) e Gran Bretagna (1,0%).

Complessivamente la spesa farmaceutica nazionale totale (pubblica e privata) è stata di 34,1 miliardi (32,2 miliardi di euro nel 2021), in aumento del 6% rispetto all'anno precedente. A pesare di più (68,9% del totale) è la farmaceutica pubblica (23,5 miliardi di euro) rispetto a quella privata (9,9 miliardi di euro).

Compartecipazione ai farmaci

Nel 2022 (cfr. Rapporto OsMed 2022, pubblicato a settembre 2023), l'AIFA ha registrato un lieve incremento della spesa per la compartecipazione del cittadino (+1,4%) con un valore pari a 1.501 milioni di euro (circa 25,0 euro pro capite) e un'incidenza sulla spesa farmaceutica convenzionata lorda (+15,2%), dovuta all'incremento di spesa per ticket per ricetta/confezione (+4,8%). È rimasta pressoché stabile la compartecipazione per la quota eccedente il prezzo di riferimento dei medicinali a brevetto scaduto (+0,1%). Nel periodo gennaio-dicembre 2023 l'AIFA, nel Monitoraggio della spesa farmaceutica, segnala in lieve diminuzione (-1,3%) la spesa per la compartecipazione del cittadino pari a 1.481,2. Nel 2022, la spesa per compartecipazione per la quota eccedente il prezzo di riferimento dei farmaci a brevetto scaduto è stata di 18,4 euro pro capite (circa 1,1 miliardi di euro), rappresentando il 73% della compartecipazione totale del cittadino (inclusiva anche del ticket per ricetta e/o confezione) e registrando un aumento dello 0,4% rispetto all'anno precedente. Andando ad analizzare la spesa pro capite per compartecipazione al livello regionale, emerge che è più elevata al Sud e nelle Isole (23,9 euro), mentre risulta più bassa al Nord con 13,7 euro. La Calabria (25,6 euro), il Lazio (25,3 euro) e la Campania (25,2 euro) sono le Regioni con i valori di spesa più elevati, mentre le PA di Bolzano e di Trento e la Valle d'Aosta registrano i valori più bassi (rispettivamente di 12, 13,1 e 12,9 euro). Inoltre, le Regioni a più basso reddito sono quelle che presentano una maggiore compartecipazione. In particolare, per Calabria, Campania, Sicilia e Puglia, che presentano un reddito pro capite leggermente superiore ai 10.000 euro, si evidenzia una compartecipazione più elevata rispetto alla media nazionale (>20 euro).

Tetti di spesa regionali

La spesa farmaceutica convenzionata, al netto degli sconti versati dalle farmacie, del payback (1,83%) versato alle Regioni dalle aziende del farmaco (importo pari a 163,6 milioni di euro) e anche dei diversi payback versati sempre alle Regioni (importo pari a 40,7 milioni di euro), ma al lordo dei ticket regionali, è stata pari a 8.084,2 milioni di euro. Il dato sul rispetto del tetto di spesa per gli acquisti diretti mostra che nessuna regione è

riuscita a rispettare i livelli di spesa fissati per questa categoria di farmaci. In particolare, si riporta il valore della spesa per acquisti diretti al netto dei gas medicinali (13.430,2 mln di €) e lo scostamento assoluto (+3.287,3 mln di €) rispetto al tetto del 7,95%. Per l'anno 2023, il tetto fissato a 7,95% del fabbisogno sanitario nazionale è calcolato sul FSN 2023 definitivo (127.584.721.607 euro), pari a 10.143,0 mln di euro.

Farmaci a brevetto scaduto ed equivalenti

Rispetto agli altri Paesi europei, l'Italia registra ancora una bassa incidenza della spesa per i farmaci equivalenti ponendosi al terzultimo posto (43,4%).

Nel 2022, continuano a registrarsi significative differenze regionali sul consumo degli equivalenti, che risulta decisamente maggiore al Nord (38,8% a unità e 31,5% a valori), rispetto al Centro (28,2% a unità e 24,7% a valori) e al Sud (23% a unità e 20,2% a valori).

L'avanzata degli equivalenti (che rappresentano il 31,1% delle confezioni in Classe A) è continua, ma ancora molto lenta. Nel 2022 i cittadini hanno pagato di tasca propria 1.056 milioni di euro di differenziale di prezzo per il farmaco brand off patent, più costoso, invece dell'equivalente a minor costo, che sarebbe interamente rimborsato dal Servizio sanitario nazionale.

L'incidenza maggiore al livello regionale si registra in Molise (16% della spesa regionale Ssn nel canale retail) e nel Lazio (16,1%). Quella più bassa si registra invece ancora una volta in Lombardia, dove il differenziale versato di tasca propria dai cittadini quota il 10,8% della spesa regionale Ssn in farmacia.

Nel 2021, il 71,6% della spesa totale (69,8% della spesa nel 2021) e l'86,2% dei consumi (86,0% nel 2021) è costituito da farmaci a brevetto scaduto in regime di assistenza convenzionata di classe A.

Di contro, rimane ancora molto bassa l'incidenza di farmaci equivalenti (unbranded), ossia i medicinali a base di principi attivi con brevetto scaduto, ad esclusione di quelli che hanno goduto di copertura brevettuale. Questi hanno rappresentato il 21,9% della spesa e il 30,3% dei consumi (29,6% nel 2021).

Al livello nazionale, nel 2022, la spesa pro capite per i farmaci a brevetto scaduto risulta pari a 118,8 euro (114,98 nel 2021) in aumento del 5,9% rispetto al 2021, passando da una spesa del 68,7% del 2021 a 71,6,8% del 2022. Stabile invece la percentuale di spesa dei farmaci equivalenti che è passata dal 30,4% al 30,5%.

Accesso al Fondo per i farmaci innovativi

Il Fondo per i farmaci innovativi, di fatto, ha unificato i precedenti Fondi separati (Fondo farmaci innovativi oncologici pari a 500 milioni di euro e Fondo farmaci innovativi non oncologici pari a 500 milioni di euro), istituiti con la Legge di Bilancio 2017 (art. 1, commi 401-406, della Legge 232/2016), a valere sul livello del finanziamento del fabbisogno sanitario nazionale cui concorre lo Stato. Per il 2021 le risorse stanziate ammontano a 1 miliardo di euro (1.000 milioni di euro annui) cui concorrono le Regioni che hanno acquistato tali farmaci per ottenere il relativo rimborso. A partire dal 2022, le risorse per l'acquisto al rimborso dei farmaci innovativi sono incrementate rispettivamente di 100 milioni (2022), 200 milioni (2023) e 300 milioni a decorrere dall'anno 2024. I dati di spesa farmaceutica dei farmaci innovativi, relativamente al periodo gennaio-dicembre 2023 preso a riferimento per la nostra analisi, mostrano che la spesa stimata per le sole indicazioni innovative per il periodo considerato, al netto dei payback, è pari a 852,5 milioni di euro.

Tempi per l'immissione in commercio di un farmaco in Italia

Un iter approvativo molto lungo può rappresentare un ostacolo all'accesso e determinare condizioni di iniquità. Come è noto, l'iter per l'approvazione dei nuovi farmaci si concretizza in una attenta serie di passaggi e procedure volte a tutelare la sicurezza del farmaco e la salute dei cittadini. Il Rapporto della Federazione europea delle industrie e delle associazioni farmaceutiche (EFPIA) "Patients W.A.I.T. Indicator 2023" fornisce un'analisi dettagliata sui tempi di accesso ai nuovi farmaci per i pazienti in Europa. I dati del Report riguardano 36 paesi (27 UE e 9 non UE). Sono incluse informazioni sui 167 farmaci innovativi con autorizzazione alla commercializzazione centrale tra il 2019 e il 2022. Considerando tutti i nuovi farmaci, senza classificarli per categoria terapeutica, il rapporto rileva che il tempo medio di accesso dei pazienti in Europa è di 531 giorni, ovvero 14 giorni in più rispetto allo studio precedente. Il tempo medio di accesso dei farmaci non accenna a diminuire, anzi è in lieve peggioramento e persiste una significativa eterogeneità tra i diversi paesi europei analizzati: si passa da 126 giorni in Germania a 804 giorni in Polonia. In Italia, per aver disponibile un nuovo

farmaco, un paziente deve attendere 14 mesi, per l'esattezza 424 giorni, collocandosi al decimo posto su 36 Paesi.

Uso degli antibiotici

Nel 2022, il consumo di antibiotici nel nostro Paese aumenta (+24% rispetto al 2021) e ammonta a 16,1 DDD/1000 abitanti die; anche la spesa pro capite cresce e raggiunge i 13,22 euro (+19,2% rispetto all'anno precedente). Il costo medio per DDD, dopo un aumento nel 2021 rispetto al 2020, registra invece una diminuzione nel 2022 del 3,9% ed è pari a 2,24 euro. Nonostante l'andamento crescente dei consumi in tutte le Regioni, si osserva un'ampia variabilità. I consumi più bassi si registrano nella PA di Bolzano (9,7 DDD), mentre quelli più elevati in Campania (22,3 DDD). L'acquisto privato di antibiotici (fascia A) arriva a toccare il 2,3% sui consumi totali e una spesa pari all'8,6%. In particolare, le dosi registrate di consumo di antibiotici acquistati privatamente dai cittadini (Fascia A) sono pari a 5,1 DDD/1000 ab die e rappresentano circa il 24,1% dei consumi totali (26,2% dei consumi territoriali), in aumento del 23,9% rispetto al 2021. Le Regioni con consumi più elevati sono al Centro (+31,4%) e al Nord (28,2%) rispetto a quelle del Sud (+13,2%). La spesa privata ha raggiunto nel 2022 oltre 163 milioni di euro e un'incidenza sul totale della spesa per antibiotici pari al 17,4%, che si attesta al 21,2% nelle Regioni del Nord, mentre è del 16,9% al Centro e del 13,9% al Sud. Ogni cittadino italiano ha speso in media 2,8 euro per l'acquisto di antibiotici con un aumento del 23,0% in confronto all'anno precedente. Nelle Regioni del Nord e del Centro, pur in presenza di livelli di spesa sovrapponibili a quelli del Sud, l'aumento è stato del 28,8% e del 31,9% rispettivamente, mentre al Sud è stato del 10,3%. Andando ad analizzare i dati di spesa degli antibiotici acquistati dalle strutture pubbliche, la quota di antibiotici acquistati dalle strutture sanitarie pubbliche rappresenta l'8,0% dei consumi totali e ha registrato un incremento rispetto al 2021 (+15,7%), in misura maggiore nelle Regioni del Nord (+21,4%), rispetto al Centro (+15,2%) e al Sud (+4,4%).

1. Prevenzione: vaccinazioni e screening oncologici organizzati

La prevenzione nel Nuovo sistema di garanzia dei LEA

Sono 7 le Regioni che non raggiungono la sufficienza rispetto ai criteri del Nuovo sistema di garanzia dei LEA nell'ambito della prevenzione. Sono Sicilia, la PA di Bolzano, Calabria, Valle d'Aosta, Sardegna, Molise e Abruzzo a mostrare i dati più bassi. In generale nell'ultimo anno diverse Regioni mostrano un trend in peggioramento. Erano 4 infatti le Regioni nel 2021 a mostrare punteggi inferiori a 60 (cut off di garanzia dei LEA). In particolare, l'indicatore sulla copertura vaccinale nei bambini a 24 mesi per ciclo base contro polio, difterite, tetano, epatite B, pertosse e Hib supera la soglia in 14 Regioni, e la copertura contro morbillo, parotite e rosolia raggiunge il punteggio massimo, ovvero 100, solo in 5 Regioni (Lombardia, P.A. di Trento, Veneto, Emilia Romagna e Campania). Sull'indicatore stili di vita, il Rapporto civico evidenzia situazioni di criticità in tutta l'area meridionale del Paese, facendo notare, tuttavia, che esso decresce per quasi tutte e 20 le Regioni. Si denota un lieve aumento dei comportamenti a rischio per la salute (dato Italia 39,23 nel 2022 vs 38,38 nel 2021). Particolarmente critici i risultati di **Basilicata e Campania** (punteggio finale < 50) sugli indicatori di copertura degli screening oncologici, sostanzialmente stabili rispetto al 2021. Su questo i dati generali confermano una situazione complessivamente inferiore al 50% del target in tutte e tre le campagne (carcinoma della mammella, della cervice uterina e del colon-retto) e molto diversificata tra le varie Regioni: si registra infatti un'ampia variabilità regionale, con maggiori criticità per lo screening per il tumore del colon-retto, soprattutto nel Centro-Sud del Paese.

Spesa per la prevenzione

La spesa sanitaria complessiva in attività di prevenzione nel nostro Paese, nel 2021, ammonta a € 7,19 mld (€ 6,25 mld nel 2020 e € 5,55 mld nel 2019), pari ad una media di € 121,4 pro capite. Tra le tipologie di spesa previste nelle attività di prevenzione prevale quella per l'attività di "sorveglianza, prevenzione e controllo delle malattie infettive e parassitarie, inclusi i programmi vaccinali" (40,0%). Al livello regionale, si riscontra una certa eterogeneità nelle politiche di allocazione dei costi tra i sub-livelli di assistenza; in estrema sintesi, per il 2021 si rileva che le Regioni che, in proporzione, spendono la quota maggiore della spesa in prevenzione per le attività di "prevenzione e controllo delle malattie infettive, inclusi i programmi vaccinali", sono 16; di

queste, spendono oltre il 50% della spesa per questa attività Friuli Venezia Giulia (59,3%), Lazio (54,0%), Lombardia (55,5%) e Puglia (59,5%). Spendono meno invece: Campania, Liguria e Basilicata.

Spesa per i vaccini

La spesa per i vaccini è più che raddoppiata dal 2014 al 2022, passando da 4,79 a 10,84 euro pro capite. Nel 2022 si conferma un incremento della spesa per i vaccini, come già osservato nel 2021, con una variazione del 2,8%. Allo stesso modo, il costo medio DDD (25,38 euro), dopo la riduzione del 2020, ha registrato un aumento del 6,6% nel 2021 e un ulteriore aumento del 13,1% nel 2022.

Coperture vaccinali

Gli obiettivi sono definiti in Italia dal nuovo Piano nazionale di prevenzione vaccinale 2023-2025.

Coperture vaccinali a 24 mesi morbillo e varicella

La copertura con prima dose di vaccino contro il morbillo, pari al 94,40% al livello nazionale, va dal 76,15% della P.A. di Bolzano al 97,37% del Lazio. Sono diverse le Regioni quest'anno a raggiungere e superare il 95,00%. Il dato è in ripresa in molte Regioni, equamente distribuite sul territorio. In molte Regioni nel 2022 aumenta la copertura contro la varicella, ma le uniche Regioni a superare il 95% sono Lazio e Lombardia.

Coperture Meningococco C coniugato e pneumococco coniugato

Nel 2022 la copertura vaccinale anti-pneumococcica nazionale a 24 mesi (bambini nati nel 2020) aumenta di 0,50 p.p.: 91,25% nel 2021 vs 91,73. Aumenta maggiormente quella contro il meningococco C con +12% (73,37% nel 2021 vs 85,6% nel 2022). Nessuna Regione raggiunge la copertura del 95% né per la vaccinazione contro il meningococco C coniugato né per quella contro lo pneumococco coniugato (la forbice va dal 73,19% della PA di Bolzano al 94,58% della Calabria).

Copertura antinfluenzale

La copertura negli anziani è diminuita di 3,4 punti percentuali rispetto alla stagione precedente, attestandosi al 53,3% rispetto al 56,7% della stagione 2022-23. Si conferma quindi un *trend* in diminuzione nelle ultime stagioni dopo il picco raggiunto nella stagione pandemica 2020-21 con 65,3%. La diminuzione della copertura vaccinale nella stagione 2023-24 rispetto alla stagione precedente è generalizzata in quasi tutte le Regioni italiane tranne nella PA di Bolzano, nella Liguria, nelle Marche, in cui si registra un lieve aumento, e nel Molise in cui la copertura è rimasta invariata. Chi mostra i dati peggiori sono la PA di Bolzano (39,9%) e la Sardegna (35,7%).

Coperture vaccinazione HPV

Il valore di copertura vaccinale nazionale per HPV (per ciclo completo) nelle ragazze nella coorte più giovane (2010), che compivano 12 anni nel 2022, è al **38,78%**, mentre quello della coorte 2009 è al 56,18%. Rispetto alla rilevazione del 2021, sulle stesse fasce di età, si osserva un incremento, pari al 6,56%, per le ragazze che compivano 12 anni nell'anno di rilevazione. Il valore di copertura vaccinale nazionale per HPV nei ragazzi della coorte più giovane (2010), che compivano 12 anni nel 2022, è al **31,81%**. Rispetto alla rilevazione del 2021, sulle stesse fasce di età, si osserva un incremento del 5,06% per i ragazzi che compivano 12 anni nell'anno di rilevazione.

Ruolo della farmacia nelle vaccinazioni

Nell'ambito del *VI Rapporto sulle Farmacie*2 di Cittadinanzattiva vengono mostrati dati interessanti in merito ai servizi offerti in farmacia. La vaccinazione anti Covid-19 è erogata nel 40,1% delle farmacie coinvolte nell'indagine e la vaccinazione antinfluenzale nel 46,1% dei casi.

A fronte di questo impegno da parte delle farmacie una piccola percentuale di cittadini rimane ancora all'oscuro dei servizi di vaccinazione (4,5% antinfluenzale e 2,6% anti Covid-19) accessibili direttamente nelle farmacie. La percentuale di fruitori invece va dal 12,8% per quanto riguarda l'antinfluenzale, al 16% per la vaccinazione anti Covid-19 ricevuta in farmacia. La prossima sfida sarà sicuramente un maggior coinvolgimento delle farmacie nelle cosiddette vaccinazioni routinarie. Più della metà dei farmacisti (dal

54,5% al 58,1%) è favorevole all'introduzione in farmacia della vaccinazione contro Herpes zoster, Papilloma virus (HPV) e Pneumococco, così come il 70% circa dei cittadini che vedrebbero molto bene il coinvolgimento delle farmacie nelle tre vaccinazioni citate (*Fonte: V Rapporto Farmacie*).

Screening oncologici organizzati

Screening mammografico

Nel 2023 il valore di estensione è pari a 94% con 4.017.757 inviti effettuati. La copertura da invito è completa nelle Regioni del Nord (101%) e del Centro (100%), mentre è più bassa nel Sud e Isole (74%), anche se in miglioramento rispetto agli anni precedenti (72% nel 2022 e 58% nel 2021). L'adesione è complessivamente pari al 55%, con un differenziale di 15 punti percentuali tra l'area del Nord e quella del Sud e delle Isole. Le Regioni con migliore adesione sono la PA di Trento con 78,8%, Veneto con 76,7%, Basilicata con 72,8%. Le Regioni con più bassa adesione sono Calabria con 16,4%, Molise con 32,8%, Campania con 33,6%. Nella popolazione migrante il 52% delle donne nate in Paesi a sviluppo avanzato (Psa), inclusa l'Italia, partecipa allo screening della mammella, a fronte di un 40% delle donne provenienti da Paesi ad alta pressione migratoria (Pfp), che rappresentano l'8% delle donne invitate. Questo andamento, pur manifestando un'ampia eterogeneità a livello regionale, si ripresenta simile in tutte le macroaree geografiche. Interessante rilevare che al Sud e nelle Isole l'adesione delle donne provenienti da Psa è inferiore a quella delle donne provenienti da Pfp che vivono al Nord e al Centro.

Screening coloretale

Nel 2023 il numero di persone di età compresa tra 50 e 69 anni invitate a eseguire il test di screening per la ricerca del sangue occulto (Sof) è stato di quasi 8 milioni (7.945.956), pari al 94% della popolazione totale. Nelle aree del Nord e del Centro la copertura è pressoché completa (99% Nord, 108% Centro), nel Sud e nelle Isole si registra un aumento della copertura da invito rispetto allo scorso anno (dal 61% del 2022 all'80% del 2023). L'adesione all'invito si attesta intorno al 34%. Questo dato, che rappresenta il valore medio nazionale, si compone di valori diversi che caratterizzano le macroaree geografiche. L'adesione all'invito è risultata maggiore al Nord (46%), intermedia al Centro (30%) e inferiore nel Sud e nelle Isole (20%). Le Regioni con una maggiore adesione sono Veneto con 64,2%, Valle d'Aosta 63,5%, Friuli Venezia Giulia con 52,4%. Le Regioni con più bassa adesione sono Calabria 6,1%, Sicilia 14,8% e Lazio 18,9%. Nella popolazione migrante l'adesione delle persone provenienti da Paesi a sviluppo avanzato è pari al 28,4%, quella delle persone provenienti da Paesi Pfp è pari al 23,5%; al Sud, tuttavia, è molto più bassa (8,7%).

Screening cervicale

Nel 2023, sono state invitate a eseguire un Pap test 1.143.423 donne, mentre 2.838.955 donne sono state chiamate per effettuare il test HPV. Rispetto all'anno precedente, si osserva un aumento complessivo di circa 10 punti percentuali, con un aumento di 10 punti nell'area del Nord e di 15 punti nel Sud e Isole e una sostanziale stabilità nel Centro. L'adesione è stata complessivamente pari a 41%, con valori più bassi nel Sud e nelle Isole (31%) rispetto al Nord (52%) e al Centro (38%). I valori di partecipazione appaiono in linea con quelli del biennio precedente 2021-2022 (40% nel 2022 e 39% nel 2021). Nella popolazione migrante l'adesione per le donne Pfp media italiana è del 35%, più elevata al Nord e al Centro (37%) rispetto al Sud e alle Isole (24%). Dal confronto con i dati sulle donne provenienti da Paesi a sviluppo avanzato (Psa) riportato dagli stessi programmi, l'adesione è mediamente inferiore di 4 punti percentuali. La differenza di adesione è maggiore al Nord (-11 punti percentuali), e nel Sud e nelle Isole (-7 punti percentuali).

Screening neonatali estesi

Ad oggi, le Regioni che effettuano il test anche per la SMA sono 15: Abruzzo, Campania, Friuli Venezia Giulia, Lazio, Lombardia, Liguria, Puglia, Piemonte, Sicilia, Toscana, la PA di Trento, la PA di Bolzano, Valle d'Aosta, Veneto ed Emilia Romagna.

Tre sono le Regioni con progetti di screening per la SMA in partenza con progetti pilota: Basilicata, Marche e Sardegna. Calabria, Molise e Umbria sono le Regioni che attualmente risultano non attive per lo screening SMA.

1. Assistenza territoriale

Le segnalazioni dei cittadini raccolte dal Pit, il servizio di tutela di Cittadinanzattiva, nell'ambito della sanità territoriale, ci raccontano in generale che il rapporto medico-paziente è spesso difficile a causa dello scarso tempo a disposizione o di un deficit nelle informazioni che vengono fornite ai cittadini: in particolare, giungono segnalazioni da parte dei cittadini che non ricevono un appuntamento in tempi da loro ritenuti "congrui" da parte del medico oppure che lamentano visite troppo brevi nelle quali non riescono a riferire i propri problemi. Le segnalazioni che riguardano il rapporto con il medico di medicina generale dimostrano che, nello stesso tempo, egli è la figura a cui il cittadino più si affida nella presa in carico dei suoi bisogni sanitari, ma anche quella che fa registrare un numero crescente di segnalazioni soprattutto per insufficiente accessibilità. D'altra parte, il medico di famiglia è tra le figure sanitarie che dovrebbero essere maggiormente e più urgentemente rilanciate nel processo di riforma dell'assistenza sanitaria territoriale, dal momento che uno studio di Agenas rileva che in Italia dal 2019 al 2021 il numero assoluto dei medici di famiglia si è ridotto di 2.178 unità e quello dei PLS di 386 unità. Questa tendenza è destinata a continuare come risulta dalla previsione al 2025, dalla quale si evince che la differenza tra i medici di medicina generale in uscita e quelli in entrata produrrà un saldo negativo. Aumenterà, di conseguenza, il numero di assistiti assegnato a ciascun medico: già oggi le Regioni con il maggior numero di assistiti per MMG sono PA di Bolzano (1.494), Lombardia (1.450) e Calabria (1.423) mentre in coda ci sono Sicilia (1.034), Molise (1.030) e Umbria (1.020). Va, però, tenuto presente che nella PA di Bolzano il contratto di convenzione con il Ssn dei medici di base stabilisce quale massimale di scelte 2.000 assistiti. I cosiddetti medici di famiglia, oltre a diminuire, sono anche più "anziani": sempre nel 2021, su 40.250 medici di famiglia, la quota di quelli con oltre 27 anni di servizio è pari a 30.303 (il 75%).

Rispetto alle segnalazioni dei cittadini in materia di assistenza sanitaria di prossimità, che denunciano inaccessibilità dei professionisti, ritardi nella presa in carico e, nei casi più estremi, una totale assenza dei servizi socio-assistenziali nel territorio di riferimento, le auspiccate ricadute positive degli investimenti legati al Piano nazionale di ripresa e resilienza (Missione 6 - Salute) richiedono, come si è detto, tempi lunghi. In più, gli investimenti previsti per l'assistenza sanitaria territoriale dal PNRR si trovano a intervenire in un contesto nazionale caratterizzato da un'elevata eterogeneità territoriale, dove il Sud continua ad avere, rispetto al resto del Paese, maggiori criticità, e devono perciò riuscire a invertire la tendenza e a ridurre le disuguaglianze.

Cittadinanzattiva ha monitorato la loro implementazione fin dal 2022, continuando anche in questa annualità caratterizzata da una rimodulazione importante del PNRR. La disponibilità di informazioni aggiornate sulla realizzazione degli investimenti previsti dal PNRR è un aspetto critico che ha caratterizzato sempre la realizzazione del Piano. Dall'ultimo aggiornamento disponibile su *Italia Domani*, risulta che ad aprile '24 l'86% dei progetti relativi alle Case della comunità sono arrivati alla stipula del contratto, con alcune differenze regionali: la maggior parte delle Regioni raggiunge valori tra il 75 e il 100 %, valori inferiori si riscontrano nelle Regioni del Sud, solo due Regioni hanno valori inferiori al 50%. Per quanto riguarda le Centrali operative territoriali, quasi tutte le Regioni, tranne una, hanno raggiunto la fase di stipula dei contratti e solo in alcune Regioni del sud la percentuale è inferiore al 100%. Infine, gli Ospedali di comunità presentano una situazione più variegata: le Regioni del Nord, del Centro e le Isole raggiungono valori percentuali alti, le Regioni del Sud presentano valori più bassi e tre Regioni si attestano su valori al di sotto del 50%. Di seguito una tabella riporta per Regione la percentuale dei progetti arrivati alla stipula dei contratti per Case della comunità, Ospedali di comunità e Centrali operative territoriali.

Il quadro complessivo fa emergere che le Centrali operative territoriali hanno una percentuale di progressione alta in quasi tutte le Regioni, tranne la PA di Bolzano, mentre le Case della comunità e gli Ospedali di comunità hanno percentuali a livello nazionale simili, con una media intorno all'85%, motivata da alcune Regioni che presentano una situazione più critica (Marche e PA di Trento per le CdC e Calabria, PA di Trento e Bolzano per OdC). In particolare, le Regioni che presentano percentuali inferiori sia per le Case della comunità che per gli Ospedali di comunità sono nelle Regioni del Centro e del Sud.

Cittadinanzattiva sta seguendo questo processo di riforma attraverso attività di informazione e sensibilizzazione della cittadinanza, e attività di formazione per operatori sanitari e soggetti civici. Continueremo a monitorare gli investimenti del PNRR e la realizzazione delle strutture e dei servizi previsti, per conoscere e valutare la risposta ai bisogni di salute in ogni comunità. Quando saranno maturi i tempi l'impegno si sposterà sul valutare insieme ai cittadini non solo la disponibilità di servizi, ma anche la loro

qualità e i loro *outcomes*, con la metodologia che Cittadinanzattiva ha messo a punto e utilizza per questo da decenni, l’Audit civico.

Regioni	% STIPULA CONTRATTO della Case comunità	% STIPULA CONTRATTO CENTRALI OPERATIVE TERRITORIALI	% STIPULA CONTRATTO OSPEDALE DI COMUNITÀ
Abruzzo	98%	100%	100%
Basilicata	68%	83%	60%
Calabria	57%	95%	45%
Campania	69%	78%	67%
Emilia Romagna	100%	100%	100%
Friuli-Venezia Giulia	87%	92%	86%
Lazio	100%	100%	100%
Liguria	87%	100%	82%
Lombardia	92%	94%	87%
Marche	48%	100%	67%
Molise	92%	100%	100%
P.A. Bolzano	60%	38%	0%
P.A. Trento	10%	100%	33%
Piemonte	87%	95%	85%
Puglia	68%	86%	74%
Sardegna	98%	100%	100%
Sicilia	100%	100%	100%
Toscana	99%	100%	100%
Umbria	71%	100%	60%
Valle d'Aosta	100%	100%	100%
Veneto	100%	100%	100%
ITALIA	86%	94%	85%

Fonte: Elaborazione Cittadinanzattiva su dati Italia Domani, aprile 2024

La Farmacia dei servizi nella riforma dell'assistenza sanitaria territoriale

Il capitolo offre una prima panoramica dei servizi offerti nelle diverse Regioni nell'ambito della sperimentazione della Farmacia dei servizi, prorogata fino al 31 dicembre 2024.

Non tutte le Regioni hanno ancora reso disponibili o accessibili i dati relativi alla sperimentazione sui propri territori; pertanto, questa panoramica rappresenta una visione iniziale che potrà essere completata al termine della sperimentazione stessa.

Dall'intuizione alla realizzazione

La Farmacia dei servizi (Fds), introdotta nel 2009, amplia il ruolo delle farmacie includendo servizi sanitari come la prevenzione e la gestione delle cronicità, trasformando le farmacie in presidi sanitari chiave nell'assistenza sanitaria territoriale. La pandemia di covid-19 ha accelerato questa evoluzione, visto che le farmacie hanno iniziato a somministrare vaccini e test diagnostici, consolidando il loro ruolo centrale nella sanità pubblica, svolgendo una funzione essenziale soprattutto nelle aree rurali e periferiche del Paese, dove spesso rappresentano l'unico punto di accesso ai servizi sanitari.

L'implementazione della Farmacia dei servizi varia significativamente tra le diverse Regioni italiane, principalmente a causa di differenze in risorse disponibili, demografia, geografia e organizzazione del sistema sanitario regionale. Questa disomogeneità si riflette nel numero di farmacie coinvolte nella sperimentazione e nella gamma dei servizi offerti.

Variabilità regionale nel coinvolgimento delle farmacie

Secondo le informazioni reperite a luglio 2024, sul totale delle farmacie presenti in una Regione, quelle coinvolte nella sperimentazione della Farmacia dei servizi vanno da un minimo del 25% circa registrato in Calabria (Regione seguita dal Veneto, col 34%, e dalla Lombardia, col 37%) a un massimo registrato in Basilicata, col 56% delle farmacie presenti che sono coinvolte nella sperimentazione. Diverse le Regioni che si attestano su valori intorno al 50%: Liguria (43%), Abruzzo (47%), Umbria (51%), Piemonte (54%), Marche (55%). Sempre nel 2024, le risorse economiche destinate alla sperimentazione della Farmacia dei servizi sono state distribuite principalmente tra le Regioni a statuto ordinario, che ricevono fondi variabili. Ad esempio, la Lombardia ha ricevuto € 4.756.871, il Veneto € 2.323.528, il Lazio € 2.719.801, con cifre che variano in base alla dimensione e alle necessità regionali.

Servizi attivati

La tipologia di servizi che è stata maggiormente attivata dalle Regioni grazie ai fondi per la sperimentazione dei servizi è quella legata ai servizi di telemedicina, seguiti dai cosiddetti servizi cognitivi. Incoraggianti anche i dati relativi ai servizi di screening e alle vaccinazioni.

Nello specifico, tra i servizi di telemedicina maggiormente attivati troviamo ECG, Holter pressorio e Holter cardiaco, presenti in 13 Regioni. A questi tre, il Veneto ha affiancato anche televisita e telemonitoraggio.

La spirometria è un servizio che 8 Regioni hanno attivato nelle farmacie di comunità.

Per quanto riguarda i servizi cognitivi, risulta che 12 Regioni hanno attivato nelle farmacie la ricognizione della terapia farmacologica, mentre 10 Regioni hanno attivato il monitoraggio dell'aderenza alle terapie sia per pazienti affetti da BPCO sia per coloro che soffrono di ipertensione. Lo stesso servizio, per pazienti affetti da diabete, lo si trova attivato nelle farmacie di comunità di 8 Regioni.

In tema di screening, risalta in assoluto l'impegno del Veneto che, grazie ai fondi per la sperimentazione dei servizi, ha reso accessibili presso le farmacie di comunità ben 6 diversi tipi di screening, compresi quelli per l'ipertensione e per l'ipercolesterolemia, che non risultano attivati - con i fondi citati - in altre Regioni.

Ben 12 Regioni hanno attivato presso le farmacie gli screening per il tumore al colon retto. Farmacie di sei Regioni sono inoltre in grado di erogare screening per il diabete di tipo 2.

Le farmacie di Veneto e Umbria presentano anche screening per il rischio cardiovascolare.

Il contrasto alla pandemia covid-19 ha portato, come è risaputo, ad un rapido aumento dei servizi di vaccinazione presenti nelle farmacie italiane: le farmacie di 8 Regioni effettuano anche vaccinazioni antinfluenzali, mentre le farmacie delle Marche effettuano anche vaccinazioni contro l'Herpes zoster.

In tema di servizi di front-office, il più attivato è il Fascicolo sanitario elettronico: farmacie di 11 Regioni supportano i cittadini nell'accesso. Farmacie di Liguria e Lombardia offrono la possibilità di gestire la scelta/variazione/revoca del MMG, mentre farmacie dell'Abruzzo e dell'Emilia Romagna supportano i cittadini anche nell'ottenimento dell'identità digitale (attivazione SPID).

Tra gli ulteriori servizi, troviamo gli allestimenti personalizzati di terapia antibiotica in farmacie di 5 Regioni, il servizio di deblistering solo in farmacie dell'Umbria; i test per emoglobina glicata sono disponibili in farmacie di Liguria e Campania, dove sono anche disponibili test per il quadro lipidico.

1. Assistenza ospedaliera e sicurezza delle cure

L'assistenza ospedaliera nel Nuovo sistema di garanzia LEA

Nel 2022 l'assistenza ospedaliera presenta, nella valutazione dei Lea, punteggi generalmente sufficienti con un trend in deciso miglioramento rispetto allo scorso anno quando ancora 4 Regioni non raggiungevano la soglia di sufficienza. Erano ben 6 nel 2020. Nel 2022 solamente la Valle d'Aosta (55,23) non raggiunge il livello di sufficienza.

La maggior parte delle segnalazioni ricevute dai cittadini nella macroarea dell'assistenza ospedaliera riguardano il Pronto soccorso e la situazione della medicina dell'Emergenza-urgenza. Seguono i dati relativi alla sicurezza delle strutture ospedaliere. Qui alcuni approfondimenti utili a meglio circostanziare le segnalazioni ricevute. Indagine conoscitiva su Emergenza-urgenza e Pronto soccorso

A maggio del 2024 si è conclusa una indagine conoscitiva sulla situazione della medicina dell'Emergenza-urgenza e dei Pronto Soccorso in Italia, realizzata dalla XII Commissione della Camera. Attraverso le audizioni svolte e i dati acquisiti nell'ambito dell'indagine si conferma che la difficile situazione in cui si trova la medicina di Emergenza-urgenza oggi in Italia rappresenta la «punta dell'iceberg» e la conseguenza di problemi complessi, spesso inveterati, connessi gli uni con gli altri. In particolare emerge che mancano all'appello nei Pronto soccorso circa 4500 medici e 10.000 infermieri; nel 2023 il 69% delle borse a disposizione per la medicina di Emergenza-urgenza non è stato assegnato. Inoltre, si riscontrano lunghi tempi d'attesa per il ricovero a causa della carenza di posti letto: il progressivo taglio di posti letto in vent'anni ha portato l'Italia a un numero di posti letto ospedalieri pari a 3,1 per 1.000 abitanti, inferiore al dato medio europeo. Infine, il progressivo invecchiamento della popolazione è un'altra delle cause del fenomeno dell'overcrowding, avendo determinato un aumento del numero di pazienti affetti da malattie croniche e, di conseguenza, un maggior numero di accessi al Pronto soccorso a seguito della riacutizzazione delle stesse e in mancanza di servizi adatti al livello dell'assistenza territoriale.

Dinamica degli accessi al Pronto soccorso

Ad aprile 2024 Agenas ha presentato una ulteriore analisi, *Accessi in Pronto soccorso e Implementazione DM 77/2022 per una migliore presa in carico dei pazienti*³, che ha fotografato l'attività degli ospedali sede di Pronto soccorso. A seguito del calo naturale di accessi avvenuto soprattutto negli anni 2020-2021, fase in cui l'accesso al Pronto soccorso era assolutamente limitato, il trend ha ripreso a salire, per arrivare a 18.277.405 accessi e pur mantenendosi al di sotto dei numeri del 2019.

Generalmente i cittadini del Nord hanno effettuato, sia nel 2019 sia nel 2023, maggiori accessi al pronto soccorso rispetto a quelli del Centro Sud in numeri assoluti. Ad effettuare un numero davvero elevato di accessi in Pronto soccorso con codice bianco sono i cittadini del Veneto.

I dati di Agenas confermano le segnalazioni ricevute dai nostri servizi per quanto riguarda i tempi di attesa al Pronto soccorso e ci dicono che di ore i cittadini ne attendono, e anche molte. Si va da una mediana di 111 minuti per i codici bianchi a 147 per i codici verdi. Faticano a contenere i tempi di permanenza al Ps Regioni come la Sardegna (184) e l'Abruzzo (162) per i codici verdi e Abruzzo (126) e Friuli Venezia Giulia (128) per i codici bianchi.

I dati indicano come la copertura del servizio entro 30 minuti non sia garantita in modo uniforme sul territorio e come vi siano cittadini residenti in alcune aree del nostro Paese che faticano a trovare una risposta tempestiva alle emergenze.

Sono infatti circa 3,4 milioni gli abitanti che non riescono a raggiungere entro 30 minuti un servizio di Ps. La situazione più critica riguarda la popolazione residente nelle aree interne della Basilicata (32,5%), seguita da quella della PA di Bolzano (9,16%) e della Sardegna (8,44%). Lo studio presentato da Agenas indica però una proiezione interessante in merito al futuro sviluppo del Dm 77, in relazione al modo in cui la difficoltà a raggiungere i presidi di Emergenza-urgenza potrà trovare una risposta.

I dati mostrano come la popolazione non in grado di raggiungere le strutture di Pronto soccorso entro 30 minuti (3,4 milioni, pari al 5,8% della popolazione) potrebbe essere decisamente ridotta con la corretta implementazione del DM 77/2022, che individua la definizione di modelli e standard per lo sviluppo dell'assistenza attraverso la presa in carico dei pazienti all'interno delle nuove strutture previste dal PNRR, in particolare delle Case della comunità.

Allarme target – performance sistema 118

In merito alla performance del sistema "118", le criticità in particolare sono evidenti nelle Regioni Valle d'Aosta, Abruzzo, Molise, Campania, Basilicata, Calabria, Sicilia e Sardegna (indicatore superiore o uguale a 23 minuti), laddove la media nazionale è 19 minuti.

I risultati dell'analisi mostrano una sovrapposizione di criticità in entrambi i sistemi analizzati, rete ospedaliera dei Pronto soccorso e 118, nelle medesime Regioni e dunque, in particolare, Valle d'Aosta, Molise, Calabria, Sardegna, Sicilia.

L'offerta di servizi per l'emergenza

L'analisi del dato regionale sull'offerta di servizi per l'emergenza nel 2022 mostra che vi sono delle realtà regionali con delle percentuali sicuramente più esigue e sotto la media sia per la presenza di DEA sia di Pronto soccorso; è l'esempio di Basilicata (22,2% di DEA e Ps), Sardegna (36% di DEA), Molise (20% DEA). Questo dato conferma l'analisi delle difficoltà d'accesso alle strutture di Ps prima descritta.

Numero di posti letto

Per quanto riguarda i posti letto ospedalieri (pubblici) in Italia nel 2022 siamo con 3,1 ogni 1.000 abitanti, sotto la media calcolata su 38 Paesi (4,3), anche se meno di noi ne hanno diversi paesi quali la Spagna (3,0), la Danimarca (2,5), il Regno Unito (2,4) e la Svezia (2,0). Per quanto riguarda i posti letto intensivi per adulti l'Italia, con 11,6 ogni 100.000 abitanti, è al di sotto della media OECD calcolata su 29 paesi, ma ad averne di meno di noi sono diversi Paesi come la Svizzera (9,9), la Finlandia (5,5) e la Svezia (4,9).

Tuttavia, va considerato che il problema vero nella carenza di posti letto ospedalieri risiede non tanto nella percentuale media (3,1%) quanto nella variabilità della loro offerta da parte delle diverse Regioni: si va da 3.5 della Liguria a 2.1 della Calabria. Tra il 2015 e il 2022 il numero di strutture di ricovero pubbliche mostra, in ogni caso, un decremento costante: da 546 nel 2015 a 511 nel 2022.

Sicurezza delle cure

Ogni anno, 4,3 milioni di pazienti ricoverati negli ospedali dell'UE/SEE contraggono almeno un'infezione associata all'assistenza sanitaria durante la loro degenza in ospedale. Per quanto riguarda l'Italia, salta all'occhio che il dato riguardante la stima annuale di infezioni ospedaliere è di 429.272 che corrisponde ad una stima dell'8,2%, non solo superiore alla media europea del 6,5%, ma anche il secondo peggior risultato del continente dopo il Portogallo (8,9%). Quanto all'uso di antibiotici, la stima di utilizzo ospedaliero in Italia è al 44,7% e, anche in questo caso, il dato è al di sopra della media europea che si ferma a 33,7%.

1. Innovazione e digitalizzazione in sanità

Il capitolo affronta il tema dell'innovazione e della digitalizzazione in sanità ponendo il "dato" sanitario al centro della riflessione. Si parte da una panoramica delle norme relative ai dati in sanità sia al livello europeo che al livello italiano. Si prosegue con una panoramica dedicata allo "stato dell'arte" sull'uso della telemedicina e del Fascicolo sanitario elettronico in Italia. Infine, vi è un'indagine sullo "stress" degli operatori sanitari causato dalle nuove tecnologie.

Le segnalazioni su Fascicolo sanitario elettronico e telemedicina

La difficoltà principale evidenziata dalle segnalazioni dei cittadini in merito all'utilizzo del proprio Fascicolo sanitario elettronico è la difficoltà di accesso (75,0%), dovuta principalmente a carenza di informazioni e dotazioni tecnologiche, difficoltà nell'utilizzo dell'identità digitale, mancata conoscenza delle funzionalità del FSE. A seguire i cittadini segnalano problematiche legate al consenso informato, al trattamento dei dati e alla privacy (9,6%), ma anche la denuncia che il FSE è scarsamente alimentato (7,7%), cioè che le informazioni che si aspettano di trovare in esso non sono presenti o che lo stesso personale sanitario a cui si rivolgono non è in grado di consultare/aggiornare il Fse (5,8%). Infine, i cittadini segnalano una diffidenza in merito alle effettive garanzie di tutela e rispetto della privacy (1,9%).

Le segnalazioni ricevute indicano che il Fascicolo sanitario elettronico è ancora molto sottodimensionato rispetto alle sue potenzialità. Non è un caso che i recenti interventi normativi mirino a potenziarlo, al fine di garantirne la diffusione, l'omogeneità, l'accessibilità su tutto il territorio nazionale da parte degli assistiti e degli operatori sanitari, anche in considerazione della relativa linea di investimento del PNRR.

Per quanto riguarda la telemedicina, dal punto di vista dei cittadini la domanda di sanità digitale nel nostro Paese appare sempre più forte, via via che si vanno diffondendo le diverse tecnologie e che il grande pubblico viene a conoscenza dei nuovi servizi di telemedicina.

Tuttavia l'offerta attualmente disponibile non è ancora al passo con la domanda. Tra le problematiche e le criticità segnalate dai cittadini, infatti, spicca al primissimo posto, il mancato accesso a teleconsulti e televisite perché non prescritti (90%); seguono le segnalazioni relative a visite e teleconsulti necessari ma non garantiti (3%), prestazioni e consulti in telemedicina prescritti ma non attivati-attivabili (3%), la difficoltà per il paziente di utilizzare gli strumenti tecnologici necessari per effettuare la televisita (3%).

Dal punto di vista di un'organizzazione civica come Cittadinanzattiva, il tema della telemedicina assume una rilevanza particolare in quanto evidenzia sia i progressi che le criticità attuali nell'offerta di servizi di salute digitale. Se da un lato la ripresa dell'uso della telemedicina da parte dei medici e degli operatori sanitari dimostra un'accresciuta consapevolezza del suo potenziale, dall'altro emergono barriere significative, come la mancata integrazione delle piattaforme e le carenze nelle competenze comunicative da remoto. Dunque, i dati raccolti da Cittadinanzattiva tramite i servizi di tutela sottolineano come la domanda dei cittadini per i servizi di telemedicina sia in costante crescita, ma spesso risulti ostacolata dalla difficoltà di accesso, creando così un gap tra aspettative dei cittadini ed effettiva disponibilità.

Lo Spazio europeo dei dati sanitari: una rivoluzione per i cittadini

Le moderne tecnologie, entrate a far parte della vita reale, consentono, oggi, di individuare e delineare un quadro pressoché completo delle condizioni di salute di un individuo o di una certa fascia della popolazione. Nel tempo, con l'introduzione delle leggi in materia di riservatezza e protezione dei dati personali, i dati relativi alla salute di una persona fisica sono stati oggetto di maggiore tutela; ma il tema dei dati in ambito sanitario, della possibilità di un effettivo loro utilizzo, della valorizzazione delle informazioni a supporto dei

processi decisionali, della loro sicurezza, è quanto mai attuale. Si tratta di un settore che ha conosciuto con la pandemia da covid-19 importanti sviluppi in tempi relativamente ristretti: l'emergenza sanitaria ha messo in evidenza l'importanza della condivisione delle risorse informative per la definizione di protocolli di cura efficaci e tempestivi, ma è noto come l'utilizzo dei dati rimanga un tema critico e ancora, per molta parte, irrisolto.

L'Unione europea negli ultimi anni sta lavorando per uno Spazio unico dei dati. Infatti, la complessità delle regole, delle strutture e dei processi nei diversi Stati membri complica sia l'accesso ai dati sanitari sia la loro condivisione, specialmente a livello transfrontaliero. Inoltre, i sistemi sanitari sono adesso sempre più bersagliati da attacchi informatici. Il Regolamento sulla governance dei dati o anche Data Governance Act (DGA)⁴ è volto a promuovere la disponibilità di dati e a creare un ambiente affidabile per facilitare il loro uso a fini della ricerca e per la creazione di nuovi servizi e prodotti innovativi. Si tratta di una componente importante della strategia europea per i dati⁵, intesa a rafforzare l'economia basata sui dati, e fa parte del pacchetto digitale insieme alle due più note proposte di regolamento sui servizi e le piattaforme digitali, denominate *Digital Services Act (DSA)*⁶ e *Digital Markets Act (DMA)*⁷.

La sensibilità del dato sanitario tra privacy e nuovi diritti

Il rapporto tra sanità e privacy oggi è un tema cardine perché coinvolge due tra i diritti fondamentali maggiormente esposti all'evoluzione della tecnologia. Diviene dunque fondamentale lavorare da un lato sull'informazione dei cittadini e far sì che siano loro, e nessun altro, a decidere in modo consapevole sui propri dati, conoscendo a pieno tutte le opportunità e i rischi che possono derivare dall'uso di quest'ultimi. Al contempo, al livello istituzionale, occorre un grande sforzo di omogeneizzazione delle procedure e di superamento delle differenze nella gestione dei dati che in questo momento variano non solo tra Regioni diverse, ma anche tra strutture di un'unica regione.

1. Fragilità e non autosufficienze

Nel Rapporto civico si dedica un approfondimento ai temi della riforma dell'assistenza agli anziani non autosufficienti e dei caregiver familiari. Sono due ambiti nei quali il sistema del welfare ha mostrato tutte le sue "falle" e i cittadini più fragili sono risultati spesso i più dimenticati. Oggi, dopo anni d'attesa è stata varata la riforma dell'assistenza agli anziani non autosufficienti e sembreremmo a un passo dall'approvazione di una legge statale che, per la prima volta in Italia, si occupi in maniera diretta dei diritti dei caregiver familiari, definendone tutele e diritti individuali slegati e in aggiunta a quelli della persona di cui hanno cura. Due temi "centrali", dunque, che coinvolgono una platea di circa dieci milioni di persone se sommiamo agli anziani non autosufficienti (3,8 milioni di persone) l'insieme delle famiglie coinvolte e gli operatori professionali.

Le segnalazioni dei cittadini sull'assistenza domiciliare (ADI)

L'Assistenza domiciliare integrata (ADI) è un ambito nevralgico che concorre alla presa in carico del paziente in ambito territoriale. In questo settore è facile riscontrare le criticità e i disagi che *patiscono* i cittadini a causa dei ritardi nelle riforme e della mancanza di un sistema unitario di presa in carico. Le criticità più frequentemente segnalate in tema di assistenza domiciliare sono difficoltà nella fase di attivazione (24,5%), numero di giorni/ore di assistenza erogati insufficienti (19%), inadeguata gestione del dolore (13,4%), mancanza di alcune figure specialistiche (10,6%), mancanza di assistenza psicologica (9,3%) o carenza di assistenza psicologica (6%), turn over del personale (5,6%), mancata integrazione tra assistenza di tipo sanitario e di tipo sociale (4,2%), servizio non presente/attivo sul territorio (3,7%), sospensione/interruzione del servizio (3,2%).

La riforma dell'assistenza agli anziani non autosufficienti

Attesa da un quarto di secolo, la riforma dell'assistenza agli anziani non autosufficienti è stata introdotta nel nostro Paese con la Legge delega 33/2023 e il successivo Decreto attuativo 29/2024: il PNRR, infatti, ha previsto una riforma delle non autosufficienze anche in Italia come già accaduto in altri Paesi europei già a partire dagli anni Novanta. Il Patto per un nuovo welfare sulla non autosufficienza, composto da 60 organizzazioni della società civile, di cui fa parte Cittadinanzattiva, ne ha seguito l'iter sin dall'inizio.

Lo stato dell'arte della riforma delle non autosufficienze

La Legge delega 33/2023 reca l'impianto generale della riforma, mentre erano attesi decreti attuativi in grado di tradurla in indicazioni puntuali. Il 15 marzo 2024 è stato promulgato, infatti, il Decreto 29/2024: questo, però, in gran parte non contiene le attese indicazioni attuative, ma rimanda a tanti altri decreti e rappresenta di fatto un depotenziamento della Legge delega e anche, in numerosi passaggi di primaria importanza, una modifica dei suoi contenuti. Non prevede, ad esempio, le modalità utili a trasformare l'attuale indennità di accompagnamento (528 euro mensili per tutti) nella *prestazione universale*, graduata secondo la gravità della condizione di salute dell'anziano non autosufficiente. Non prevede nessuna misura in merito alla qualificazione del lavoro di cura, in questo momento affidata spesso a badanti non riconosciuti e non qualificati. Non prevede che ulteriori rimandi riguardo alla residenzialità e agli standard necessari a definirla. Anche per quanto riguarda l'assistenza domiciliare, come certificano le segnalazioni dei cittadini ai servizi di tutela di Cittadinanzattiva, quello a cui si sta assistendo è una riforma presente solo sulla carta, ma ancora non in grado di provocare alcun cambiamento nella realtà.

Non c'è ancora la previsione di un servizio domiciliare pubblico progettato per la non autosufficienza e i 2,7 miliardi stanziati già in partenza dal PNRR e poi incrementati in occasione dell'ultima revisione dello stesso PNRR sono stati destinati a un'assistenza domiciliare del tipo consueto, cioè erogata per periodi di tempo limitati e con un'ottica prestazionale, mentre quello che occorrerebbe è la previsione di un "modello" di assistenza domiciliare ritagliato ad hoc per i bisogni della non autosufficienza.

I caregiver familiari

Sono otto milioni e mezzo le persone, soprattutto donne, che svolgono il ruolo di caregiver familiare, ossia si prendono cura - per lo più in ambito domestico - di un altro soggetto malato, anziano o disabile.

Tra agosto e settembre di quest'anno, Cittadinanzattiva ha diffuso una indagine online alla quale hanno risposto circa 600 caregiver familiari. Oltre il 29% è caregiver da più di 5 anni, un ulteriore 25% da più di dieci anni. Emerge dunque chiaramente che il lavoro di caregiver è svolto per lunghi o lunghissimi periodi di tempo, spesso da una stessa e unica persona. Non è un caso dunque che quasi il 45% dei caregiver rispondenti si senta poco realizzato personalmente e più della metà (55,8%) dichiara di aver poco tempo per la sua sfera personale, anche se pensa di essere molto utile (55,8%) per la persona di cui ha cura. Inoltre il 73,4% afferma di aver dovuto rinunciare al lavoro o allo studio per alcuni periodi della propria vita. La gran parte (52%) non sa se nella sua Regione vi sia una Legge dedicata ai caregiver e questa inconsapevolezza è diffusa anche tra chi vive in Regioni che hanno attivato normative ad hoc. Rispetto alla previsione di una legge nazionale, i soggetti rispondenti vorrebbero una normativa che riconosca il ruolo a tutti i caregiver familiari, siano essi conviventi o meno (78,8%) e a prescindere dal vincolo di parentela (71,4%). La quasi totalità (92%) ritiene che la legge debba garantire nuove tutele e diritti di tipo "crescente", cioè ad una maggiore intensità di cura e impegno dovrebbero corrispondere maggiori tutele. Inoltre il 91% vorrebbe avere un ruolo "attivo" nella stesura del progetto di vita individuale.

Il quadro normativo di riferimento sui caregiver

Il quadro normativo di riferimento che attualmente riconosce la figura e i diritti del caregiver familiare è quanto mai disomogeneo e frammentario: gli attuali riferimenti al caregiver sono per lo più presenti in leggi e provvedimenti che hanno come *focus* i diritti della persona con disabilità e che solo incidentalmente introducono norme relative al caregiver. Esistono poi leggi e provvedimenti di carattere regionale, alcuni anche molto avanzati, ma manca una legge statale valida per tutti.

Il profilo del caregiver è stato definito normativamente per la prima volta dalla Legge di Bilancio 2018, che al comma 255 lo definisce come "persona che assiste e si prende cura di specifici soggetti". La figura del caregiver familiare viene anche definita nell'articolo 39 del Decreto legislativo 15 marzo 2024, n. 29. Entrambi i provvedimenti hanno il "merito" di aver delineato la figura del caregiver come soggetto autonomo, destinatario di diritti individuali indipendenti da quelli riconosciuti alla persona di cui egli ha cura. Dal 17 gennaio 2024, su iniziativa del Ministro per le disabilità Locatelli e del Ministro del lavoro e delle politiche sociali Calderone, si è insediato il "Tavolo tecnico per l'analisi e la definizione di elementi utili per una legge statale sui caregiver familiari", del quale Cittadinanzattiva ha fatto parte. Il riconoscimento di diritti e tutele individuali del caregiver familiare è centrale per Cittadinanzattiva, non ultimo perché il tema ha una forte

connotazione di “genere”, essendo la gran parte dei caregiver donne, e di generazione essendo in crescita i “giovani caregiver”.

10 priorità per un Servizio sanitario più forte ed equo

Alla data prevista del 1° gennaio 2025 dare piena e totale attuazione ed esigibilità a tutti i cittadini e su tutto il territorio nazionale dei LEA 2017 e garantire d’ora in avanti, come previsto, una revisione costante e certa dei Livelli essenziali di assistenza

1. Dotare il Paese di un nuovo Piano sanitario nazionale, assente dal lontano 2008, per ottenere, insieme a una programmazione dell’offerta sanitaria coerente con i tempi, il sostegno del Parlamento, l’impegno trasversale a un progressivo e adeguato finanziamento per la sanità con risorse commisurate alle riforme, la collaborazione delle Regioni
2. Investire nel potenziamento delle infrastrutture digitali e di interconnessione dei dati, lavorando sulle competenze digitali tanto dei cittadini quanto dei professionisti sanitari
3. Rilanciare politiche sul personale sanitario, co-progettando organicamente ruoli e fabbisogno di tutti i professionisti sanitari, riformando i processi di formazione, valutazione e sviluppo delle competenze, incentivando le professioni considerate meno attrattive
4. Investire su ogni livello della prevenzione, dall’alfabetizzazione sanitaria agli stili di vita alle campagne vaccinali alla diagnosi precoce, e implementare i provvedimenti previsti, al livello nazionale e regionale, per potenziare e rendere i servizi di prevenzione vaccinale e di screening più accessibili e uniformi
5. Garantire la piena e tempestiva attuazione delle disposizioni previste dal Decreto liste d’attesa con particolare riguardo al governo delle agende, agli aspetti di monitoraggio del dato e all’uniformità delle procedure sul territorio
6. Accelerare l’implementazione delle Case della comunità, delle Centrali operative territoriali e degli Ospedali di comunità per garantire una migliore assistenza di prossimità nel più breve tempo possibile, ma intanto potenziare le reti dell’assistenza primaria e i servizi territoriali già presenti nelle comunità
7. Rafforzare e incentivare il personale sanitario nei reparti di Emergenza-urgenza, riducendo le disparità regionali nell’accesso ai servizi sanitari
8. Promuovere attraverso campagne informative un uso più consapevole dei farmaci, con particolare attenzione agli antibiotici e il sostegno all’uso dei farmaci equivalenti
9. Garantire processi di approvazione più celeri e un accesso più rapido ed equo per i farmaci innovativi.

Scenari del SSN



7° Rapporto Gimbe/ Sanità pubblica emergenza: crisi del personale, frattura Nord-Sud, spesa delle famiglie a +10,3%, 4,5 mln di persone rinunciano alle cure, -18,6% speso per la prevenzione. Un Piano di rilancio e la richiesta di un Patto politico e sociale

Fondazione Gimbe

«Dati, narrative e sondaggi di popolazione dimostrano che oggi la vera emergenza del Paese è il Servizio Sanitario Nazionale». Così Nino Cartabellotta, presidente della Fondazione Gimbe, nel presentare a Roma nella Sala Capitolare della Minerva il 7° Rapporto sul Ssn. Un divario della spesa sanitaria pubblica pro capite di € 889 rispetto alla media dei paesi Ocse membri dell’Unione Europea, con un gap complessivo che sfiora i

€ 52,4 miliardi; la crisi motivazionale del personale che abbandona il Ssn; il boom della spesa a carico delle famiglie (+10,3%); quasi 4,5 milioni di persone che nel 2023 hanno rinunciato alle cure, di cui 2,5 milioni per motivi economici; le inaccettabili disegualianze regionali e territoriali; la migrazione sanitaria e i disagi quotidiani sui tempi di attesa e sui pronto soccorso affollati «dimostrano – continua Cartabellotta – che la tenuta del Ssn è prossima al punto di non ritorno, che i principi fondanti di universalismo, equità e uguaglianza sono stati ormai traditi e che si sta lentamente sgretolando il diritto costituzionale alla tutela della salute, in particolare per le fasce socio-economiche più deboli, gli anziani e i fragili, chi vive nel Mezzogiorno e nelle aree interne e disagiate».

Definanziamento cronico.

«La grave crisi di sostenibilità del Ssn – afferma Cartabellotta – è frutto anzitutto del definanziamento attuato negli ultimi 15 anni da tutti i Governi, che hanno sempre visto nella spesa sanitaria un costo da tagliare ripetutamente e non una priorità su cui investire in maniera costante: hanno scelto di ridurre il perimetro della tutela pubblica per aumentare i sussidi individuali, con l'obiettivo di mantenere il consenso elettorale, ignorando deliberatamente che qualche decina di euro in più in busta paga non compensano certo le centinaia di euro da sborsare per un accertamento diagnostico o una visita specialistica».

Il Fabbisogno sanitario nazionale (Fsn) dal 2010 al 2024 è aumentato complessivamente di € 28,4 miliardi, in media € 2 miliardi per anno (figura 1), ma con trend molto diversi.

Nel periodo pre-pandemico (2010-2019) alla sanità pubblica sono stati sottratti oltre € 37 miliardi tra “tagli” per il risanamento della finanza pubblica e minori risorse assegnate rispetto ai livelli programmati.

Negli anni 2020-2022 il FSN è aumentato di ben € 11,6 miliardi, una cifra tuttavia interamente assorbita dai costi della pandemia, che non ha permesso un rafforzamento strutturale del Ssn né consentito alle Regioni di mantenere in ordine i bilanci. Per gli anni 2023-2024 il Fsn è aumentato di € 8.653 milioni: tuttavia, nel 2023 € 1.400 milioni sono stati assorbiti dalla copertura dei maggiori costi energetici e dal 2024 oltre € 2.400 milioni sono destinati ai doverosi rinnovi contrattuali del personale.

Le previsioni per il prossimo futuro non lasciano intravedere alcun rilancio del finanziamento pubblico per la sanità: infatti, secondo il Piano strutturale di Bilancio deliberato lo scorso 27 settembre in Consiglio dei Ministri, il rapporto spesa sanitaria/PIL si riduce dal 6,3% nel 2024-2025 al 6,2% nel 2026-2027 (tabella 1). A fronte di una crescita media annua del Pil nominale del 2,8%, nel triennio 2025-2027 il Piano strutturale di Bilancio stima una crescita media della spesa sanitaria del 2,3% annuo. «Questi dati – spiega Cartabellotta – confermano il continuo e progressivo definanziamento del Ssn che non tiene conto dell'emergenza sanità e prosegue ostinatamente nella stessa direzione dei Governi precedenti».

Crescita del peso sulle famiglie.

Rispetto al 2022, nel 2023 i dati Istat (tabella 2) documentano che l'aumento della spesa sanitaria totale (+€ 4.286 milioni) è stato sostenuto esclusivamente dalle famiglie come spesa diretta (+€ 3.806 milioni) o tramite fondi sanitari e assicurazioni (+€ 553 milioni), vista la sostanziale stabilità della spesa pubblica (-€ 73 milioni).

«Le persone – spiega Cartabellotta – sono costrette a pagare di tasca propria un numero crescente di prestazioni sanitarie, con pesanti ripercussioni sui bilanci familiari. Una situazione in continuo peggioramento, che rischia di lasciare l'universalismo del Ssn solo sulla carta, visto che l'accesso alle prestazioni è sempre più legato alla possibilità di sostenere personalmente le spese o di disporre di un fondo sanitario o una polizza assicurativa. Che, in ogni caso, non potranno mai garantire nemmeno ai più abbienti una copertura totale come quella offerta dal Ssn». La spesa out-of-pocket – ovvero quella pagata direttamente dai cittadini – che nel periodo 2021-2022 ha registrato un incremento medio annuo dell'1,6% (+€ 5.326 in 10 anni), nel 2023 si è impennata aumentando del 10,3% (+€ 3.806 milioni) in un solo anno (figura 2). «Una cifra enorme – commenta Cartabellotta – e largamente sottostimata, in quanto arginata da vari fenomeni: la limitazione delle spese per la salute, l'indisponibilità economica temporanea e, soprattutto, la rinuncia alle cure». Infatti, secondo l'Istat nel 2023 4,48 milioni di persone hanno rinunciato a visite specialistiche o esami diagnostici pur avendone bisogno, per uno o più motivi: lunghi tempi di attesa, difficoltà di accesso (struttura lontana, mancanza di trasporti, orari scomodi), problemi economici (impossibilità di pagare, costo eccessivo). E per motivi economici nel 2023 hanno rinunciato alle cure quasi 2,5 milioni di persone (4,2% della popolazione), quasi 600.000 in più dell'anno precedente.

Crolla la spesa per la prevenzione.

Rispetto al 2022, nel 2023 la spesa per i “Servizi per la prevenzione delle malattie” si riduce di ben € 1.933 milioni (-18,6%). «Tenendo conto che la prevenzione – commenta Cartabellotta – è la “sorella povera” del Ssn, al quale viene allocato circa il 6% del finanziamento pubblico, tale riduzione rappresenta un’ulteriore spia del sotto-finanziamento che, inevitabilmente, costringe Regioni e Aziende sanitarie a sottrarre risorse ad un settore sì fondamentale, ma considerato differibile. Ma tagliare oggi sulla prevenzione avrà un costo altissimo in termini di salute negli anni a venire, documentando la miopia di queste scelte di breve periodo».

Crisi del personale sanitario.

«La sanità pubblica – commenta Cartabellotta – sta sperimentando una crisi del personale sanitario senza precedenti: inizialmente dovuta al definanziamento del Ssn e ad errori di programmazione, oggi, dopo la pandemia, è aggravata da una crescente frustrazione e disaffezione per il Ssn. Turni massacranti, burnout, basse retribuzioni, prospettive di carriera limitate ed escalation dei casi di violenza stanno demolendo la motivazione e la passione dei professionisti, portando la situazione verso il punto del non ritorno».

I dati raccolti da organizzazioni sindacali e di categoria documentano infatti il progressivo abbandono del Ssn: secondo la Fondazione Onaosi, tra il 2019 e il 2022 il Ssn ha perso oltre 11.000 medici per licenziamenti o conclusione di contratti a tempo determinato e Anaa-Assomed stima ulteriori 2.564 abbandoni nel primo semestre 2023.

L’Italia dispone complessivamente di 4,2 medici ogni 1.000 abitanti (figura 3), un dato superiore alla media Ocse (3,7), ma sta sperimentando il progressivo abbandono del SSN e carenze selettive: oltre ai medici di famiglia, alcune specialità mediche fondamentali non sono più attrattive per i giovani medici, che disertano le specializzazioni in medicina d’emergenza-urgenza, medicina nucleare, medicina e cure palliative, patologia clinica e biochimica clinica, microbiologia, e radioterapia.

«Ma la vera crisi – continua il Presidente – riguarda il personale infermieristico: nonostante i crescenti bisogni, anche per la riforma dell’assistenza territoriale, il numero di infermieri è largamente insufficiente e, soprattutto, le iscrizioni al Corso di Laurea sono in continuo calo, con sempre meno laureati».

Con 6,5 infermieri ogni 1.000 abitanti (figura 4), l’Italia è ben al di sotto della media Ocse (9,8), collocandosi tra i paesi europei con il più basso rapporto infermieri/medici (1,5 a fronte di una media europea di 2,4). Inoltre, nel 2022 i laureati in Scienze Infermieristiche sono stati appena 16,4 per 100.000 abitanti (figura 5), rispetto ad una media OCSE di 44,9, lasciando l’Italia in coda alla classifica prima solo del Lussemburgo e della Colombia.

Per l’Anno Accademico 2024-2025 sono state presentate 21.250 domande per il Corso di Laurea in Scienze Infermieristiche a fronte di 20.435 posti, un dato che dimostra la mancata attrattività di questa professione.

Livelli Essenziali di Assistenza e divario Nord-Sud.

Rispetto ai Livelli essenziali di assistenza (Lea) – le prestazioni e i servizi che il Ssn è tenuto a fornire a tutti i cittadini gratuitamente o dietro il pagamento di un ticket – nel 2022 solo 13 Regioni rispettano gli standard essenziali di cura, con un ulteriore aumento del divario Nord-Sud (figura 6): Puglia e Basilicata sono le uniche Regioni promosse al Sud, ma comunque in posizioni di coda. «Siamo di fronte – commenta Cartabellotta – ad una vera e propria frattura strutturale Nord-Sud nell’esigibilità del diritto alla tutela della salute. A questo quadro si aggiunge la legge sull’autonomia differenziata, che affonderà definitivamente la sanità del Mezzogiorno, assestando il colpo di grazia al SSN e innescando un disastro sanitario, economico e sociale senza precedenti che avrà conseguenze devastanti per milioni di persone».

Mobilità sanitaria e conseguenze economiche.

Anche la mobilità sanitaria evidenzia la forte capacità attrattiva delle Regioni del Nord, con i residenti delle Regioni del Centro-Sud spesso costretti a spostarsi in cerca di cure migliori. In particolare nel decennio 2012-2021 le Regioni del Mezzogiorno hanno accumulato un saldo negativo pari a € 10,96 miliardi (figura 7). «L’aumento della migrazione sanitaria ha effetti economici devastanti non solo sulle famiglie – aggiunge Cartabellotta – ma anche sui bilanci delle Regioni del Mezzogiorno, che risultano ulteriormente impoverite».

Stato di avanzamento del Pnrr.

Al 30 giugno 2024 sono stati raggiunti i target europei che condizionano il pagamento delle rate all'Italia. «Tuttavia, effettuata la “messa a terra” dei progetti – spiega il Presidente – la loro attuazione già risente delle diseguaglianze regionali, in particolare tra Nord e Sud del Paese». I risultati preliminari del 4° Monitoraggio Agenas sul Dm 77/2022 documentano che, al 30 giugno 2024 sono stati dichiarati attivi dalle Regioni il 19% delle Case di Comunità (268 su 1.421) (tabella 3), il 59% delle Centrali Operative Territoriali (362 su 611) (tabella 4) e il 13% degli Ospedali di Comunità (56 su 429) (tabella 5), con ritardi particolarmente marcati nel Mezzogiorno. Il target intermedio sulla percentuale di over 65 in assistenza domiciliare è stato raggiunto a livello nazionale e in tutte le Regioni tranne che in tre Regioni del Sud. Al 31 luglio 2024 sono stati realizzati il 52% dei posti letto di terapia intensiva (figura 8) e il 50% di quelli di terapia sub-intensiva (figura 9), con nette differenze regionali. «La Missione Salute del Pnrr – chiosa Cartabellotta - è una grande opportunità, che rischia di essere vanificata se non integrata in un piano di rafforzamento complessivo della sanità pubblica: non può e non deve diventare una costosa “stampella” per sorreggere un SSN claudicante. Peraltro, la legge sull'autonomia differenziata va “in direzione ostinata e contraria” agli obiettivi dell'intero Pnrr che prevedono di ridurre le diseguaglianze regionali e territoriali. Così facendo, non solo si tradiscono le finalità del Pnrr, ma si indebitano le future generazioni per aggravare ulteriormente le disparità nell'accesso alle cure tra Nord e Sud».

«Perdere il Ssn – conclude Cartabellotta – non significa solo compromettere la salute delle persone, ma soprattutto mortificarne la dignità e ridurre le loro capacità di realizzare ambizioni e obiettivi. È per questo che la Fondazione Gimbe ha aggiornato il Piano di Rilancio del Ssn: un programma chiaro in 13 punti che prescrive la terapia necessaria a salvare il nostro Ssn “malato”. Un piano che ha come bussola l'articolo 32 della Costituzione e il rispetto dei principi fondanti del Ssn e mette nero su bianco le azioni indispensabili per potenziarlo con risorse adeguate, riforme coraggiose e una radicale e moderna riorganizzazione. Per attuare questo piano, la Fondazione Gimbe invoca un nuovo patto politico e sociale, che superi divisioni ideologiche e avvicendamenti dei Governi, riconoscendo nel Ssn un pilastro della nostra democrazia, uno strumento di coesione sociale e un motore per lo sviluppo economico dell'Italia. Un patto che chiede ai cittadini di diventare utenti informati e responsabili, consapevoli del valore del Ssn, e a tutti gli attori della sanità di rinunciare ai privilegi acquisiti per salvaguardare il bene comune».

https://www.sanita24.ilsole24ore.com/art/aziende-e-regioni/2024-10-08/-7-rapporto-gimbe-sanita-pubblica-emergenza-crisi-personale-frattura-nord-sud-spesa-famiglie-103percento-45-mln-persone-rinunciano-cure-186percento-speso-la-prevenzione-piano-rilancio-e-richiesta-un-210852.php?uuid=AGvLC3R&cmpid=nlqf&refresh_ce=1

Figura 1. Fabbisogno Sanitario Nazionale: trend 2010-2024

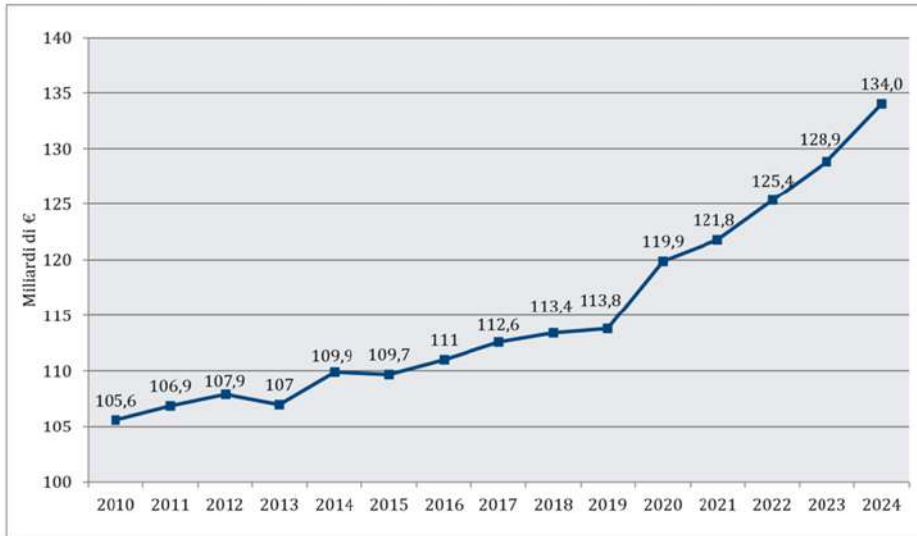


Figura 2. Trend spesa sanitaria privata 2012-2023 (dati ISTAT-SHA)

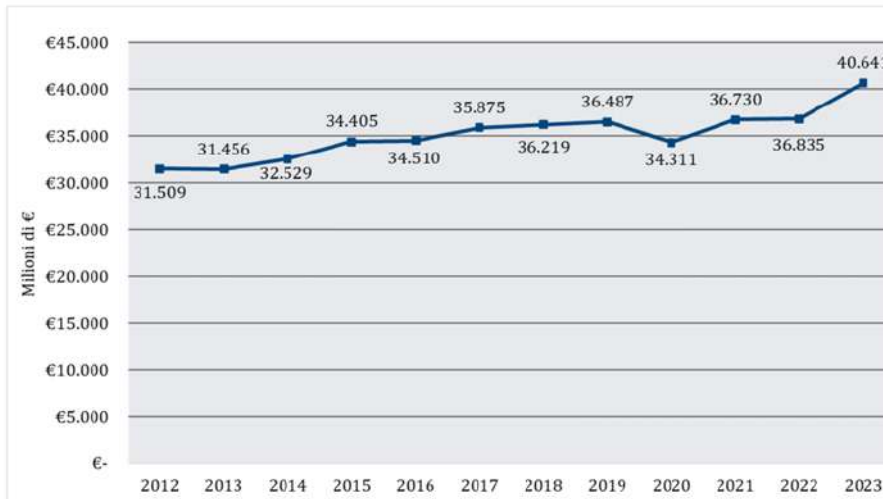


Figura 3. Medici per 1.000 abitanti (dati OCSE, anno 2022 o più recente disponibile)

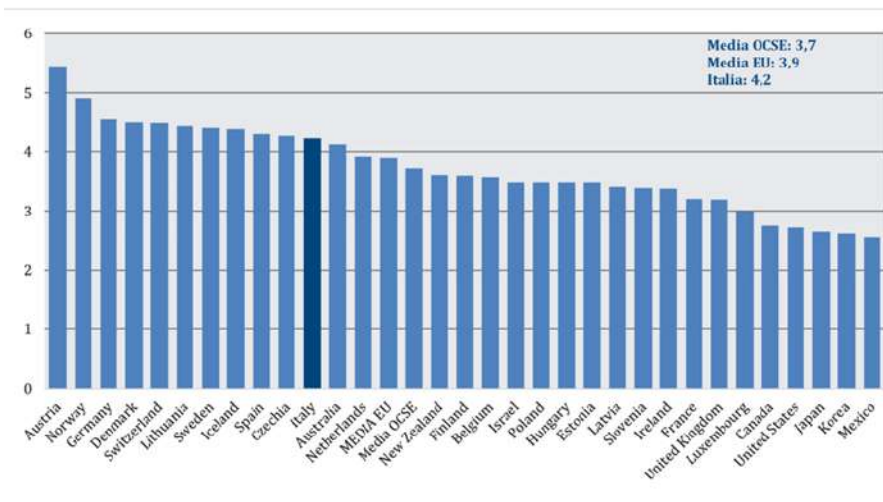


Figura 4. Infermieri per 1.000 abitanti (dati OCSE, anno 2022 o più recente disponibile)

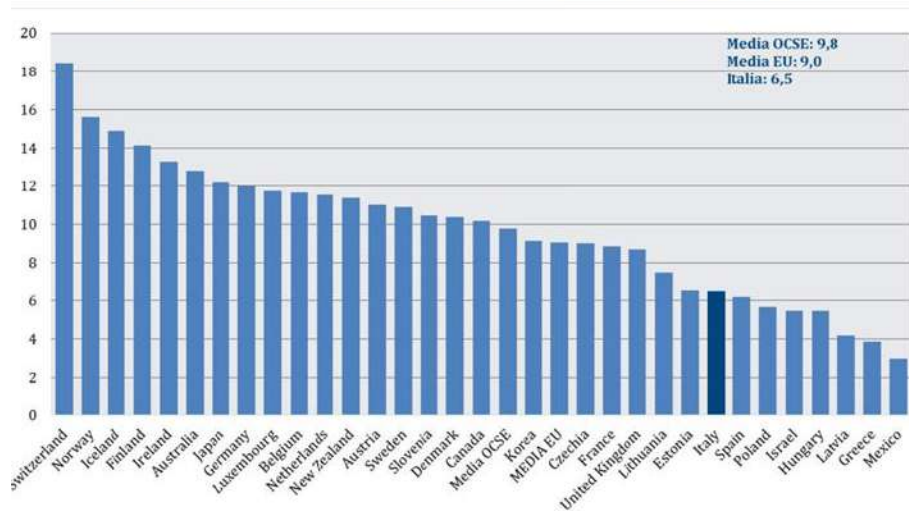


Figura 5. Laureati in Scienze Infermieristiche per 100.000 abitanti (dati OCSE, anno 2022 o più recente disponibile)

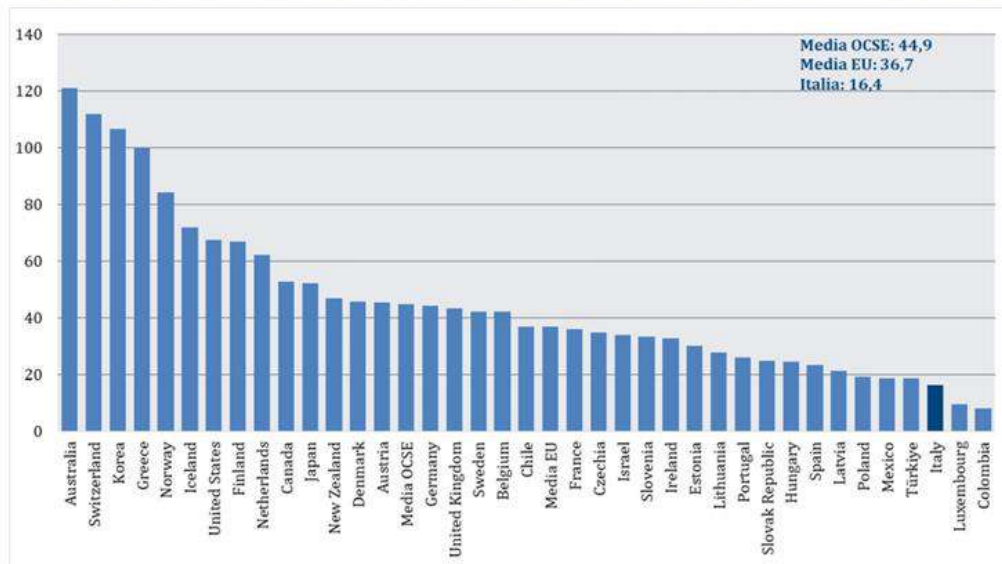


Figura 6. Nuovo Sistema di Garanzia: punteggi totali anno 2022

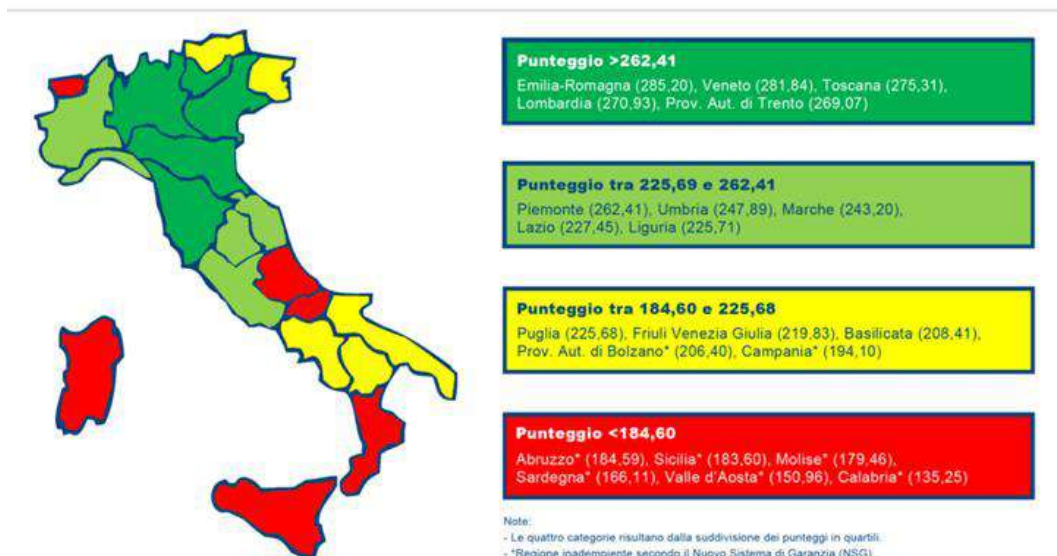


Figura 7. Saldi mobilità interregionale 2012-2021 (riparto FSN 2014-2023)

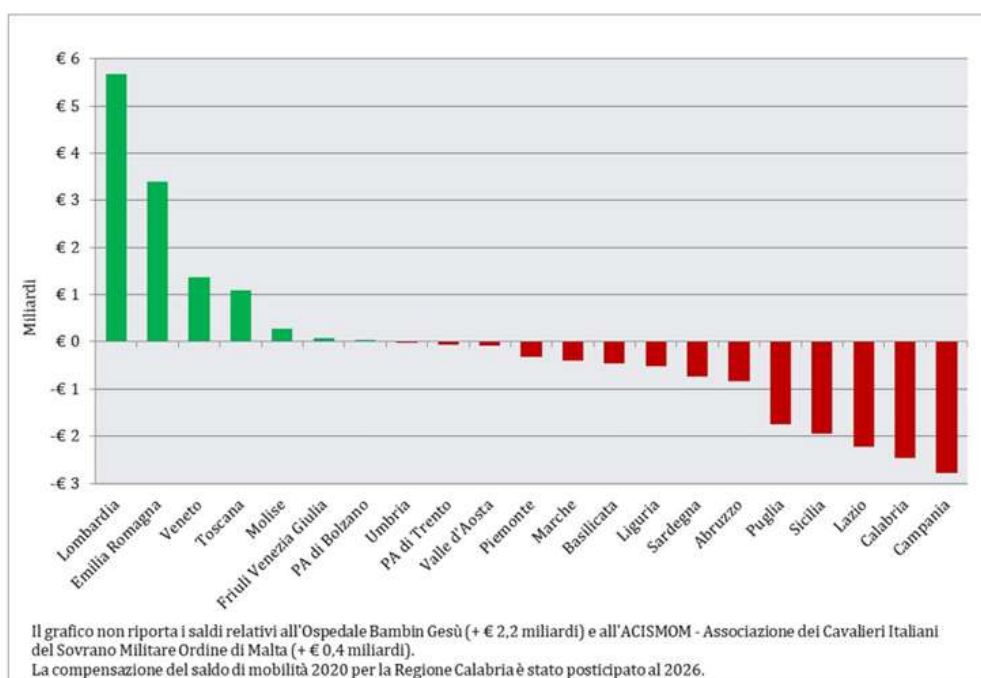


Figura 8. Percentuale di posti letto aggiuntivi di terapia intensiva realizzati al 31 luglio 2024

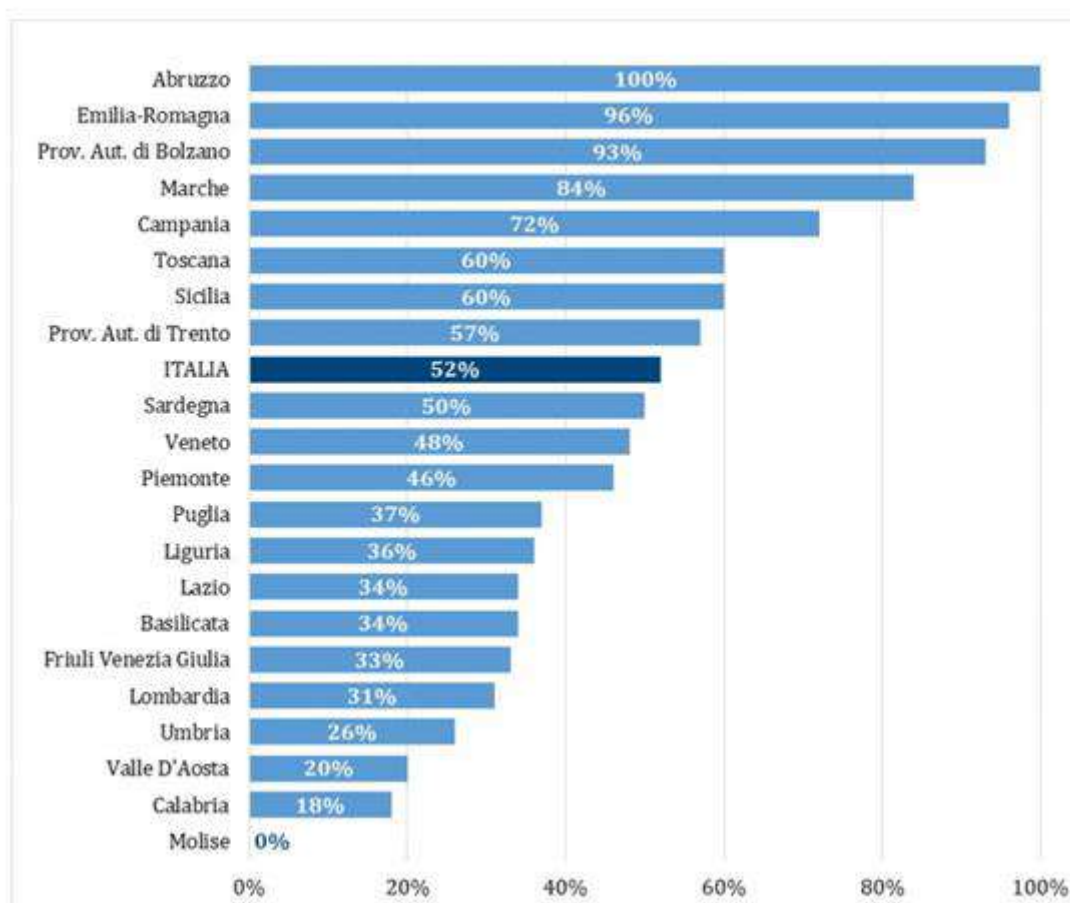


Figura 9. Percentuale di posti letto aggiuntivi di terapia sub-intensiva realizzati al 31 luglio 2024

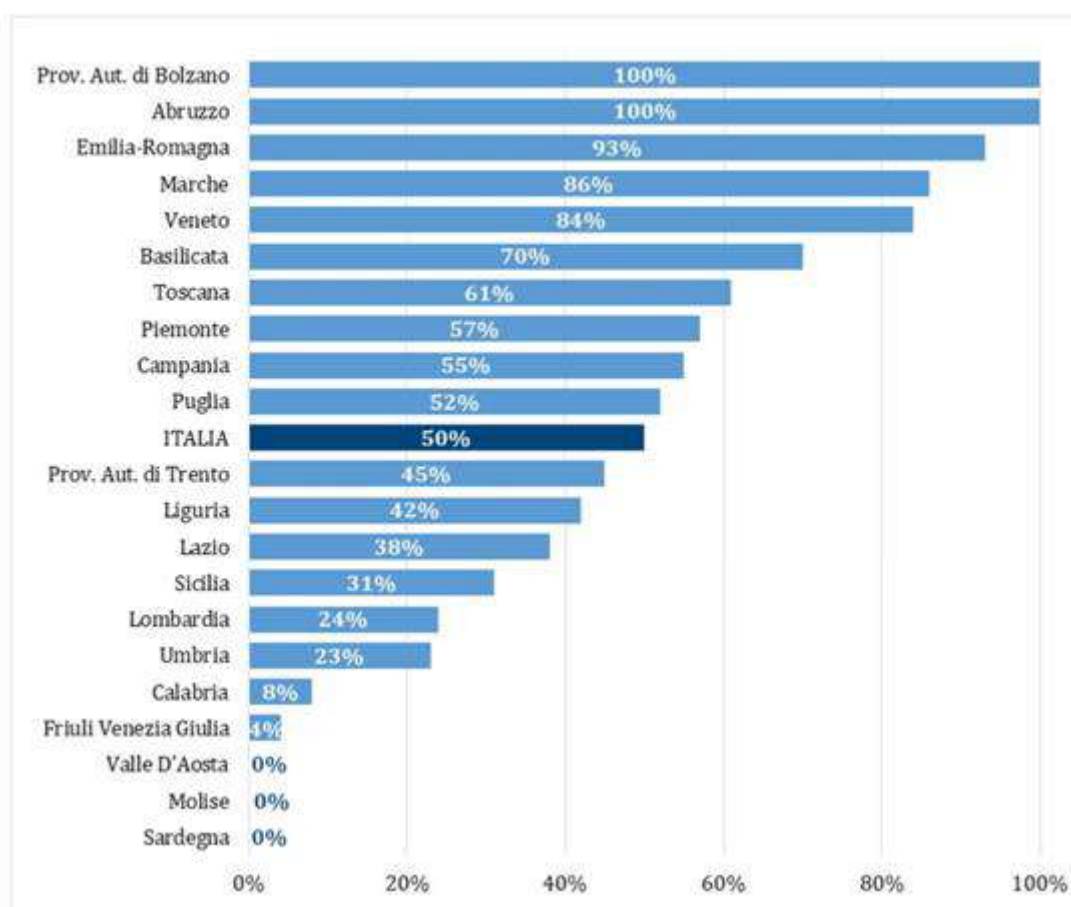


Tabella 1. Piano Strutturale di Bilancio di medio termine 2025-2029: consuntivo 2023 e stime 2024-2027

	2023	2024	2025	2026	2027
Spesa sanitaria (milioni di €)	131.119	137.934	141.929	144.969	147.506
Spesa sanitaria (% PIL)	6,2%	6,3%	6,3%	6,2%	6,2%
Tasso di variazione in %	-	5,2%	2,9%	2,1%	1,7%

GIMBE
EVIDENCE FOR HEALTH

Tabella 2. Spesa sanitaria 2023 vs 2022 in milioni di euro

	2022	2023	Delta	Delta (%)
Totale spesa sanitaria	171.867	176.153	+4.286	+2,5%
Spesa pubblica	130.364	130.291	-73	-0,1%
Spesa privata	41.503	45.862	+4.359	+10,5%
Out-of-pocket	36.835	40.641	+3.806	+10,3%
Intermediata	4.668	5.221	+553	+11,8%

Tabella 3. Case della Comunità previste e dichiarate attive dalle Regioni (dati Agenas al 30 giugno 2024)

Regione	CdC previste	CdC dichiarate attive	%
Lombardia	196	129	66%
Veneto	95	59	62%
Emilia-Romagna	85	44	52%
Molise	13	5	38%
Piemonte	82	17	21%
Toscana	76	8	11%
Marche	29	3	10%
Liguria	32	1	3%
Sicilia	155	2	1%
Abruzzo	40	0	0%
Basilicata	19	0	0%
Calabria	61	0	0%
Campania	172	0	0%
Friuli Venezia Giulia	23	0	0%
Lazio	131	0	0%
Prov. Aut. di Bolzano	10	0	0%
Prov. Aut. di Trento	10	0	0%
Puglia	121	0	0%
Sardegna	50	0	0%
Umbria	17	0	0%
Valle D'Aosta	4	0	0%
Italia	1.421	268	19%

Tabella 4. Centrali Operative Territoriali previste e attive già verificate (dati Agenas al 30 giugno 2024)

Regione	COT previste	COT pienamente funzionanti	%
Abruzzo	13	13	100%
Marche	15	15	100%
Prov. Aut. di Bolzano	5	5	100%
Umbria	9	9	100%
Valle D'Aosta	1	1	100%
Veneto	49	48	98%
Emilia-Romagna	45	44	98%
Toscana	37	35	95%
Sardegna	16	14	88%
Lombardia	101	85	84%
Lazio	59	45	76%
Liguria	16	12	75%
Piemonte	43	27	63%
Sicilia	50	9	18%
Basilicata	6	0	0%
Calabria	21	0	0%
Campania	65	0	0%
Friuli Venezia Giulia	12	0	0%
Molise	3	0	0%
Prov. Aut. di Trento	5	0	0%
Puglia	40	0	0%
Italia	611	362	59%

Tabella 5. Ospedali di Comunità previsti e dichiarati attivi dalle Regioni (dati Agenas al 30 giugno 2024)

Regione	OdC previsti	OdC dichiarati attivi	%
Molise	2	2	100%
Veneto	35	15	43%
Lombardia	63	21	33%
Puglia	38	7	18%
Abruzzo	11	2	18%
Liguria	11	2	18%
Emilia-Romagna	27	4	15%
Marche	9	1	11%
Sardegna	13	1	8%
Campania	48	1	2%
Basilicata	5	0	0%
Calabria	20	0	0%
Friuli Venezia Giulia	7	0	0%
Lazio	35	0	0%
Piemonte	27	0	0%
Prov. Aut. di Bolzano	3	0	0%
Prov. Aut. di Trento	3	0	0%
Sicilia	43	0	0%
Toscana	23	0	0%
Umbria	5	0	0%
Valle D'Aosta	1	0	0%
Italia	429	56	13%

https://www.sanita24.ilsola24ore.com/pdf2010/Editrice/ILSOLE24ORE/QUOTIDIANO_SANITA/Oggetti_Correlati/Documenti/2024/10/09/Dati_sintesi_GIMBE.pdf?uuid=AGvLC3R

quotidianosanita.it

Corte dei conti: “Servono risorse per assunzioni”.

E su eventuali fondi in più chiede chiarimenti: “Nel biennio la spesa sanitaria è già prevista in crescita oltre il target europeo”

In audizione sul Piano strutturale di Bilancio presso le Commissioni Bilancio di Camera e Senato la magistratura contabile chiede chiarezza sul possibile aumento delle risorse: “Già nel quadro tendenziale, infatti, la spesa nel triennio 2025-27 è prevista in crescita del 2,3 in media all’anno, in misura superiore alla variazione assunta con la traiettoria (+1,5 per cento)”.

“In campo sanitario per rispondere adeguatamente alle necessità di cura si dovranno innanzitutto affrontare le problematiche relative al personale. Risorse saranno necessarie per il finanziamento di nuove assunzioni che consentano di migliorare le condizioni di lavoro e per avviare un percorso di adeguamento delle retribuzioni contrastando la disaffezione per il lavoro nelle strutture pubbliche che si esprime sia in bandi di concorso che vanno deserti e sia in crescenti fenomeni di abbandono. Agire per superare le carenze di personale, soprattutto infermieristico, che rappresenta al momento il principale deficit, sembra, poi, rappresentare una condizione indispensabile per dar corpo effettivo alla riforma dell’assistenza territoriale, contribuendo a superare le difficoltà che si scaricano oggi su liste d’attesa e pronti soccorsi”. È quanto si legge

nella memoria della Corte dei conti in audizione presso le Commissioni Bilancio di Camera e Senato, nell'ambito dell'attività conoscitiva preliminare all'esame del Piano strutturale di bilancio di medio termine 2025-2029.

La Corte ha chiesto anche chiarezza sulle risorse: "Il Piano inserisce il sistema sanitario tra quelli cui dedicare una specifica attenzione, prevedendo di mantenere la crescita della spesa ad un livello superiore a quello previsto per la spesa netta. Una impostazione che dovrà trovare una più chiara specificazione nel prossimo documento programmatico di bilancio. Già nel quadro tendenziale, infatti, la spesa nel triennio 2025-27 è prevista in crescita del 2,3 in media all'anno, in misura superiore alla variazione assunta con la traiettoria (+1,5 per cento). Ciò è alla base della seppur limitata crescita della spesa sanitaria rispetto alla spesa corrente primaria".

LA SPESA SANITARIA E IL FABBISOGNO SANITARIO NAZIONALE STANDARD

	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025	2026	2027
Spesa sanitaria														
a prezzi correnti	109.712	110.008	110.977	112.185	114.423	115.663	122.679	127.627	131.674	131.119	137.934	141.929	144.969	147.506
a prezzi costanti	116.962	116.367	115.944	116.380	117.445	117.487	122.679	126.010	125.536	118.133	121.956	122.907	123.078	123.018
fabbisogno nazionale standard														
a prezzi correnti	109.928	109.715	111.002	112.577	113.404	114.474	121.557	123.461	127.065	128.874	134.015	135.231	135.517	135.517
a prezzi costanti	117.192	116.056	115.971	116.788	116.398	116.280	121.557	121.896	121.142	116.111	118.491	117.107	115.054	113.019
spesa a prezzi correnti/Pil	6,71	6,61	6,51	6,43	6,44	6,41	7,35	6,93	6,59	6,16	6,30	6,29	6,24	6,19
fabbisogno nazionale standard/Pil	6,72	6,60	6,51	6,45	6,38	6,35	7,28	6,70	6,36	6,06	6,12	5,99	5,83	5,69

Fonte: elaborazione Corte dei conti su dati ISTAT e MEF vari anni

Il report della Corte dei conti sulla sanità

Il nuovo quadro conferma sostanzialmente le previsioni per la spesa sanitaria contenute nel DEF 2024. Ad aprile scorso nel documento era stato rivisto in misura significativa il dato 2023 rispetto alla NaDEF: a consuntivo la spesa era risultata inferiore alle attese (131,7 miliardi), in calo rispetto al 2022 dello 0,4 per cento. Una flessione che si era riflessa anche in termini di prodotto (da 6,7 al 6,3 per cento) e in rapporto alla spesa corrente primaria. Un ridimensionamento che veniva ricondotto soprattutto allo slittamento al 2024 degli esborsi per il contratto del personale dirigente sanitario relativo al triennio 2019-21 e per il rinnovo delle convenzioni per l'assistenza medico generica. L'importo per il 2024 era previsto crescere a 138 miliardi (+5,8 per cento) per poi collocarsi a partire dal 2025 su valori compresi tra i 142 e i 147 miliardi.

Nel nuovo quadro tendenziale la spesa per il 2024 è rivista in riduzione di poco più di 800 milioni (importo in parte trasferito sugli esercizi successivi), ma si mantiene in crescita del 5,2 per cento. La spesa cresce a poco meno di 142 miliardi nel 2025 e supera i 147,5 miliardi nel 2027. Un aumento, in termini reali, pari a appena lo 0,3 per cento. Si conferma il profilo riduttivo in termini di prodotto fino al 6,19 per cento nel 2027 già rilevato nel DEF 24 (era il 6,41 per cento nel 2019). Il Piano inserisce il sistema sanitario tra quelli cui dedicare una specifica attenzione, prevedendo di mantenere la crescita della spesa ad un livello superiore a quello previsto per la spesa netta. Una impostazione che dovrà trovare una più chiara specificazione nel prossimo documento programmatico di bilancio. Già nel quadro tendenziale, infatti, la spesa nel triennio 2025-27 è prevista in crescita del 2,3 in media all'anno, in misura superiore alla variazione assunta con la traiettoria (+1,5 per cento). Ciò è alla base della seppur limitata crescita della spesa sanitaria rispetto alla spesa corrente primaria.

Il finanziamento a cui concorre lo Stato per la garanzia dei livelli essenziali di assistenza (fabbisogno sanitario nazionale standard), nonostante l'aumento disposto dalla legge di bilancio (che l'ha portato a 134 miliardi nel 2024 per crescere 135,5 dal 2026) si conferma, in rapporto al prodotto, in graduale flessione: nel triennio 2024-26 si riduce di tre decimi di punto (dal 6,1 del 2023 al 5,8 per cento a fine periodo). E ciò senza considerare che i nuovi fondi attribuiti dalla legge di bilancio 2024, oltre ai contratti (2,4 miliardi), sono destinati a specifici interventi aggiuntivi per circa 500 milioni nel 2024 che crescono a 1,5 miliardi nel 2025. Se fino al 2020 la forbice tra i due importi si era mantenuta entro margini limitati, a partire dal 2021 (con

l'eccezione parziale del 2023) la distanza torna ad aumentare per collocarsi nel 2026-27 su valori superiori ai 9 miliardi.

È certamente condivisibile la scelta assunta nel Piano di puntare al potenziamento di alcune delle misure già inserite nel PNRR ma che ancora devono recuperare margini di realizzazione importanti: è il caso delle reti di medicina generale, delle reti di prossimità, delle strutture e telemedicina per l'assistenza sanitaria territoriale (Case della Comunità, le Centrali Operative e degli Ospedali della Comunità), nonché della digitalizzazione dei Dipartimenti di emergenza e accettazione di I e II livello, oltre che l'ammodernamento delle grandi apparecchiature sanitarie. A tali linee di intervento si accompagnano quelle per gli investimenti sulla ricerca e l'aggiornamento delle prestazioni ricomprese nei Livelli Essenziali di Assistenza al fine di garantire ai cittadini un'offerta di prestazioni sempre più ampia e corrispondente alle reali richieste di salute che sarà in parte compensata da un abbandono delle pratiche più obsolete e in alcuni casi addirittura dannose (cd. de-listing). Particolare impegno è previsto per la programmazione delle assunzioni di personale sanitario, intervenendo soprattutto sulle specializzazioni nelle quali si registrano carenze, l'assistenza territoriale e gli investimenti per l'edilizia sanitaria per i quali si prevede anche di ricorrere a strumenti finanziari e al partenariato pubblico-privato. Dal potenziamento degli strumenti di monitoraggio, nonché dal riordino degli strumenti per la sanità integrativa, l'assistenza e la non autosufficienza, è atteso un contributo al finanziamento degli interventi, mentre dalle modifiche nei criteri di riparto delle risorse deriverebbero stimoli al potenziamento delle aree meno sviluppate.

Si prefigura quindi un intervento molto ampio che muove su più fronti. Pur considerando gli effetti positivi di una sempre più attenta revisione della spesa (con il rafforzamento del monitoraggio), si tratta di individuare le risorse per affrontare le principali criticità:

- riassorbire i ritardi accumulati con la pandemia, ridisegnando la prevenzione;
- potenziare l'assistenza territoriale per superare le liste d'attesa e per decongestionare il pronto soccorso;
- superare le difficoltà sul fronte del personale sanitario, sempre meno motivato verso il pubblico in ragione delle insoddisfacenti condizioni economiche e della qualità del lavoro, richiede il finanziamento di nuove assunzioni (nel 2025 si dirà addio al tetto di spesa sul personale, ma con l'incognita dei bandi di concorso che rischiano di andare deserti mentre i dati segnalano l'aumento delle dimissioni) e l'avvio di un percorso di adeguamento delle retribuzioni e un miglioramento delle condizioni di lavoro andando oltre ad interventi occasionali;
- mantenere lo sforzo in termini di investimento in edilizia ospedaliera ed accelerare l'attuazione del PNRR per rafforzare nei tempi previsti il nuovo assetto dell'assistenza territoriale da cui dipende non solo la qualità delle cure in modo da scongiurare le difficoltà incontrate durante la pandemia, ma anche e soprattutto una risposta adeguata delle strutture di emergenza e di ricovero oggi chiamate a rispondere impropriamente ad esigenze del territorio;
- rendere operativo il nuovo sistema tariffario, da cui un beneficio potrà venire dai risparmi legati ad alcune prestazioni che hanno visto da anni una forte riduzione dei costi unitari (diagnostica di laboratorio) che tuttavia saranno assorbiti o superati dall'aumento del costo legato alla revisione dei LEA;
- affrontare i problemi specifici legati al funzionamento di meccanismi di controllo della spesa (payback), di cui da più parti si chiede la revisione ma senza intravedere per ora meccanismi alternativi di controllo per una spesa di farmaci e dispositivi medici che continua ad aumentare.

Un insieme di elementi a cui difficilmente si potrà far fronte con un generalizzato ampliamento delle risorse richiedendo l'adozione di scelte gestionali non facili in termini di allocazione delle risorse e un attento esame della qualità della spesa.

Ciò rende necessario un riesame dell'efficacia di tutti gli strumenti messi in campo negli ultimi anni a cui non sempre si sono accompagnati effetti positivi e, soprattutto che si portino a compimento strumenti nuovi di analisi dei bisogni che, come quelli previsti in ambito PNRR, possono consentire di rendere più efficace l'utilizzo delle risorse.

LA SPESA SANITARIA NEI DOCUMENTI PROGRAMMATICI

	2021	2022	2023	2024	2025	2026	2027
Piano strutturale di bilancio	127.627	131.674	131.119	137.934	141.929	144.969	147.506
variazione su anno prec	4,03	3,17	-0,42	5,20	2,90	2,14	1,75
in % Pil	6,93	6,59	6,16	6,30	6,29	6,24	6,19
in % spesa corrente primaria	15,49	15,43	15,00	15,27	15,27	15,35	15,50
Def 2024	127.627	131.674	131.119	138.776	141.814	144.760	147.420
variazione su anno prec	4,03	3,17	-0,42	5,84	2,19	2,08	1,84
in % Pil	7,01	6,71	6,29	6,42	6,34	6,28	6,23
in % spesa corrente primaria	15,64	15,32	14,88	15,28	15,30	15,46	15,53
LB 2024	127.451	131.103	134.734	135.946	140.701	143.172	
variazione su anno prec	3,90	2,87	2,77	0,90	3,50	1,76	
in % Pil	6,99	6,74	6,57	6,38	6,39	6,30	
in % spesa corrente primaria	15,61	15,28	15,31	15,08	15,33	15,45	
Nadef 2023	127.451	131.103	134.734	132.946	136.701	138.972	
variazione su anno prec	3,90	2,87	2,77	-1,33	2,82	1,66	
in % Pil	6,99	6,74	6,57	6,24	6,21	6,11	
in % spesa corrente primaria	15,61	15,28	15,31	14,85	15,07	15,15	
Def 2023	127.451	131.103	136.043	132.737	135.034	138.339	
variazione su anno prec	3,90	2,87	3,77	-2,43	1,73	2,45	
in % Pil	7,13	6,87	6,74	6,31	6,21	6,17	
in % spesa corrente primaria	15,65	15,33	15,35	14,98	15,01	15,13	
LB 2023	127.834	133.998	134.548	131.039	132.095		
variazione su anno prec	4,17	4,82	0,41	-2,61	0,81		
in % Pil	7,17	7,04	6,76	6,31	6,14		
in % spesa corrente primaria	15,70	15,39	15,46	14,74	14,67		
Nadef 2022	127.834	133.998	131.724	128.708	129.428		
variazione su anno prec	4,17	4,82	-1,70	-2,29	0,56		
in % Pil	7,17	7,04	6,62	6,20	6,02		
in % spesa corrente primaria	15,70	15,39	15,14	14,48	14,37		
Def 2022	127.834	131.710	130.734	128.872	129.518		
variazione su anno prec	4,17	3,03	-0,74	-1,42	0,50		
in % Pil	7,20	7,00	6,65	6,32	6,15		
in % spesa corrente primaria	15,66	15,55	15,08	14,78	14,66		
Nadef 2021	129.449	125.708	123.554	124.428			
variazione su anno prec	4,84	-2,89	-1,71	0,71			
in % Pil	7,28	6,67	6,30	6,14			
in % spesa corrente primaria	15,54	15,20	14,93	14,89			
Def 2021	127.138	123.662	126.231	124.410			
variazione su anno prec	2,97	-2,73	2,08	-1,44			
in % Pil	7,31	6,74	6,63	6,33			
in % spesa corrente primaria	15,41	15,00	15,15	14,83			

Fonte: elaborazione Corte dei conti su dati ISTAT e MEF vari anni

https://www.quotidianosanita.it/governo-e-parlamento/articolo.php?articolo_id=124861



CORTE DEI CONTI
SEZIONI RIUNITE IN SEDE DI CONTROLLO

AUDIZIONE DELLA CORTE DEI CONTI SUL
PIANO STRUTTURALE DI BILANCIO DI MEDIO TERMINE 2025-2029

Commissioni riunite Bilancio della Camera dei deputati e del Senato della Repubblica



Ottobre 2024



<https://www.quotidianosanita.it/allegati/allegato1728318515.pdf>

Ssn emergenza del Paese. Crisi del personale, frattura Nord-Sud, boom spesa famiglie e rinuncia alle cure. Da Gimbe piano di rilancio

Un divario della spesa sanitaria pubblica pro capite di € 889 rispetto alla media dei paesi Ocse membri dell'UE, con un gap complessivo che sfiora i € 52,4 miliardi; la crisi motivazionale del personale che abbandona il Ssn; il boom della spesa a carico delle famiglie (+10,3%); quasi 4,5 milioni di persone che nel 2023 hanno rinunciato alle cure; le inaccettabili diseguaglianze regionali e territoriali; la migrazione sanitaria e i disagi quotidiani sui tempi di attesa e sui pronto soccorso "dimostrano che il Ssn è al punto di non ritorno".

08 OTT -

"Il Rapporto che la Fondazione Gimbe pubblica periodicamente rappresenta un prezioso spaccato di analisi sulle condizioni e i problemi della sanità in Italia. L'edizione di quest'anno, dedicata alle criticità del sistema sanitario, acquisisce un interesse particolare, ponendosi come sollecitazione all'applicazione dei principi di universalità e uguaglianza sanciti dalla Costituzione. Il Servizio Sanitario Nazionale costituisce, infatti, una risorsa preziosa ed è pilastro essenziale per la tutela del diritto alla salute, nella sua duplice accezione di fondamentale diritto dell'individuo e interesse della collettività. La sua efficienza è frutto, naturalmente, delle risorse dedicate e dei modelli organizzativi applicati, responsabilità, quest'ultima, affidata alle Regioni. Per garantire livelli sempre più elevati di qualità nella prevenzione, nella cura e nell'assistenza, è necessaria la costante adozione di misure sinergiche da parte di tutti gli attori coinvolti".

Lo afferma il Presidente della Repubblica **Sergio Mattarella** nel messaggio inviato in occasione della presentazione - presso la Sala Capitolare del Senato della Repubblica - del 7° Rapporto sul Servizio Sanitario Nazionale (Ssn).

"Dati, narrative e sondaggi di popolazione – esordisce **Nino Cartabellotta**, presidente della Fondazione Gimbe – dimostrano che oggi la vera emergenza del Paese è il Servizio Sanitario Nazionale". Un divario della spesa sanitaria pubblica pro capite di € 889 rispetto alla media dei paesi Ocse membri dell'Unione Europea, con un gap complessivo che sfiora i € 52,4 miliardi; la crisi motivazionale del personale che abbandona il Ssn; il boom della spesa a carico delle famiglie (+10,3%); quasi 4,5 milioni di persone che nel 2023 hanno rinunciato alle cure, di cui 2,5 milioni per motivi economici; le inaccettabili diseguaglianze regionali e territoriali; la migrazione sanitaria e i disagi quotidiani sui tempi di attesa e sui pronto soccorso affollati "dimostrano – continua Cartabellotta – che la tenuta del Ssn è prossima al punto di non ritorno, che i principi fondanti di universalismo, equità e uguaglianza sono stati ormai traditi e che si sta lentamente sgretolando il diritto costituzionale alla tutela della salute, in particolare per le fasce socio-economiche più deboli, gli anziani e i fragili, chi vive nel Mezzogiorno e nelle aree interne e disagiate".

Definanziamento cronico.

"La grave crisi di sostenibilità del Ssn – afferma Cartabellotta – è frutto anzitutto del definanziamento attuato negli ultimi 15 anni da tutti i Governi, che hanno sempre visto nella spesa sanitaria un costo da tagliare ripetutamente e non una priorità su cui investire in maniera costante: hanno scelto di ridurre il perimetro della tutela pubblica per aumentare i sussidi individuali, con l'obiettivo di mantenere il consenso elettorale, ignorando deliberatamente che qualche decina di euro in più in busta paga non compensano certo le centinaia di euro da sborsare per un accertamento diagnostico o una visita specialistica".

Il Fabbisogno Sanitario Nazionale (FSN) dal 2010 al 2024 è aumentato complessivamente di € 28,4 miliardi, in media € 2 miliardi per anno, ma con trend molto diversi. Nel periodo pre-pandemico (2010-2019) alla sanità pubblica sono stati sottratti oltre € 37 miliardi tra "tagli" per il risanamento della finanza pubblica e minori risorse assegnate rispetto ai livelli programmati. Negli anni 2020-2022 il Fsn è aumentato di ben € 11,6 miliardi, una cifra tuttavia interamente assorbita dai costi della pandemia Covid, che non ha permesso un rafforzamento strutturale del Ssn né consentito alle Regioni di mantenere in ordine i bilanci. Per gli anni 2023-2024 il Fsn è aumentato di € 8.653 milioni: tuttavia, nel 2023 € 1.400 milioni sono stati assorbiti dalla

copertura dei maggiori costi energetici e dal 2024 oltre € 2.400 milioni sono destinati ai doverosi rinnovi contrattuali del personale. Le previsioni per il prossimo futuro non lasciano intravedere alcun rilancio del finanziamento pubblico per la sanità: infatti, secondo il Piano Strutturale di Bilancio deliberato lo scorso 27 settembre in Consiglio dei Ministri, il rapporto spesa sanitaria/Pil si riduce dal 6,3% nel 2024-2025 al 6,2% nel 2026-2027. A fronte di una crescita media annua del PIL nominale del 2,8%, nel triennio 2025-2027 il Piano Strutturale di Bilancio stima una crescita media della spesa sanitaria del 2,3% annuo.

"Questi dati – spiega Cartabellotta – confermano il continuo e progressivo definanziamento del Ssn che non tiene conto dell'emergenza sanità e prosegue ostinatamente nella stessa direzione dei Governi precedenti".

Crescita del peso sulle famiglie.

Rispetto al 2022, nel 2023 i dati Istat documentano che l'aumento della spesa sanitaria totale (+€ 4.286 milioni) è stato sostenuto esclusivamente dalle famiglie come spesa diretta (+€ 3.806 milioni) o tramite fondi sanitari e assicurazioni (+€ 553 milioni), vista la sostanziale stabilità della spesa pubblica (-€ 73 milioni).

"Le persone – spiega Cartabellotta – sono costrette a pagare di tasca propria un numero crescente di prestazioni sanitarie, con pesanti ripercussioni sui bilanci familiari. Una situazione in continuo peggioramento, che rischia di lasciare l'universalismo del Ssn solo sulla carta, visto che l'accesso alle prestazioni è sempre più legato alla possibilità di sostenere personalmente le spese o di disporre di un fondo sanitario o una polizza assicurativa. Che, in ogni caso, non potranno mai garantire nemmeno ai più abbienti una copertura totale come quella offerta dal Ssn".

La spesa out-of-pocket – ovvero quella pagata direttamente dai cittadini – che nel periodo 2021-2022 ha registrato un incremento medio annuo dell'1,6% (+€ 5.326 in 10 anni), nel 2023 si è impennata aumentando del 10,3% (+€ 3.806 milioni) in un solo anno.

"Una cifra enorme – commenta il Presidente – e largamente sottostimata, in quanto arginata da vari fenomeni: la limitazione delle spese per la salute, l'indisponibilità economica temporanea e, soprattutto, la rinuncia alle cure". Infatti, secondo l'Istat nel 2023 4,48 milioni di persone hanno rinunciato a visite specialistiche o esami diagnostici pur avendone bisogno, per uno o più motivi: lunghi tempi di attesa, difficoltà di accesso (struttura lontana, mancanza di trasporti, orari scomodi), problemi economici (impossibilità di pagare, costo eccessivo). E per motivi economici nel 2023 hanno rinunciato alle cure quasi 2,5 milioni di persone (4,2% della popolazione), quasi 600.000 in più dell'anno precedente.

Crolla la spesa per la prevenzione.

Rispetto al 2022, nel 2023 la spesa per i "Servizi per la prevenzione delle malattie" si riduce di ben € 1.933 milioni (-18,6%). "Tenendo conto che la prevenzione – commenta Cartabellotta – è la 'sorella povera' del Ssn, al quale viene allocato circa il 6% del finanziamento pubblico, tale riduzione rappresenta un'ulteriore spia del sotto-finanziamento che, inevitabilmente, costringe Regioni e Aziende sanitarie a sottrarre risorse ad un settore sì fondamentale, ma considerato differibile. Ma tagliare oggi sulla prevenzione avrà un costo altissimo in termini di salute negli anni a venire, documentando la miopia di queste scelte di breve periodo".

Crisi del personale sanitario.

"La sanità pubblica – commenta Cartabellotta – sta sperimentando una crisi del personale sanitario senza precedenti: inizialmente dovuta al definanziamento del Ssn e ad errori di programmazione, oggi, dopo la pandemia, è aggravata da una crescente frustrazione e disaffezione per il Ssn. Turni massacranti, burnout, basse retribuzioni, prospettive di carriera limitate ed escalation dei casi di violenza stanno demolendo la motivazione e la passione dei professionisti, portando la situazione verso il punto del non ritorno".

I dati raccolti da organizzazioni sindacali e di categoria documentano infatti il progressivo abbandono del Ssn: secondo la Fondazione Onaosi, tra il 2019 e il 2022 il Ssn ha perso oltre 11.000 medici per licenziamenti o conclusione di contratti a tempo determinato e Anaa-Assomed stima ulteriori 2.564 abbandoni nel primo semestre 2023. L'Italia dispone complessivamente di 4,2 medici ogni 1.000 abitanti, un dato superiore alla media Ocse (3,7), ma sta sperimentando il progressivo abbandono del Ssn e carenze selettive: oltre ai medici di famiglia, alcune specialità mediche fondamentali non sono più attrattive per i giovani medici, che disertano le specializzazioni in medicina d'emergenza-urgenza, medicina nucleare, medicina e cure palliative, patologia clinica e biochimica clinica, microbiologia, e radioterapia.

"Ma la vera crisi – continua il Presidente – riguarda il personale infermieristico: nonostante i crescenti bisogni, anche per la riforma dell'assistenza territoriale, il numero di infermieri è largamente insufficiente e, soprattutto, le iscrizioni al Corso di Laurea sono in continuo calo, con sempre meno laureati".

Con 6,5 infermieri ogni 1.000 abitanti, l'Italia è ben al di sotto della media Ocse (9,8), collocandosi tra i paesi europei con il più basso rapporto infermieri/medici (1,5 a fronte di una media europea di 2,4). Inoltre, nel 2022 i laureati in Scienze Infermieristiche sono stati appena 16,4 per 100.000 abitanti, rispetto ad una media cse di 44,9, lasciando l'Italia in coda alla classifica prima solo del Lussemburgo e della Colombia. Per l'Anno Accademico 2024-2025 sono state presentate 21.250 domande per il Corso di Laurea in Scienze Infermieristiche a fronte di 20.435 posti, un dato che dimostra la mancata attrattività di questa professione.

Livelli Essenziali di Assistenza e divario Nord-Sud.

Rispetto ai Livelli Essenziali di Assistenza (Lea) – le prestazioni e i servizi che il Ssn è tenuto a fornire a tutti i cittadini gratuitamente o dietro il pagamento di un ticket – nel 2022 solo 13 Regioni rispettano gli standard essenziali di cura, con un ulteriore aumento del divario Nord-Sud: Puglia e Basilicata sono le uniche Regioni promosse al Sud, ma comunque in posizioni di coda.

"Siamo di fronte – commenta Cartabellotta – ad una vera e propria frattura strutturale Nord-Sud nell'esigibilità del diritto alla tutela della salute. A questo quadro si aggiunge la legge sull'autonomia differenziata, che affonderà definitivamente la sanità del Mezzogiorno, assestando il colpo di grazia al Ssn e innescando un disastro sanitario, economico e sociale senza precedenti che avrà conseguenze devastanti per milioni di persone".

Mobilità sanitaria e conseguenze economiche.

Anche la mobilità sanitaria evidenzia la forte capacità attrattiva delle Regioni del Nord, con i residenti delle Regioni del Centro-Sud spesso costretti a spostarsi in cerca di cure migliori. In particolare nel decennio 2012-2021 le Regioni del Mezzogiorno hanno accumulato un saldo negativo pari a € 10,96 miliardi. "L'aumento della migrazione sanitaria ha effetti economici devastanti non solo sulle famiglie – aggiunge Cartabellotta – ma anche sui bilanci delle Regioni del Mezzogiorno, che risultano ulteriormente impoverite".

Stato di avanzamento del PNRR.

Al 30 giugno 2024 sono stati raggiunti i target europei che condizionano il pagamento delle rate all'Italia. "Tuttavia, effettuata la messa a terra dei progetti – spiega il Presidente – la loro attuazione già risente delle diseguaglianze regionali, in particolare tra Nord e Sud del Paese".

I risultati preliminari del 4° Monitoraggio Agenas sul DM 77/2022 documentano che, al 30 giugno 2024 sono stati dichiarati attivi dalle Regioni il 19% delle Case di Comunità (268 su 1.421) il 59% delle Centrali Operative Territoriali (362 su 611) e il 13% degli Ospedali di Comunità (56 su 429), con ritardi particolarmente marcati nel Mezzogiorno. Il target intermedio sulla percentuale di over 65 in assistenza domiciliare è stato raggiunto a livello nazionale e in tutte le Regioni tranne che in tre Regioni del Sud. Al 31 luglio 2024 sono stati realizzati il 52% dei posti letto di terapia intensiva (figura 8) e il 50% di quelli di terapia sub-intensiva (figura 9), con nette differenze regionali.

"La Missione Salute del PNRR – chiosa Cartabellotta – è una grande opportunità, che rischia di essere vanificata se non integrata in un piano di rafforzamento complessivo della sanità pubblica: non può e non deve diventare una costosa 'stampella' per sorreggere un Ssn claudicante. Peraltro, la legge sull'autonomia differenziata va 'in direzione ostinata e contraria' agli obiettivi dell'intero PNRR che prevedono di ridurre le diseguaglianze regionali e territoriali. Così facendo, non solo si tradiscono le finalità del PNRR, ma si indebitano le future generazioni per aggravare ulteriormente le disparità nell'accesso alle cure tra Nord e Sud".

"Perdere il Ssn – conclude Cartabellotta – non significa solo compromettere la salute delle persone, ma soprattutto mortificarne la dignità e ridurre le loro capacità di realizzare ambizioni e obiettivi. È per questo che la Fondazione Gimbe ha aggiornato il Piano di Rilancio del Ssn: un programma chiaro in 13 punti che prescrive la terapia necessaria a salvare il nostro Ssn 'malato'. Un piano che ha come bussola l'articolo 32 della Costituzione e il rispetto dei principi fondanti del Ssn e mette nero su bianco le azioni indispensabili per potenziarlo con risorse adeguate, riforme coraggiose e una radicale e moderna riorganizzazione. Per attuare questo piano, la Fondazione Gimbe invoca un nuovo patto politico e sociale, che superi divisioni ideologiche

e avvicindamenti dei Governi, riconoscendo nel Ssn un pilastro della nostra democrazia, uno strumento di coesione sociale e un motore per lo sviluppo economico dell'Italia. Un patto che chiede ai cittadini di diventare utenti informati e responsabili, consapevoli del valore del Ssn, e a tutti gli attori della sanità di rinunciare ai privilegi acquisiti per salvaguardare il bene comune".

https://www.quotidianosanita.it/studi-e-analisi/articolo.php?articolo_id=124873

[Leggi l'articolo online](#) | [Welfareum.it](#)

LEPS: L'indicatore della situazione economica equivalente (ISEE)

Franco Pesaresi, | 16 luglio 2024

Questo articolo è il decimo di una serie di schede sui Livelli essenziali delle prestazioni sociali (LEPS). I precedenti articoli erano relativi ai LEPS del "Percorso assistenziale integrato" (Parte I e Parte II), delle "Dimissioni protette", del "Pronto intervento sociale", della "Prevenzione allontanamento familiare - P.I.P.P.I.", del "Servizi per la residenza fittizia per i senza dimora", dell'"Assistenza domiciliare sociale", della "Supervisione del personale dei servizi sociali", del "Servizio sociale professionale" e dei "servizi sociali di sollievo per le persone anziane non autosufficienti", ora invece mi occupo dell'Indicatore della situazione economica equivalente (ISEE) sintetizzando i contenuti del DPCM 159/2013 e sue successive modificazioni ed integrazioni.

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

Una legge organica sui Livelli essenziali di assistenza delle prestazioni sociali (LEPS) non è mai stata approvata. Ci sono state però diverse leggi settoriali che hanno identificato alcuni Livelli essenziali per il settore sociale che si vanno così definendo gradualmente in attesa di una legge quadro organica e completa.

Una di queste norme è costituita dal DPCM 159/2013 e s.m.i. che all'art. 2 ha previsto che la determinazione e l'applicazione dell'indicatore della situazione economica equivalente (ISEE) ai fini dell'accesso alle prestazioni sociali agevolate, nonché per la definizione del livello di compartecipazione al costo delle medesime, costituisce **livello essenziale delle prestazioni**.

A questo proposito occorre qui richiamare la definizione di legge dei livelli essenziali delle prestazioni sociali (LEPS) che - secondo la L. 234/2021, art. 1 c. 159:

"sono costituiti dagli interventi, dai servizi, dalle attività e dalle prestazioni integrate che la Repubblica assicura con carattere di universalità su tutto il territorio nazionale per garantire qualità della vita, pari opportunità, non discriminazione, prevenzione, eliminazione o riduzione delle condizioni di svantaggio e di vulnerabilità".

Alla luce della definizione rimane dubbio se l'ISEE possa essere considerato un "servizio" o un'"attività" ma alla fine si tratta di una questione superabile alla luce dell'introduzione della tipologia dei LEPS di processo (corrispondenti ad un percorso assistenziale o ad una sua parte) (Caiolfa, 2023) all'interno dei quali l'ISEE si colloca in modo naturale.

L'indicatore della situazione economica equivalente è ampiamente utilizzato. Nel corso del 2022 oltre 9,3 milioni di nuclei familiari hanno richiesto l'ISEE, nuovo massimo storico a conferma della crescente diffusione dell'utilizzo dell'indicatore. Si tratta di 1,5 milioni di famiglie in più rispetto all'anno precedente, una crescita che, dopo il rallentamento del 2021, torna ai livelli record del biennio 2019-2020. Se nel biennio 2019-2020 la forte crescita delle Dichiarazioni sostitutive Uniche (DSU) era in massima parte imputabile all'avvio del Reddito di cittadinanza e successivamente alle misure introdotte nel corso dell'anno dal governo per fronteggiare la crisi economica e sociale dovuta alla pandemia da Covid-19, nel 2022 a fare da traino è l'introduzione dell'Assegno Unico Universale per i figli a carico che ha spinto molte famiglie a presentare per la prima volta una DSU (MLPS, 2024).

Nel corso degli anni sono emerse diverse criticità nell'uso dell'ISEE o più precisamente nei criteri di valutazione che ne stanno alla base che non mettono in discussione la permanenza dell'ISEE ma l'efficacia della sua capacità selettiva. Per questo

diversi autori (Baldini & Toso (2023), Motta (2021, 2024), Pesaresi (2021)) hanno richiesto un aggiornamento ed un adeguamento delle norme per migliorarne l'efficacia ed anche per evitare l'attuazione di una norma snaturante introdotta con la Legge di Bilancio 2024 ma non ancora attuata che prevede che i titoli di stato italiani fino al valore di 50.000 euro non vadano più considerati nel calcolo dell'ISEE.

Denominazione del LEPS

Indicatore della situazione economica equivalente (ISEE)

Descrizione sintetica del LEPS

L'indicatore della situazione economica equivalente (ISEE) è lo strumento di valutazione e di comparazione, attraverso criteri unificati, della situazione economica di coloro che richiedono prestazioni sociali agevolate.

La determinazione e l'applicazione dell'indicatore ai fini dell'accesso alle prestazioni sociali agevolate, nonché della definizione del livello di compartecipazione al costo delle medesime, costituisce livello essenziale delle prestazioni (DPCM 159/2013, art. 2 c.1).

Così, utilizzando l'ISEE, si possono stabilire delle tariffe differenziate per la compartecipazione al costo di alcune prestazioni legandole a valori ISEE o a fasce di valori ISEE oppure si possono fissare delle soglie ISEE oltre le quali non è ammesso l'accesso alle prestazioni o sotto le quali non è prevista alcuna compartecipazione alla spesa.

Conseguentemente l'applicazione dell'ISEE è obbligatoria per l'accesso alle prestazioni a condizioni agevolate. Questo significa che in queste situazioni è obbligatorio per gli enti locali utilizzarlo per l'accesso a tutti i servizi. A questo proposito occorre definire quando ricorrono le prestazioni agevolate; sicuramente ricorrono quando la contribuzione richiesta al fruitore del servizio varia in relazione al reddito del cittadino per cui ci sono, per esempio, più fasce di contribuzione dell'utenza. Oppure quando sono previste erogazioni o altre prestazioni la cui dimensione dipenda dalla condizione economica. Non ricorre la prestazione agevolata, invece, quando la contribuzione/retta/compartecipazione che viene richiesta all'utenza è uguale per tutti indipendentemente dal reddito della sua famiglia sia nel caso che la contribuzione copra tutti i costi del servizio sia nel caso in cui questo non avvenga. In questi casi, l'applicazione dell'ISEE per l'accesso ai servizi non è obbligatoria.

La situazione economica è valutata tenendo conto del reddito di tutti i componenti, del loro patrimonio (valorizzato al 20%) e, attraverso una scala di equivalenza, della composizione del nucleo familiare (numero dei componenti e loro caratteristiche). Il parametro della scala di equivalenza è maggiorato in presenza di alcune caratteristiche del nucleo che assumono rilievo in tale contesto: presenza nel nucleo familiare di più di due figli a carico; genitori lavoratori e figli minorenni, in particolare se con meno di tre anni; nuclei monogenitoriali e presenza di disabili.

L'ISEE, utilizzato dal 1998, è stato disciplinato nuovamente dal D.p.c.m. 159/2013 che ha introdotto varie tipologie di ISEE (ISEE universitario, ISEE sociosanitario, ISEE socio sanitario per residenze, ISEE minorenni) e l'ISEE corrente, ovvero un ISEE aggiornato ai redditi e trattamenti degli ultimi 12 mesi qualora si siano verificate rilevanti variazioni del reddito o criticità quali la perdita del lavoro o l'interruzione dei trattamenti. Il nuovo ISEE è entrato in vigore nel 2015, dopo l'emanazione del decreto 7 novembre 2014, di approvazione del modello tipo della Dichiarazione Sostitutiva Unica a fini ISEE (DSU). Successivamente, sono intervenute ulteriori modifiche, prima fra tutte quella introdotta dall'art. 10, comma 1, del D.Lgs. 147/2017, che, al fine di agevolare l'utente nell'inserimento dei dati utili al calcolo dell'ISEE, ha introdotto la Dichiarazione Sostitutiva Unica precompilata, caratterizzata dalla coesistenza di dati autodichiarati da parte del cittadino con dati forniti dall'Agenzia delle Entrate e dall'INPS (c.d. dati precompilati).

Resta fermo che è comunque sempre possibile, a scelta del dichiarante, presentare la DSU nella modalità già in uso non precompilata. In seguito, l'art. 28-bis del decreto legge 34/2019 (c.d. decreto Crescita), ha modificato l'art. 10 del D.Lgs. 147/2017, estendendo il periodo di validità dell'ISEE corrente e ampliando le fattispecie in cui può essere richiesto.

Attualmente, per poter richiedere l'ISEE corrente, è sufficiente che si sia verificata una delle due seguenti:

- una variazione della situazione lavorativa, per almeno un componente del nucleo;
- una variazione della situazione reddituale complessiva del nucleo superiore al 25% rispetto alla situazione reddituale individuata nell'ISEE calcolato ordinariamente.

Viene inoltre introdotta la possibilità di presentare l'ISEE corrente nel caso in cui per almeno un componente si verifichi

un'interruzione dei trattamenti previdenziali, assistenziali e indennitari, laddove non rientranti nel reddito complessivo ai fini IRPEF (in quest'ultimo caso, l'ISEE corrente può essere aggiornato a 2 mesi). Dal 1° gennaio 2020, il messaggio 20 settembre 2019, n. 3418 dell'INPS ha specificato che la validità delle DSU coincide con l'anno solare (quindi fino al 31 dicembre) e che i redditi e i patrimoni della DSU "sono aggiornati prendendo a riferimento il secondo anno precedente (quindi, nel 2020 il riferimento è al 2018 sia per redditi che per patrimoni). Inoltre, dal 2020 la validità dell'ISEE corrente è di 6 mesi, ma con l'obbligo del cittadino di aggiornarlo prima della scadenza se qualcuno del nucleo cambia la situazione occupazionale o se inizia a ricevere prestazioni assistenziali/previdenziali/indennitarie[*note*] Per un maggior dettaglio di questi aspetti segnalo al lettore alcuni strumenti che l'INPS mette a disposizione per approfondire la tematica ed essere aggiornati: 1. Istruzioni per compilare le diverse DSU, nonché le DSU stesse; 2. Le FAQ su domande/risposte. Reperibili in <https://servizi2.inps.it/servizi/PortaleUnicoIsee> e cliccando su "Cosa puoi fare" *[note]*.

Obiettivi

L'Indicatore della Situazione Economica Equivalente (ISEE) serve a valutare e, in genere, anche a comparare, attraverso criteri unificati, la situazione economica di coloro che richiedono prestazioni sociali agevolate. Si tratta prima di tutto, quindi, di uno strumento di misurazione e di ordinamento.

L'ISEE riassume in sé una serie di informazioni sintetiche relative alle disponibilità economiche di un nucleo familiare (reddito individuale, reddito familiare, ricchezza); in base al valore che l'indicatore assume, in seguito alla combinazione delle suddette informazioni, e comparandolo con un valore soglia, può essere anche definita l'accessibilità o meno ad una data prestazione o servizio. Per cui l'ISEE, in questo caso diventa anche uno strumento per determinare l'accesso o la priorità di accesso dei cittadini alle prestazioni agevolate pubbliche, e dunque il loro diritto ad ottenerle.

Inoltre, l'applicazione dell'ISEE può essere finalizzato anche alla definizione del livello di compartecipazione al costo delle prestazioni sociali agevolate a carico dei cittadini richiedenti.

Destinatari

L'ISEE si applica obbligatoriamente a tutti i cittadini/famiglie che richiedono prestazioni agevolate e cioè servizi/interventi per i quali si richiede una compartecipazione al costo pari a zero o inferiore al valore massimo proposto per quella determinata prestazione.

Non è obbligatorio applicare l'ISEE ai cittadini che richiedono prestazioni non agevolate.

Modalità di accesso all'ISEE

Per ottenere la certificazione ISEE è necessario presentare la Dichiarazione Sostitutiva Unica (DSU) relativa al proprio nucleo familiare.

Il richiedente può presentare autonomamente la DSU tramite il sito INPS (in possesso del pin di accesso) oppure rivolgendosi ad un Centro di assistenza fiscale (CAF), che svolgerà il servizio di consulenza e compilazione gratuitamente per il richiedente.

A tal fine, l'INPS rende disponibili modalità di compilazione telematica assistita della DSU (DPCM 159/2013 art. 10 comma 6). Per farlo è sufficiente accedere al sistema con le proprie credenziali Spid o con la carta d'identità elettronica, entrare nella sezione "ISEE precompilato" dell'INPS e procedere alla richiesta. La DSU precompilata contiene:

- i dati auto dichiarati dall'utente;
- i dati precompilati forniti dall'Agenzia delle Entrate e INPS.

La Dichiarazione sostitutiva unica (DSU) può essere presentata anche ai Comuni o direttamente all'amministrazione pubblica al quale è richiesta la prima prestazione di un servizio.

Nel 2022, la quota di DSU presentate online direttamente dal cittadino è stata pari all'11,7% del totale; ciò nonostante resta largamente prevalente la quota di coloro che si rivolgono al CAF (88,2%) e rimane del tutto residuale il numero di DSU presentate direttamente presso l'ente erogatore (0,1%) (MLPS, 2024).

L'attestazione ISEE viene resa disponibile dall'Inps per qualunque componente del nucleo familiare entro dieci giorni lavorativi dalla ricezione della DSU, attraverso:

- l'accesso al servizio online dedicato dell'Inps;
- le sedi territoriali competenti dell'Inps.

Il dichiarante che, invece, si è rivolto ad un CAF può richiedere l'attestazione allo stesso centro di assistenza fiscale a cui ha presentato la dichiarazione, se ha concesso uno specifico mandato.

Modalità operative

Le certificazioni ISEE sono utilizzate, in genere, per definire l'ordine di priorità per l'accesso alle prestazioni agevolate comprese le eventuali esclusioni ed inoltre per contribuire a definire le quote di compartecipazione alla spesa agganciando i valori ISEE o le fasce di valori ISEE alle quote di compartecipazione alla spesa per la fruizione dei servizi, stabilite negli appositi regolamenti degli enti locali. In genere, tutti coloro che richiedono l'accesso a prestazioni agevolate^[note]Salvo i settori del welfare per i quali è escluso l'uso dell'ISEE^[note] sono tenuti a presentare la certificazione ISEE per essere collocati nei livelli di priorità o di compartecipazione stabiliti nei regolamenti.

Il disposto legislativo che riconosce lo status di LEPS all'ISEE determina, oltre che l'obbligatorietà dell'uso nell'accesso alle prestazioni agevolate, anche che tutti gli elementi che lo compongono siano immodificabili a livello locale e regionale per mantenere l'eguaglianza di tutti i cittadini nell'accesso ai servizi.

È però possibile - in base all'art. 2 c. 1 del DPCM 159/2013 - che gli enti erogatori e le regioni,

"possano prevedere, accanto all'ISEE, criteri ulteriori di selezione volti ad identificare specifiche platee di beneficiari, tenuto conto delle disposizioni regionali in materia e delle attribuzioni regionali specificamente dettate in tema di servizi sociali e socio-sanitari. È comunque fatta salva la valutazione della condizione economica complessiva del nucleo familiare attraverso l'ISEE"

con ciò escludendo che possano essere utilizzati altri parametri di valutazione della condizione economica del richiedente quali criteri selettivi. In sostanza, non si possono inserire criteri ulteriori che siano in contrasto con quanto disciplinato con DPCM 159/2013. Questo significa che gli eventuali criteri ulteriori hanno spazi di manovra molto ridotti e non possono intaccare i contenuti dell'ISEE (per esempio si potrebbero prevedere elementi che l'ISEE non include come, per fare un esempio, il possesso di autoveicoli sopra una certa cilindrata). Quindi, in sostanza, la normativa ISEE può essere integrata (non modificata) da atti regionali per cui per avere un quadro completo della normativa ISEE occorre verificare se la regione di competenza ha legiferato in materia.

Costi per i destinatari

La certificazione ISEE è gratuita per il cittadino sia se richiesta ai CAF, all'Inps o ad altri soggetti.

Dall'ottobre del 2023, presso i CAF, è gratuito solo il primo ISEE, mentre i successivi si pagano 25 euro.

Finanziamenti

L'INPS attraverso una convenzione nazionale rimborsa il costo della presentazione della DSU ai centri di assistenza fiscale (CAF).

La convenzione tra l'INPS e i Centri di assistenza fiscale (CAF) per l'attività relativa alla certificazione ISEE per gli anni 2024 - 2025 prevede per i CAF un compenso per ogni pratica così come indicato nella tab. 1.

Tab. 1 - Compenso, IVA esclusa, che l'INPS riconosce ai CAF per lo svolgimento delle pratiche ISEE. Anni 2024-2025

ATTESTAZIONE ISEE in base alla composizione del nucleo Costo del Servizio (IVA esclusa) familiare

PRIMA FASCIA da 1 a 2 soggetti	€ 10,81
SECONDA FASCIA da 3 a 5 soggetti	€ 14,33
TERZA FASCIA oltre 5 soggetti	€ 17,35

L'attività svolta dai CAF viene remunerata dall'INPS con le risorse stanziare sulla specifica posizione finanziaria del bilancio dell'INPS a cui affluiscono le risorse statali specifiche pari a 35 milioni di euro annui (previsti dall'art. 1, co. 479 della legge 27 dicembre 2019, n. 160, come modificato dall'art. 4, co. 1-bis del decreto-legge 4 maggio 2023, n. 48, convertito con modificazioni, dalla legge 3 luglio 2023, n. 85).

Bibliografia

- Baldini M., Toso S., [Buoni del Tesoro fuori dall'ISEE: una scelta sbagliata](#), Lavoce.info, 3/11/2023
- Caiola M., LEPS: geografia, origine, tipologie ed articolazioni - [Parte I](#) e [Parte II](#), Welforum.it, 15/11/2023 e 22/11/2023.
- Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 5 dicembre 2013, n. 159: Regolamento concernente la revisione delle modalità di determinazione e i campi di applicazione dell'indicatore della situazione economica equivalente (ISEE).
- Decreto Legge 9 febbraio 2017, n. 8 convertito con modificazioni dalla L. 7 aprile 2017, n. 45 (in G.U. 10/04/2017, n. 84) ha disposto (con l'art. 10, commi 1 e 3) la modifica dell'art. 9.
- INPS, [Messaggio n.81 del 9/1/2024- Convenzione tra l'INPS e i Centri di assistenza fiscale \(CAF\) per l'attività relativa alla certificazione ISEE per gli anni 2024 - 2025](#).
- Legge 30 dicembre 2020, n. 178 (con l'art. 1, comma 338): Bilancio di previsione dello Stato per l'anno finanziario 2021 e bilancio pluriennale per il triennio 2021-2023.
- Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali, [Rapporto di monitoraggio ISEE 2022, Roma, 2024](#).
- Motta M., Distorsioni prodotte dall'ISEE. [Parte I](#) e [Parte II](#), Welforum.it, 6/5/2024; 20/5/2024.
- Pesaresi F., Il nuovo ISEE e i servizi sociali, Santarcangelo di Romagna, Maggioli, 2015.
- Pesaresi F., Motta M., [Che cosa non va nell'ISEE e cosa migliorare](#), Welforum.it, 10/6/2021.

Sostenibilità



Il futuro dell'Europa e della sua sanità secondo il rapporto Draghi di Redazione

Il recente [rapporto](#) di **Mario Draghi** certifica **la crisi in cui versa dell'Europa** e ipotizza ingenti investimenti affinché il continente possa tornare competitivo con gli USA e Cina. Se ciò non avverrà, **l'Europa sperimenterà un doloroso declino** che decreterà un abbassamento degli obiettivi sociali, di benessere delle persone, di qualità del futuro.

Draghi indica alcune direttrici di investimento, alcune di razionalizzazione con potenziali moltiplicatori, altre di tipo geo-strategico finalizzate a raggiungere una maggiore autonomia dalle altre potenze globali.

Da queste linee guida si deducono alcuni aspetti che riguardano il settore della salute:

Le sfide principali identificate da Draghi sono:

1. Un preoccupante calo della crescita economica rispetto a competitor come Stati Uniti e Cina. Negli ultimi 20 anni si è aperto un ampio divario di PIL tra UE e USA, dovuto principalmente a una più marcata frenata della crescita della produttività in Europa.
2. Un significativo ritardo nell'innovazione e nell'adozione di nuove tecnologie, soprattutto nel settore digitale. Solo 4 delle prime 50 aziende tech mondiali sono europee.
3. Costi energetici elevati che minano la competitività delle imprese. Le aziende UE pagano prezzi dell'elettricità 2-3 volte superiori a quelli USA.
4. Carenza di manodopera specializzata in settori strategici, con circa un quarto delle aziende europee che fatica a trovare lavoratori con le competenze adeguate.

5. Mancanza di una vera capacità di difesa comune europea, con una spesa militare frammentata e poco efficiente.

Secondo Draghi, queste sfide rappresentano una minaccia “esistenziale” per il modello sociale ed economico europeo se non affrontate con urgenza e determinazione

Per invertire questo trend di declino, il rapporto propone un massiccio piano di investimenti aggiuntivi, stimati in **750-800 miliardi di euro all’anno** (circa il 5% del PIL UE). Questi investimenti dovrebbero concentrarsi su:

- Innovazione e ricerca, soprattutto nelle tecnologie digitali e dell’intelligenza artificiale
- Transizione verde e decarbonizzazione dell’economia
- Potenziamento delle infrastrutture energetiche e digitali
- Formazione e riqualificazione della forza lavoro
- Rafforzamento della capacità di difesa comune

Si tratta di un impegno finanziario senza precedenti dalla fine della Seconda Guerra Mondiale. Per fare un confronto, gli investimenti aggiuntivi del Piano Marshall tra il 1948 e il 1951 ammontavano a circa l’1-2% del PIL annuo dei paesi beneficiari.

Draghi sottolinea che senza questo drastico cambio di rotta, l’Europa sarà costretta a scegliere tra prosperità economica, sostenibilità ambientale e autonomia strategica, non potendo più garantirle tutte insieme. È quindi una sfida esistenziale che richiede un’azione coordinata e ambiziosa a livello europeo per evitare un **“declino graduale e doloroso”** del continente.

Implicazioni per il settore della Salute

Dall’analisi del rapporto Draghi sulla competitività europea, si possono dedurre alcuni punti rilevanti per il settore della salute, anche se il documento non si concentra specificamente su questo ambito:

1. **Innovazione e ricerca:** Il rapporto sottolinea l’importanza di colmare il divario di innovazione con Stati Uniti e Cina. Questo si applica anche al settore sanitario e farmaceutico, dove l’Europa deve aumentare gli investimenti in R&S per rimanere competitiva.
2. **Digitalizzazione:** Viene evidenziata la necessità di accelerare la digitalizzazione in tutti i settori. Per la sanità, questo potrebbe tradursi in un maggiore utilizzo di telemedicina, cartelle cliniche elettroniche e analisi dei big data sanitari.
3. **Regolamentazione:** Il rapporto critica l’eccessiva burocrazia e regolamentazione in Europa. Nel settore sanitario, questo potrebbe implicare la necessità di semplificare le normative per le sperimentazioni cliniche e l’approvazione di nuovi farmaci e dispositivi medici.
4. **Competenze e formazione:** Si enfatizza l’importanza di sviluppare competenze avanzate. Per la sanità, ciò potrebbe significare investire nella formazione di professionisti sanitari su nuove tecnologie e approcci innovativi.
5. **Collaborazione pubblico-privato:** Il rapporto suggerisce di migliorare la collaborazione tra settore pubblico e privato. Nel campo sanitario, questo potrebbe tradursi in partnership più strette tra università, ospedali e aziende farmaceutiche/biotecnologiche.
6. **Finanziamenti:** Si evidenzia la necessità di aumentare gli investimenti in settori strategici. La sanità, essendo un settore chiave, potrebbe beneficiare di maggiori finanziamenti sia pubblici che privati.
7. **Mercato unico:** Il rapporto sottolinea l’importanza di completare il mercato unico europeo. Per la sanità, ciò potrebbe implicare una maggiore integrazione dei sistemi sanitari nazionali e una più facile circolazione di professionisti, pazienti e dati sanitari all’interno dell’UE.
8. **Autonomia strategica:** Si parla di ridurre le dipendenze esterne in settori critici. Nel campo sanitario, questo potrebbe tradursi in sforzi per aumentare la produzione europea di farmaci, dispositivi medici e materie prime farmaceutiche.

<https://magazine.grandiospedali.it/2024/09/10/29656/>

Pa, il rapporto Cnel: bene differenziata e rinnovabili, ma peggiorano sanità e istruzione

Rosaria Amato

Al Consiglio Nazionale dell'Economia e del Lavoro la presentazione della relazione annuale sui servizi delle amministrazioni centrali e locali. Distanze tra Nord e Sud, ma anche tra grandi e piccoli centri. Il presidente Brunetta: "Luci e ombre"

ROMA – Oltre 16 mila bandi di concorso pubblicati, quasi 6 mila amministrazioni accreditate: il portale inPA vuole essere uno degli emblemi della nuova Pubblica Amministrazione, che punta non solo alla digitalizzazione e allo svecchiamento degli uffici (con 350 mila nuovi ingressi programmati, annuncia il ministro della Pa Paolo Zangrillo), ma anche alla sostenibilità. Ma accanto a queste note positive, dalla Relazione sui servizi pubblici del Cnel, presentata oggi nella sede del Consiglio, emergono anche le tante carenze, a cominciare dai quattro milioni e mezzo di italiani che [rinunciano alle cure](#) perché le liste d'attesa sono troppo lunghe nel pubblico, e i costi troppo alti nel privato. Gravi carenze anche nei trasporti: in Italia la rete di metropolitana è concentrata in 7 città italiane e ha una estensione totale inferiore, a quella della sola città di Madrid.

Permangono le distanze tra Nord e Sud, centro e periferie, Comuni piccoli e Comuni grandi. E c'è anche un peggioramento generale del livello di alcuni servizi essenziali, a cominciare da quelli sanitari: negli ultimi 10 anni il numero di medici di medicina generale è diminuito di oltre 6.000 unità toccando quota 39.366 nel 2022 e il dato previsto è in ulteriore peggioramento dato che il 77% ha oltre 54 anni. Il numero di assistiti per medico nel complesso è passato da 1.156 nel 2012 a 1.301 nel 2022, ma la percentuale dei [medici di famiglia](#) con più di 1.500 assistiti (limite superiore fissato dalla normativa) è passato dal 27,3% al 47,7%.

Insomma, come sintetizza il presidente del Cnel Renato Brunetta, «una realtà di luci e ombre, questa è la realtà che emerge dalla Relazione sui servizi pubblici che presentiamo oggi. Più luci che ombre, ma dobbiamo saper ascoltare questo mondo complesso, questa foresta multifunzionale, e dire come stanno le cose».

Le disuguaglianze territoriali

Il Mezzogiorno ha meno risorse e, anche a parità di risorse, a volte offre comunque servizi di livello inferiore. Ma ci sono le eccezioni: la carenza di medici di famiglia è superiore al Nord con 59,9 medici per 100.000 abitanti, a fronte dei 63,9 al Centro e dei 72,0 nel Sud. In particolare per i servizi di polizia locale, di supporto all'istruzione e nei servizi sociali la limitata disponibilità di risorse, spiega il Cnel, "risulta direttamente correlata a una minore quantità e qualità dei servizi erogati".

Per la polizia locale i livelli dei servizi sono complessivamente quantitativamente più elevati nei grandi centri del Nord, e più bassi nei comuni del Sud, ma anche nei piccoli comuni del Nord-Ovest. I comuni della Liguria possiedono i valori più elevati e a seguire la Lombardia. Ad esempio, al Sud sono elevate 148 contravvenzioni (per 1.000 abitanti) con mezzi strumentali contro le oltre 330 al Nord-Est, oppure 2,4 rimozioni (per 1.000 abitanti) contro i 6,3 al Centro.

Per l'istruzione il livello dei servizi è decisamente più elevato al Nord, in particolare nei grandi centri urbani e nei comuni di medie dimensioni. Ad esempio, la copertura della domanda potenziale per la mensa scolastica è al 33,3% in Toscana e solo al 9,6% in Campania.

La distanza tra grandi e piccoli centri

Non ci sono solo le distanze Nord-Sud, ma anche quelle centro e periferie. Per la polizia locale per esempio "emerge chiaramente la forte intensità del servizio in diverse città metropolitane del Centro e del Nord, come Milano, Genova, Bologna, Firenze, Venezia, Roma, che si distanziano decisamente dalle rispettive medie regionali". Per l'istruzione in diverse regioni del Nord e del Centro (principalmente Toscana, Lazio, Emilia-Romagna e Veneto) si registrano differenze piuttosto marcate nell'erogazione dei servizi. Per i rifiuti si registrano le distanze maggiori: in Liguria, la media è del 55,6%, ma oscilla da un minimo del 48,2% a Genova a un massimo del 75,6% alla Spezia. In Toscana, con una media del 65,2%, Arezzo si attesta al minimo con il

52,6%, mentre Lucca raggiunge il massimo con il 76,4%. In Campania, la media è del 55,8%, con Napoli al 49,9% e Benevento al 73,2%. Per i nidi il livello di copertura della domanda è generalmente omogeneo all'interno delle regioni, ma ci sono alcune eccezioni significative; in Lombardia, la media è del 19,8%, ma varia da un minimo del 10,6% a Sondrio a un massimo del 25,2% a Milano; nel Lazio, con una media del 20,7%, Latina si posiziona al minimo con l'8,9%, mentre Roma raggiunge il massimo con il 23,9%; in Puglia, la media è del 10,4%, ma oscilla tra il 5,6% a Barletta-Andria-Trani e il 17,8% a Taranto.

In crescita raccolta differenziata e rinnovabili

Dal rapporto del Cnel emergono anche elementi positivi: nel 2023 il 36,8% della domanda elettrica in Italia è stata coperta da fonti rinnovabili e negli ultimi 20 anni gli impianti di generazione collegati alla rete elettrica sono passati da circa 3mila a 1,5 milioni. Bene anche l'economia circolare, in particolare la raccolta differenziata: nel 2024 la performance della Pubblica Amministrazione nel settore dei rifiuti è di 386 euro per tonnellata di rifiuto raccolto e smaltito, con una produzione complessiva di rifiuti pari a 506 kg per abitante. La raccolta differenziata è pari al 65,4%.

https://www.repubblica.it/economia/2024/10/14/news/pa_il_rapporto_cnel_bene_differenziati_e_rinnovabili_ma_peggiorano_sanita_e_istruzione-423554733/?ref=RHLF-BG-P14-S2-T1



Verso la manovra/ Come rafforzare la sostenibilità del Servizio sanitario nazionale

Salutequità

«La prossima manovra di Bilancio per rafforzare la sanità pubblica dovrà essere “espansiva». Qualora Governo e Parlamento scegliessero invece una formula “restrittiva” le difficoltà di accessibilità alle cure che vivono i cittadini potrebbero aggravarsi, nonostante il diritto alla salute prevalga sull'equilibrio di Bilancio, come ricorda anche la Corte dei conti nella sua Relazione sulla Gestione Finanziaria delle Regioni 2020-2023.

Le risorse sono fondamentali e per garantire piena sostenibilità del Ssn servono subito anche politiche sanitarie riformatrici, con correttivi sui sistemi di remunerazione, organizzazione, gestione e valutazione, altrimenti gli incrementi di risorse potrebbero non essere capitalizzati al meglio. Sarebbe come cercare di riempire un secchio buco».

Questo il commento di Tonino Aceti, presidente di Salutequità, a margine dell'Equity Group Sostenibilità ed Equità promosso da Salutequità, un incontro a porte chiuse durante il quale i rappresentanti di istituzioni, ministero della Salute, Regioni, Istituto superiore di Sanità, Agenas, centri di ricerca, imprese, professioni e aziende sanitarie, pazienti, deputati e senatori, hanno dibattuto sulla situazione, sulle priorità e sui correttivi necessari per salvaguardare universalità, equità e, appunto, sostenibilità del Servizio sanitario nazionale.

Il Ssn oggi non sa leggere la domanda di assistenza che cambia e adeguare tempestivamente le risposte, e tutto questo è confermato innanzitutto da una programmazione sanitaria nazionale ferma al 2006, rischiando di non renderlo utile per i cittadini e attrattivo per i professionisti che vi lavorano».

Nel corso della giornata è stata presentata la cornice internazionale che vede tutti i sistemi sanitari in difficoltà finanziarie, non solo quelli totalmente pubblici; sono state sottolineate anche l'importanza della ricerca e dei trial clinici come ambito per attrarre e recuperare risorse; la misurazione dell'impatto positivo dell'innovazione tecnologica e farmacologica sui sistemi sanitari; le interdipendenze che il servizio sanitario ha con tutti gli altri settori di politiche pubbliche per garantire la salute delle comunità; il contributo della

partnership pubblico privato; l'importanza di una comunicazione positiva del valore che ogni giorno porta il Ssn e un impegno specifico per un vero e proprio engagement del cittadino/paziente.

Le soluzioni e le proposte raccolte saranno presentate ufficialmente anche a Governo, istituzioni e Regioni il in occasione del Summit annuale di Salutequità per tirare le somme sulle evidenze raccolte e proporre soluzioni reali, percorribili e mirate per risolvere gli squilibri del sistema.

«Prendersi cura del Ssn attraverso il confronto tra tutti gli stakeholder sulle difficoltà e sulle proposte migliorative è il contributo che vogliamo dare per tutelare il diritto alla salute attraverso la più grande opera pubblica che ha realizzato il nostro Paese per garantire democrazia, pari opportunità ed equità», conclude Aceti.

L'equity group è stato realizzato grazie al contributo non condizionato di Bristol Myers Squibb, Incyte, UCB Pharma

<https://www.sanita24.ilsole24ore.com/art/aziende-e-regioni/2024-10-04/verso-manovra-come-rafforzare-sostenibilita-servizio-sanitario-nazionale-091341.php?uid=AGygKRN&cmpid=nlqf>

quotidianosanita.it

Piano strutturale bilancio. “Per riportare spesa sanitaria su Pil a livelli 2019 necessario aumento di 2,8 miliardi nel 2025, 4,3 nel 2026 e 5,6 nel 2027”. L’audizione dell’Upb alla Bilancio

Nell'incertezza sulle prospettive di potenziamento della dotazione di personale, le cui carenze rappresentano il primo problema che affligge il Ssn, "la strategia del Governo appare complessivamente orientata ad ampliare il ruolo del secondo pilastro complementare e il coinvolgimento dei privati negli investimenti. Si ricorda che l'eventuale espansione delle agevolazioni fiscali per la sanità integrativa inciderebbe in aumento sull'aggregato della spesa primaria netta".

08 OTT -

"Il complesso della spesa sanitaria corrente, dopo un lieve aumento in percentuale del Pil al 6,3 per cento nel biennio 2024-25, dal 2026 si posizionerebbe di nuovo al 6,2 per cento registrato nel 2023. E, per riportare il livello di spesa sanitaria sul Pil a livello del 2019 (6,4 per cento), sarebbe necessario assicurare un aumento della spesa di circa 2,8 miliardi nel 2025, 4,3 nel 2026 e 5,6 nel 2027 rispetto a quanto indicato nel tendenziale. Così l'Ufficio parlamentare di Bilancio (Upb) durante l'audizione presso le commissioni riunite Bilancio di Camera e Senato sul Piano strutturale di bilancio di medio termine 2025-2029. Nel corso dell'audizione l'Upb ha sottolineato come il progressivo invecchiamento della popolazione "comporta costi crescenti per la previdenza e la sanità, che metteranno sotto pressione il bilancio pubblico".

Nei programmi del PSB la spesa sanitaria "crescerebbe a un tasso non specificato, ma superiore a quello medio annuo fissato per l'aggregato della spesa primaria netta per il periodo 2025-2031 (1,5 per cento). Ciò già avviene per la spesa tendenziale – almeno fino al 2027, ultimo anno per il quale sono riportate le previsioni del conto delle Amministrazioni pubbliche – che è prevista aumentare del 2,9 per cento nel 2025, del 2,1 nel 2026 e dell'1,7 nel 2027. Rispetto a un'evoluzione pari a quella fissata in media per la spesa primaria netta, ciò implica una maggiore spesa sanitaria tendenziale di circa 1,9 miliardi nel 2025, 2,9 nel 2026 e 3,3 nel 2027", si spiega.

Per gli anni successivi al 2027, per i quali il PSB non riporta le previsioni di spesa sanitaria, "si può ricorrere, pur con una certa cautela, al più recente rapporto dell'Ageing Working Group.

Secondo le proiezioni indicate in tale documento, basate sull'ipotesi di politiche invariate, la spesa in rapporto al PIL nello scenario base, costante tra il 2024 e il 2028, aumenterebbe nel 2029 di un decimo di punto di PIL e di ulteriori 0,4 punti tra il 2030 e il 2040 (con un'oscillazione tra lo scenario più sfavorevole e quelli più favorevoli di un decimo di punto in più o in meno nel 2030 e tra +0,3 e -0,2 nel 2040). Pertanto, la spesa negli anni 2028-2031 crescerebbe spontaneamente come o più del PIL nominale, plausibilmente con incrementi superiori all'1,5 per cento anche dopo il 2027".

Nell'ambito della descrizione dei piani di riforma e di investimento, nel PSB si afferma l'intenzione di sostenere la qualità del sistema sanitario attraverso l'incremento dei fondi destinati alla sanità pubblica, la prosecuzione degli interventi del PNRR e la digitalizzazione e grazie a una serie di misure volte a potenziare il Servizio sanitario nazionale. "A tale proposito si può osservare che per riportare la quota di spesa sanitaria sul PIL (programmatico) al livello registrato nel 2019 (6,4 per cento) – l'anno precedente a quello in cui si è diffusa la pandemia, che pure rappresentava un minimo dopo una riduzione prolungatasi per circa un decennio – sarebbe necessario assicurare un aumento della spesa di circa 2,8 miliardi nel 2025, 4,3 nel 2026 e 5,6 nel 2027 rispetto a quanto indicato nel tendenziale", sottolinea l'Upb.

Quanto alle misure previste per potenziare il sistema sanitario in aggiunta agli interventi contemplati dal PNRR, "nel PSB vi è l'impegno a rafforzare gli strumenti di monitoraggio della spesa attraverso nuovi indicatori di efficienza e adeguatezza, ad attuare la programmazione delle assunzioni di personale, soprattutto per le specializzazioni attualmente carenti, a rafforzare l'assistenza territoriale e l'edilizia sanitaria, anche con strumenti di partenariato pubblico-privato (PPP), e a sviluppare e riordinare, anche migliorando la vigilanza, le forme di sanità integrativa, mirate altresì all'assistenza a lungo termine. Ulteriori obiettivi indicati sono il superamento dei divari territoriali, l'aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza, lo stimolo di stili di vita sani, il contrasto dell'antibiotico resistenza e il controllo sull'uso di fitofarmaci".

"Nell'incertezza sulle prospettive di potenziamento della dotazione di personale, le cui carenze rappresentano oggi il principale problema che affligge il Servizio sanitario nazionale, la strategia del Governo appare complessivamente orientata ad ampliare il ruolo del secondo pilastro complementare e il coinvolgimento dei privati negli investimenti. Si ricorda che l'eventuale espansione delle agevolazioni fiscali per la sanità integrativa inciderebbe in aumento sull'aggregato della spesa primaria netta. Per quanto concerne le PPP, Eurostat e la Corte dei Conti hanno messo in guardia dai rischi di sostenibilità fiscale, legati anche alla possibilità di rinviare e diluire nel tempo gli oneri, tanto più in presenza di carenze nei meccanismi di governance degli investimenti pubblici", conclude il documento.

https://www.quotidianosanita.it/governo-e-parlamento/articolo.php?articolo_id=124871

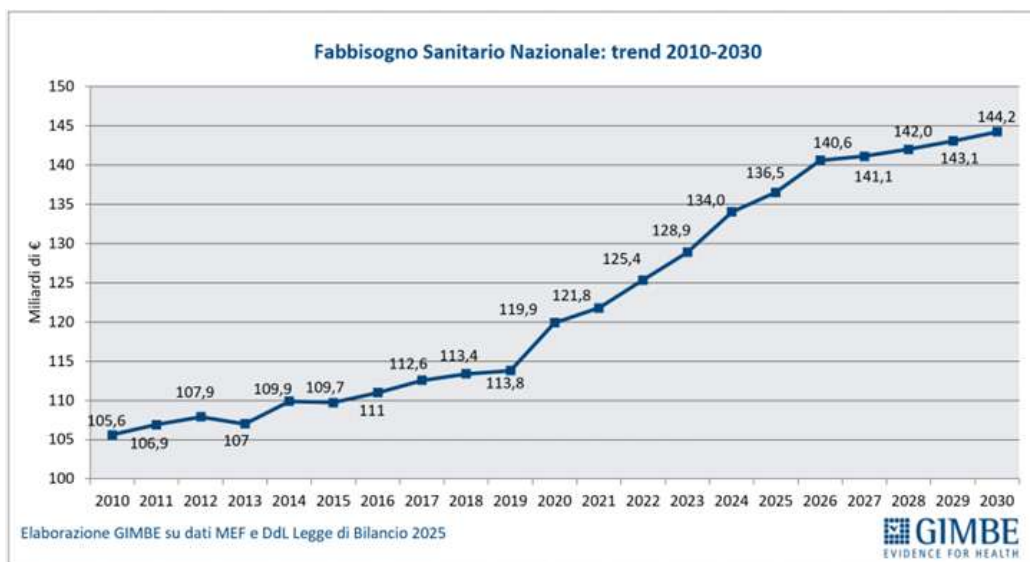


Manovra/ Per la sanità solo numeri fuorvianti, risorse insufficienti per le troppe misure. Per il 2025 solo +1,3 mld e dopo 2026 briciole per il Fsn. Regioni al bivio: tagliare i servizi o aumentare le tasse. Personale e cittadini senza risposte, con il Ssn in grande affanno
Fondazione Gimbe

Secondo il DdL sulla Manovra 2025, il Fondo sanitario nazionale (Fsn) raggiungerà 136.533 milioni nel 2025, 140.595 milioni nel 2026 e 141.131 milioni nel 2027 (figura 1). «Tuttavia - sottolinea Nino Cartabellotta, Presidente della Fondazione Gimbe - le risorse, destinate principalmente ai rinnovi contrattuali del personale

non consentiranno di attuare il piano straordinario di assunzioni di medici e infermieri fortemente voluti dal ministro Schillaci, né tantomeno di eliminare il tetto di spesa per il personale sanitario, contrariamente a quanto previsto dal DL Liste di attesa. Positivo l'aggiornamento delle tariffe delle prestazioni per acuti e post-acuti, ma solo a partire dal 2026, mentre le esigue risorse destinate all'aggiornamento dei Lea rischiano di ritardare ulteriormente l'esigibilità delle prestazioni di specialistica ambulatoriale e di protesica». Di fronte alla girandola di numeri, "spesso presentati e interpretati in modo soggettivo o addirittura strumentalizzati - sottolineano dalla Fondazione Gimbe - abbiamo condotto un'analisi indipendente sui finanziamenti destinati dalla manovra alla sanità, al fine di fornire informazioni obiettive, trasparenti ed utili a informare il confronto politico e il dibattito pubblico in vista della discussione parlamentare sulla Manovra".

FONDO SANITARIO NAZIONALE. Secondo la Legge di Bilancio 2025, il Fsn nel 2025 crescerà di 2.520 milioni (+1,9%), di cui € 1.302 milioni sono nuovi stanziamenti e 1.218 milioni già assegnati dalla Manovra precedente. «Tuttavia le modalità con cui vengono presentati nell'art. 47 gli importi per gli anni successivi – spiega Cartabellotta – risultano fuorvianti: i 5.078 milioni per il 2026, 5.780 milioni per il 2027 e le cifre sino al 2030 indicano infatti l'incremento cumulativo del Fsn e non gli stanziamenti specifici per ciascun anno». Gli aumenti effettivi previsti dalla manovra sono: 4.062 milioni nel 2026 (+3%), 536 milioni nel 2027 (+0,4%), 883 milioni nel 2028 (+0,6%), 1.062 milioni nel 2029 (+0,7%) e 1.173 milioni dal 2030 (+0,8%) (tabella 1).



«Di conseguenza – commenta il Presidente – la Manovra, nonostante gli annunci, non prospetta alcun rilancio progressivo del Fsn, lasciando il Servizio sanitario nazionale con risorse insufficienti per affrontare le crescenti necessità di cittadini e professionisti». Il trend del Fsn mantiene infatti l'andamento consolidato sino al 2026, per poi tornare a livelli del periodo pre-pandemia (figura 1).

Peraltro, una quota delle risorse incrementali, pari a 883 milioni per il 2028, 1.945 milioni per il 2029 e 3.117 milioni a decorrere dall'anno 2030, dovrà essere accantonata per i rinnovi contrattuali relativi al periodo 2028-2030. Allo stesso modo, 928 milioni per il 2026, 478 milioni per il 2027 e 528 milioni a decorrere dal 2028 sono destinati all'incremento delle risorse destinate al raggiungimento degli obiettivi sanitari di carattere prioritario e di rilievo nazionale.

MISURE PREVISTE (tabella 2). L'art. 47 sul "Rifinanziamento del Servizio Sanitario Nazionale" individua 15 articoli con le misure da finanziare. «Tuttavia, se da un lato quasi tutte le misure previste dalla Manovra sono a valere sul Fsn – spiega Cartabellotta – lascia molto perplessi il fatto che gli incrementi annuali del Fsn non siano sufficienti a coprire tutte le misure previste. Di conseguenza le Regioni, per riuscire a realizzare tutti gli obiettivi previsti dalla Legge di Bilancio 2025 per la sanità, dovranno operare scelte drastiche: razionalizzare la spesa, tagliare altri servizi o aumentare l'addizionale Irpef». Ad esempio nel 2026, a fronte di un aumento del Fsn di 4.062 milioni, sono previste misure per un totale di 2.372,5 milioni, senza considerare il trattamento

accessorio (art. 18) e il rifinanziamento del fondo per la contrattazione collettiva nazionale per il personale pubblico (art. 19).

Tabella 1. Rideterminazione FSN prevista dall'art. 47 del DdL della Manovra 2025

	2024	2025	2026	2027	2028	2029	2030
Legge di Bilancio 2024 (post DL 73/24)*	134.013	135.231	135.517	-	-	-	-
Legge di Bilancio 2025 (post DL 73/24)*	-	136.533	140.595	141.131	142.014	143.076	144.249
Incremento vs anno precedente	-	1.302 [§]	4.062	536	883	1.062	1.173
	-	1% [§]	3,0%	0,4%	0,6%	0,7%	0,8%
Dati in milioni di euro							
* Il DL 73/2024 (liste di attesa), per finanziare la flat tax al 15% per le prestazioni aggiuntive, ha posto a valere sul FSN € 160 milioni per l'anno 2025 e € 166 milioni a decorrere dal 2026.							
§L'incremento di € 1.302 milioni assegnato dalla Legge di Bilancio 2025 va a sommarsi ai € 1.218 milioni stanziati dalla Manovra 2024 (+0,9%)							

La Manovra include anche altre misure che avranno un impatto economico sulle Regioni, ma che non sono contemplate nell'art. 47: la sperimentazione della riforma sulla disabilità (art. 38), il fondo nazionale per il contrasto alle dipendenze comportamentali dei giovani (art. 40), il fondo per gli accertamenti medico-legali e tossicologico-forensi (art. 41).

Misure per il personale sanitario. Dagli articoli sulle "Disposizioni in materia di trattamento accessorio" (art. 18) e sul "Rifinanziamento del fondo per la contrattazione collettiva nazionale per il personale pubblico" (art. 19) non è possibile stimare l'impatto economico, nemmeno analizzando la relazione tecnica. «Considerando solo i rinnovi contrattuali per il personale dipendente (dirigenza e comparto) e per i medici convenzionati – rileva Cartabellotta – e prendendo a riferimento gli oltre € 2.400 milioni stanziati dalla Legge di Bilancio 2024 per il triennio 2019-2021, le risorse dovrebbero coprire il contratto 2022-2024, già scaduto, e quelli relativi ai trienni 2025-2027 e 2028-2030, per un totale di oltre € 7 miliardi entro il 2030». Vengono incrementate le indennità di specificità: per la dirigenza medica e veterinaria (art. 61) di € 50 milioni per il 2025 e € 327 milioni a decorrere dal 2026; per la dirigenza sanitaria non medica (art. 62) di € 5,5 milioni a decorrere dal 2025; l'indennità di specificità infermieristica e quella per la tutela del malato e la promozione della salute (art. 63) riceveranno € 35 milioni nel 2025 e € 285 milioni dal 2026, a cui si aggiungeranno € 15 milioni nel 2025 e € 150 milioni dal 2026 per altre figure sanitarie. «È evidente – commenta il Presidente – che tutte queste indennità, salvo briciole, saranno concretamente esigibili dal personale solo a partire dal 2026». Viene infine aumentata l'indennità di pronto soccorso (art. 56) con € 50 milioni per il 2025 e € 100 milioni dal 2026 e migliorato il trattamento economico per i medici in formazione specialistica (art. 59), in particolare per le specializzazioni meno ambite. «In termini assoluti – chiosa Cartabellotta – si tratta di un aumento da € 26.000 euro annui a € 27.135 per tutte le specialità e a € 28.785 per quelle meno ambite: cifre irrisorie per convincere i giovani medici a scegliere specialità che oggi non risultano più attrattive».

Per l'aggiornamento dei Livelli Essenziali di Assistenza e degli importi tariffari (art. 51 c. 1), i € 50 milioni annui stanziati a partire dal 2025, sono secondo Cartabellotta «assolutamente insufficienti, aumentando il rischio concreto di ulteriori ritardi nell'esigibilità delle prestazioni di specialistica ambulatoriale e di protesica, ormai al palo da 8 anni». Al contrario, una quota significativa di risorse viene destinata all'aggiornamento delle tariffe per remunerazione delle prestazioni per acuti e post acuzie (art. 50). Nello specifico, spiega il Presidente, «nel 2025 sono previsti € 77 milioni per le prestazioni post-acuzie, mentre dal 2026 si stanzieranno € 350 milioni per le prestazioni post-acuzie e € 650 milioni per quelle per acuti, per un totale di € 1 miliardo annuo». Relativamente alle misure per abbattere le liste di attesa, è previsto un ulteriore aumento del tetto di spesa per l'acquisto di prestazioni sanitarie da soggetti privati accreditati (art. 48), che crescerà dello 0,5% per il 2025 (€ 61,5 milioni) e dell'1% dal 2026 (€ 123 milioni). Inoltre sono introdotte premialità per le Regioni (art.

64) che rispettano i criteri sui Livelli Essenziali di Assistenza sulle liste d’attesa, con uno stanziamento di € 50 milioni nel 2025 e € 100 milioni dal 2026.

Tabella 2. Misure per la sanità previste dall’art. 47 del DdL della Manovra 2025

Rifinanziamento del Servizio Sanitario Nazionale (art. 47)	2025	2026	2027	2028	2029	2030
	€ 1.302	€ 4.062	€ 536	€ 883	€ 1.062	€ 1.173
Disposizioni in materia di trattamento accessorio (art. 18)	Oneri finanziari non valutabili					
Rifinanziamento del fondo per la contrattazione collettiva nazionale per il personale pubblico (art. 19)	Oneri finanziari non valutabili					
Aggiornamento delle tariffe per la remunerazione delle prestazioni per acuti e post acuzie (art. 50)	€ 77	€ 1.000	€ 1.000	€ 1.000	€ 1.000	€ 1.000
Aggiornamento dei Livelli Essenziali di Assistenza e importi tariffari (art. 51 c. 1)	€ 50	€ 50	€ 50	€ 50	€ 50	€ 50
Piano pandemico 2025-2029 (art. 52)	€ 50	€ 150	€ 300	€ 300	€ 300	-
Misure per l’acquisto di dispositivi medici per la perfusione, conservazione, trasporto e gestione di organi e tessuti per trapianto (art. 53)	€ 10	€ 10	€ 10	€ 10	€ 10	€ 10
Incremento indennità pronto soccorso (art. 56)	€ 50	€ 100	€ 100	€ 100	€ 100	€ 100
Rideterminazione delle quote di spettanza delle aziende farmaceutiche e dei grossisti e sostegno ai distributori farmaceutici (art. 57 c. 3)	-	€ 50	€ 50	-	-	-
Incremento delle risorse per le cure palliative (art. 58)	€ 10	€ 10	€ 10	€ 10	€ 10	€ 10
Disposizioni per i medici in formazione specialistica (art. 59)	-	€ 120	€ 120	€ 120	€ 120	€ 120
Incremento dell’indennità di specificità dirigenza medica e veterinaria (art. 61)	€ 50	€ 327	€ 327	€ 327	€ 327	€ 327
Incremento dell’indennità di specificità dirigenza sanitaria non medica (art. 62)	€ 5,5	€ 5,5	€ 5,5	€ 5,5	€ 5,5	€ 5,5
Incremento dell’indennità di specificità infermieristica e dell’indennità di tutela del malato e per la promozione della salute (art. 63)						
Indennità di specificità infermieristica di cui all’articolo 104 del CCNL (c. 1)	€ 35	€ 285	€ 285	€ 285	€ 285	€ 285
Indennità relativa al personale del comparto sanità di cui all’art. 105 del CCNL (c. 2)	€ 15	€ 150	€ 150	€ 150	€ 150	€ 150
Premialità liste di attesa (art. 64)	€ 50	€ 100	€ 100	€ 100	€ 100	€ 100
Disposizioni in materia di prestazioni sanitarie offerte da comunità terapeutiche in regime di mobilità interregionale (art. 65)	€ 15	€ 15	€ 15	€ 15	€ 15	€ 15

Dati in milioni di euro



ltre disposizioni di spesa riguardano l’attuazione del Piano pandemico 2025-2029 (art. 52), che prevede € 50 milioni per il 2025, € 150 milioni per il 2026 e € 300 milioni annui dal 2027. Per le cure palliative (art. 58) è previsto un aumento di € 10 milioni annui a partire dal 2025, che si somma ai € 100 milioni del FSN. Le prestazioni sanitarie offerte da comunità terapeutiche in regime di mobilità interregionale (art. 65) riceveranno € 15 milioni annui a partire dal 2025 per sostenere le prestazioni a favore di cittadini con dipendenza da sostanze. Infine per le patologie da dipendenze (art. 66) sono previsti € 50 milioni annui dal 2025.

«Ancora una volta – conclude Cartabellotta – la Legge di Bilancio tradisce le legittime aspettative di professionisti sanitari e cittadini, oggi alle prese con un Ssn in grande affanno nel rispondere ai bisogni di salute della popolazione. Soprattutto per la progressiva carenza di personale, in particolare infermieristico, che vive una stagione di demotivazione e disaffezione per la sanità pubblica senza precedenti. Dall’analisi delle risorse assegnate alla sanità emergono quattro punti estremamente critici. Innanzitutto la “cosmesi” sul Fsn per il 2025, che tradisce ampiamente i proclami dell’Esecutivo: l’incremento reale è di soli € 1,3 miliardi, rispetto ai € 3,5 miliardi annunciati, rendendo impossibile soddisfare le richieste dei professionisti sanitari, che infatti hanno già annunciato uno sciopero per il 20 novembre. In secondo luogo, l’unico reale incremento di risorse è previsto solo nel 2026, quando lo Stato potrà disporre delle liquidità derivanti dalla sospensione del credito di imposta delle banche. Terzo, le risorse si disperdono in troppi rivoli, senza una chiara visione di rilancio del Ssn, con un numero eccessivo di misure rispetto alle risorse assegnate, a valere sul Fsn: una (non) strategia che finirà per mettere le Regioni davanti a un bivio, costrette a scegliere da quale lato “tirare” una coperta troppo corta. Infine, non si intravede alcun rilancio progressivo del finanziamento pubblico che, dopo la “fiammata” del 2026, torna a cifre da manutenzione ordinaria dell’era pre-pandemica. Nonostante la sanità pubblica sia oggi la vera emergenza del Paese, le scelte politiche rimangono inesorabilmente in linea con quelle degli ultimi 15 anni: tutti i Governi hanno defanziato il Ssn e nessuno è stato in grado di elaborare un

piano di rilancio del finanziamento pubblico, accompagnato da una coraggiosa stagione di riforme per ammodernare e riorganizzare la più grande opera pubblica del Paese, quel Ssn istituito per tutelare la salute di tutte le persone. Un tradimento dell'art. 32 della Costituzione e dell'universalismo, dell'uguaglianza e dell'equità, principi fondamentali del nostro insostituibile Ssn».

<https://www.sanita24.ilsole24ore.com/art/aziende-e-regioni/2024-10-25/-manovra-la-sanita-solo-neri-fuorvianti-risorse-insufficienti-le-troppe-misure-il-2025-solo-13-mld-e-2026-briciole-il-fsn-regioni-bivio-tagliare-servizi-o-aumentare-tasse-personale-e-cittadini-senza-090558.php?uuid=AGfUhfI&cmpid=nlqf>

quotidianosanita.it

20 novembre 2024: i perché dello sciopero di medici e infermieri

Pierino Di Silverio

Gentile direttore,

Lo sciopero nazionale del 20 novembre, proclamato da Anaa Assomed, Cimo-Fesmed e Nursing Up a poche ore di distanza dalla pubblicazione del testo della Legge di bilancio 2025, ha suscitato clamore, ma certo non sorpresa. Il fatto è che dopo le tante dichiarazioni di una sanità al centro dell'agenda politica e di professionisti da valorizzare, forte è stata la delusione per misure al di sotto delle necessità, delle richieste e delle promesse. Ridotte al lumicino le risorse necessarie per una politica di assunzioni che recuperi i tagli del passato, elimini il fenomeno dei "gettonisti" e migliori le condizioni di lavoro.

Le liste di attesa rimangono esse stesse in attesa di tempi migliori, i futuri contratti di lavoro vengono finanziati ad un tasso che recupera (forse) solo la inflazione, la formazione post laurea dei medici deve accontentarsi di briciole a futura memoria, e per quella dei dirigenti sanitari non ci sono nemmeno quelle.

L'indennità di specificità, che esprime la peculiarità della professione, trova, al posto della promessa defiscalizzazione, un incremento minimale e, per di più, rateale e legato a un contratto di lavoro di incerta tempistica. Il tutto condito dall'insoddisfazione delle risposte al tema della responsabilità professionale, dalla crescente occupazione universitaria della direzione di UUOO del SSN, favorita da provvedimenti legislativi regionali, dal moltiplicarsi delle inadempienze degli obblighi contrattuali da parte delle Aziende e delle Regioni.

La spesa sanitaria è cresciuta nei valori nominali, ma sconta una consistente perdita di potere di acquisto a causa dell'inflazione, rimanendo al di sotto delle necessità di un SSN in crisi profonda. Il 6,2 % del PIL ci inchioda all'ultimo posto tra i Paesi del G7, né cambia la graduatoria con la spesa pro-capite. Siamo lontani da quel 7% che lo stesso Ministro della Salute indicava come traguardo minimo, con una spesa privata tra le più alte in Europa. Mentre il 7,6% della popolazione rinuncia alle cure per problemi economici e organizzativi e l'1,6% delle famiglie si impoverisce per cause legate alla salute, la sanità privata accreditata porta a casa un ulteriore aumento, dopo quello della legge di bilancio 2024.

Il livello del finanziamento della sanità è una scelta politica, specie in contesto di risorse scarse, ed è la coscienza della profondità della crisi e dell'insufficienza delle risposte messe in campo, al di là dei proclami e degli annunci, a spingere le organizzazioni sindacali allo sciopero. Una protesta, ma anche un richiamo alla politica affinché comprenda che la vera posta in gioco è la sopravvivenza di un servizio sanitario pubblico e nazionale. Nel quale il personale rappresenta una risorsa strategica che regge il fronte di una domanda crescente e complessa, anche per l'invecchiamento della popolazione, con risorse insufficienti, esposto alla delegittimazione sociale ed alle aggressioni verbali e fisiche, specie nei PS, luoghi simbolo della negazione di diritti che cittadini e medici vivono su fronti opposti.

Per dirla con le parole del Ministro Schillaci, "il rilancio della sanità pubblica passa dalla valorizzazione del personale". In quest'ottica, la questione delle retribuzioni è questione politica perché riguarda il valore del lavoro e quello di chi lo fa. Restituire autorevolezza al lavoro dei professionisti sanitari, anche attraverso la

leva economica, è condizione indispensabile per consentire loro di operare con responsabilità, efficienza ed efficacia. Una politica retributiva inadeguata, anche rispetto a quella degli altri Paesi, disincentiva la stessa domanda di formazione e alimenta le fughe, sia di chi è dentro il sistema sia di chi si appresta ad entrare. E condanna all'impoverimento progressivo, senza scomodare l'ottocentesco concetto di indigenza, professionisti che, con un lavoro sempre più gravoso e rischioso, rendono esigibile per i cittadini, tutti i giorni e tutte le notti, l'unico diritto che la Costituzione definisce 'fondamentale'. Tra il 2015 e il 2022 le retribuzioni dei medici dipendenti sono diminuite, in termini reali, del 6,1% (Censis 2024). E il Ccnl 2022-2024 è sì incrementato, come ricorda il Ministro, del 6% ma a fronte di un indice inflattivo superiore al 16% nel triennio. Questi numeri, uniti al peggioramento delle condizioni di lavoro, sono una conferma del mancato investimento su quella che pure si considera "risorsa chiave", il cui problema principale è oggi la ridotta capacità attrattiva. C'è una criticità evidente nella frustrazione e insoddisfazione del personale, medico soprattutto, numericamente carente, demotivato, stressato e oberato di attività, in preda a un disagio lavorativo amplificato oltre ogni misura. Che rischia di sommarsi alla crisi di fiducia dei cittadini a fronte della montagna di prestazioni negate.

Certo, la sanità è stata un bancomat dei Governi di ogni colore, fino a precipitare sull'orlo di una crisi profonda ma è la stessa sostenibilità del sistema sanitario pubblico che rischia di essere sacrificata, oggi, sull'altare di scelte governative che vedono la salute ancora agli ultimi posti nella scala delle priorità.

Alla base dello sciopero c'è la consapevolezza che il destino della sanità pubblica è interesse non solo sindacale ma sociale e politico. Non è un caso che la salute sia diventata oggi il primo problema per l'80% dei cittadini, né è da sottovalutare il rischio che il liquefarsi del SSN produca un disastro sociale e civile di dimensioni oggi inimmaginabili.

Spetta al Governo, alla politica e alle Istituzioni mettere in campo, a partire dalla legge di bilancio 2025, tutte le soluzioni per garantire il diritto alle cure e il diritto a curare ed evitare la fine di quel SSN che della unità del Paese è "presidio insostituibile", secondo il Presidente della Repubblica Sergio Mattarella.

https://www.quotidianosanita.it/lettere-al-direttore/articolo.php?articolo_id=125400



Manovra/ L'appello delle 75 società scientifiche FossC a Meloni: Creare un Board di salute pubblica per salvare il Ssn. A rischio le cure per i cittadini

“Chiediamo alla Presidente del Consiglio Giorgia Meloni di istituire un Board di salute pubblica per salvare il Servizio Sanitario Nazionale, che sta perdendo il suo carattere universalistico e, senza lo stanziamento di risorse adeguate, la crisi diventerà sempre più strutturale. Non bastano i 900 milioni di euro destinati al Fondo Sanitario Nazionale nel 2025, come stabilito nella Legge di Bilancio presentata dal Governo. Per porre le basi e iniziare un processo di rafforzamento del Ssn con la gradualità purtroppo necessaria fino al raggiungimento degli standard degli altri Paesi europei, servono almeno 10 miliardi, da investire immediatamente. Altrimenti sono a rischio le cure e l'assistenza dei cittadini del nostro Paese”. È la richiesta delle 75 società scientifiche riunite in FoSSC (Forum delle Società Scientifiche dei Clinici Ospedalieri ed Universitari Italiani), di fronte all'esiguità dei fondi per la sanità stanziati nella Manovra Finanziaria.

“L'universalismo, l'equità e l'uguaglianza, che da sempre caratterizzano il nostro Servizio Sanitario, si stanno sgretolando – affermano le 75 Società Scientifiche riunite in FoSSC -. La sanità pubblica è al collasso. Il defianziamento della Sanità parte da lontano, almeno da 10-15 anni, e vi hanno contribuito tutti i Governi che si sono succeduti in questo arco temporale. Il Governo Meloni ha ereditato questo fardello ma, in due anni di vigenza, non ha intrapreso nessun provvedimento serio per cominciare a risolvere questi gravi problemi. I pochissimi provvedimenti promossi sono a finanziamento zero e su singoli specifici problemi,

senza affrontarne alla radice le cause. Ad esempio le liste d'attesa, a diversi mesi dall'emanazione della Legge 'salta code', continuano inesorabilmente a peggiorare, mentre assistiamo ad un rimbalzo imbarazzante di responsabilità su questo tema tra Governo e Regioni”.

“Il Ministro della Salute, Orazio Schillaci, aveva chiesto la cifra già irrisoria di 3,5 miliardi di euro per la sanità per il 2025, ma, come evidenziato dal MEF, ne sono stati previsti nella manovra finanziaria solo 900 milioni, briciole rispetto alle esigenze reali dei nostri pazienti – sottolineano le Società Scientifiche -. Da anni proponiamo, con analisi e documenti, una riforma organica del sistema, ma finora non siamo stati ascoltati dalle Istituzioni. E il processo di disgregazione e definanziamento del sistema pubblico prosegue”. “Anni di contro-riforme fatte dai precedenti Governi alla Legge 833/1978 che ha istituito il SSN, di definanziamenti, di incuria, di blocchi delle assunzioni, di tagli a danno degli operatori e dei servizi, di annullamento di qualsiasi seria politica di prevenzione e di abbandono di intere aree del Paese hanno determinato la drammatica situazione attuale – evidenziano le Società Scientifiche -. Tra i principali problemi: i profondi squilibri nel Paese tra Nord e Sud, il crescente sempre più acuto conflitto sociale tra operatori e cittadini, quindi tra servizi e società e, di conseguenza, la continua crescita della sfiducia sociale nei confronti del servizio pubblico, le profonde lesioni al diritto alla giusta cura di cui soffre ormai l'intera popolazione, i profondi squilibri che esistono tra le Regioni e i diversi territori, che sono causa della 'dolorosa' ed enorme mobilità sanitaria dal Sud al Nord, il forte processo di privatizzazione in atto che sta diventando, di fatto, un processo di sostituzione del pubblico con il privato e che, per questo, penalizza masse enormi di cittadini non abbienti”.

“È di circa 52 miliardi di euro il gap complessivo di risorse destinate alla sanità rispetto alla media dei Paesi OCSE membri dell'Unione Europea – spiegano le Società Scientifiche -. Attualmente siamo agli ultimi posti in Europa e tra i Paesi dell'OCSE e ultimi tra tutti i Paesi del G7 e registriamo un divario della spesa sanitaria pubblica pro-capite di ben 889 euro rispetto alla media dei Paesi OCSE, membri dell'Unione Europea. La spesa sanitaria out of pocket, da parte dei privati cittadini, nel 2023 è stata di circa 41 miliardi, il 10% in più rispetto al 2022, pari a quasi un terzo della spesa pubblica, dato questo molto superiore rispetto ai principali Paesi europei. Sono quasi 4,5 milioni le persone che nel 2023, in Italia, hanno rinunciato alle cure e sono troppi i settori della sanità pubblica che ormai, per forza di cose, sono coperti soltanto dal settore privato. È dovere morale nei confronti dei nostri pazienti denunciare questa situazione e dobbiamo spiegare bene alla Politica ciò che sta succedendo, perché è in atto un'emergenza grave della sanità su cui è necessario agire subito”.

“L'articolo 32 della Costituzione sul diritto alla salute sta esaurendo la sua effettività e la Legge sull'Autonomia Differenziata punta a smontare il SSN – affermano le Società Scientifiche -. Anche sulla prevenzione primaria e secondaria latitano i provvedimenti, le indicazioni ed i finanziamenti da parte delle Autorità preposte. Il relativo finanziamento è calato nel 2023 rispetto al 2022 ed è inferiore alla media europea. Il Patto di Stabilità in Europa, che bisogna rispettare, crea un problema enorme, perché i più deboli ne fanno le spese e noi stiamo perdendo il servizio sanitario pubblico”.

“Oggi – concludono le Società Scientifiche -, giustificati da una pressante preoccupazione sul destino molto incerto e precario della nostra sanità pubblica ma soprattutto sul destino non meno incerto dei nostri milioni di ammalati, proponiamo al Presidente Meloni di istituire con urgenza un Board di salute pubblica, per salvare dalla rovina sicura il Servizio Sanitario Nazionale. O, quanto meno, per 'salvare il salvabile' di ciò che resta del SSN, essendo ormai i suoi processi di compromissione purtroppo molto avanzati. Nell'interesse del Paese, questo Board dovrà essere composto da persone chiaramente competenti ed esperte delle complessità in gioco, soprattutto da clinici vicini ai problemi dei malati e studiosi di problemi della sanità”.

<https://www.sanita24.ilsole24ore.com/art/lavoro-e-professione/2024-10-25/manovra-l-appello-75-societa-scientifiche-fossc-meloni-creare-board-salute-pubblica-salvare-ssn-rischio-cure-i-cittadini-120813.php?uuid=AGgleOl&cmpid=nlqf>

Manovra. Fondi per la sanità in crescita ma non come ci si attendeva alla vigilia. Il Mef precisa: “L’aumento per il 2025 sarà di 2,36 miliardi”

Giovanni Rodriguez

Stando al [Documento programmatico di bilancio](#) gli incrementi per la sanità saranno ben più limitati rispetto a quelli annunciati nelle ultime ore. Sul piatto ci sono 900 milioni per il 2025 cui si deve poi sommare al miliardo e 200 mln già previsto dalla precedente manovra più dei fondi per i contratti. Si arriva così ad un incremento di circa 2,3 miliardi. Un cifra in linea col tetto massimo di 2 miliardi in più per la sanità già preventivato nei mesi scorsi dal Mef. I circa 3 miliardi annunciati verranno sì investiti, ma solo nel 2026.

Il governo in manovra non stanzerà oltre 3 miliardi in più per la sanità nel 2025. A dispetto di quanto annunciato nelle ultime ore, a dispetto dei tweet del presidente del Consiglio **Giorgia Meloni** e del ministro delle Infrastrutture **Matteo Salvini** nel corso del CdM di ieri sera, secondo quanto previsto dalla tabella del Documento programmatico di bilancio gli incrementi per la sanità per il 2025 si fermeranno a circa 900 milioni aggiuntivi (lo 0,04% del Pil).

A questo si deve poi sommare il miliardo e 200 mln già previsto dalla precedente legge di Bilancio. Si arriva così il per 2025 ad un incremento complessivo di 1,9 miliardi per il Fondo sanitario nazionale più 250 mln per i contratti (in totale circa 2,3 mld quindi). Una cifra in linea quindi con quel tetto massimo di 2 miliardi in più per la sanità già preventivato nei mesi scorsi dal Ministero dell'Economia e delle Finanze ma ben al di sotto dei 4,7 miliardi complessivi che i rumors governativi avevano lasciato intendere.

TABELLA II.1-12 : MISURE DISCREZIONALI ADOTTATE DALLE AMMINISTRAZIONI PUBBLICHE (S.A)

Elenco delle misure	Descrizione dettagliata	Obiettivi (Componente di Spesa / Entrata) Codice ESA	Stato di adozione	Effetti finanziari				
				Entrate/ Spese	2024 % PIL	2025 % PIL	2026 % PIL	2027 % PIL
Proroga riforma Irpef e altre misure di riduzione del carico fiscale sul lavoro	Motivazione: Sostegno ai contribuenti e riduzione della pressione fiscale. Contenuto delle misure: Proroga a regime della riduzione da quattro a tre degli scaglioni di reddito e delle corrispondenti aliquote progressive di tassazione del reddito delle persone fisiche. Sono confermati gli effetti delle misure di riduzione del carico fiscale a favore dei lavoratori dipendenti. Riordino delle tax expenditures, che terrà conto del numero dei familiari a carico nel computo delle detrazioni.	D.5 (E), D.6 (S)	Efficacia immediata	E/S	0,000	-0,768	0,009	0,021
Rinnovo contratti Stato	Motivazione: Rinnovo dei contratti del pubblico Impiego. Contenuto delle misure: Risorse finalizzate al rinnovo dei contratti dei dipendenti pubblici per il triennio oggetto del presente documento.	Varie, principalmente D.61 (E), D.5 (E), D.1 (S)	Successivi atti amministrativi	E/S	0,000	-0,033	-0,033	-0,037
Sicurezza, emergenze e protezione civile	Motivazione: Sicurezza del territorio e protezione dagli eventi calamitosi. Contenuto delle misure: Rifinanziamento delle missioni di pace e delle operazioni Strade e Stazioni sicure, incremento del Fondo per le emergenze nazionali; istituzione di un Fondo per gli interventi di ricostruzione.	Varie, principalmente D.61 (E), D.5 (E), D.1 (S)	Efficacia immediata/ da ripartire tramite DM/successivi atti amministrativi	E/S	-0,002	-0,097	0,020	0,002
Politiche per la famiglia e spesa sociale	Motivazione: Sostegno alle famiglie e alle fasce deboli della popolazione. Contenuto delle misure: Misure per il sostegno degli indigenti e per gli acquisti di beni di prima necessità-Carta «Dedicata a te». Stanziamento di risorse a favore dei nuovi nati. Potenziamento dei congedi parentali. Incremento delle risorse a favore del bonus asilo nido. Rifinanziamento del Fondo di garanzia per la prima casa e del Fondo per le non autosufficienze.	Varie, principalmente D.62	Efficacia immediata/ da ripartire tramite DM/successivi atti amministrativi	S	0,000	-0,078	0,006	-0,010
Sanità	Motivazione: Rafforzamento del sistema sanitario. Contenuto delle misure: Risorse a favore del personale sanitario e incremento del livello di finanziamento del Fondo sanitario nazionale.	Varie, principalmente D.1 (S), D.63 (S), P.2 (S), D.61 (E)	Efficacia immediata/ successivi atti amministrativi	E/S	0,000	-0,040	-0,148	-0,008

I circa 3 miliardi aggiuntivi sono sì previsti dal Documento programmatico di bilancio, ma solo per il 2026 (0,148% del Pil). A confermarlo è stata questa mattina in conferenza stampa lo stesso ministro dell'Economia **Giancarlo Giorgetti** che a domanda precisa dei giornalisti sui numeri messi nero su bianco nel **Dpb non ha smentito pur rivendicando come la sanità aumenti la sua dotazione**: "Ieri in Consiglio dei Ministri la delusione era abbastanza diffusa tra i colleghi. Credo che il ministro meno deluso dovrebbe essere Schillaci".

Dopo una mattinata di caos sugli aumenti, nel primo pomeriggio è intervenuto il **Mef** che ha specificato come "alla sanità il prossimo anno andranno, rispetto al 2024, 2.366 milioni di euro in più".

Sulla questione è intervenuto anche il Ministro della Salute, **Orazio Schillaci** che però ha evidenziato che cifre certe ancora non ci sono: "Ci saranno sicuramente risorse; la suddivisione tra questo anno e l'anno prossimo è in corso. Appena abbiamo i dati, li daremo".

In attesa di vedere i testi definitivi della manovra, resta in ogni caso la doccia fredda rispetto alla vigilia, sia del ministro della Salute **Orazio Schillaci**, che di tutto il mondo della sanità.

https://www.quotidianosanita.it/governo-e-parlamento/articolo.php?articolo_id=125069

quotidianosanità.it

Manovra. Dall'assenza di un piano di assunzioni agli illusori aumenti di stipendio. Cimo-Fesmed: "Le 10 ragioni dello sciopero dei medici"

"Quello di illudere pazienti e professionisti della salute con mirabolanti promesse per poi ritrovarsi con in mano un piatto di lenticchie è uno sport politico che non siamo più disposti ad accettare. Una presa in giro aumentare di 3 euro le pensioni minime e poi costringere le fasce più povere della popolazione a spendere centinaia di euro per analisi, Tac e risonanze magnetiche che risultano inaccessibili nella sanità pubblica".

25 OTT -

"Ogni anno, puntualmente, la legge di bilancio si rivela una doccia fredda per la sanità pubblica, e quindi per i cittadini e per il personale sanitario. Quello di illudere pazienti e professionisti della salute con mirabolanti promesse per poi ritrovarsi con in mano un piatto di lenticchie è uno sport politico che non siamo più disposti ad accettare. E allo stesso modo risulta una presa in giro aumentare di 3 euro le pensioni minime e poi costringere le fasce più povere della popolazione a spendere centinaia di euro per visite mediche private, analisi, TAC e risonanze magnetiche che risultano inaccessibili nella sanità pubblica".

Così **Guido Quici**, Presidente Cimo-Fesmed, commenta il contenuto della legge di Bilancio approvata in Parlamento.

"Il 20 novembre, allora, medici e infermieri sciopereranno e manifesteranno a Roma perché sono stufo di proclami che, puntualmente, non hanno seguito. Fare di tutto per spingere i medici ad abbandonare la sanità pubblica rappresenta un inaccettabile voltafaccia, o il frutto di un piano ben preciso volto ad arricchire - sulle spalle dei malati - il privato, le assicurazioni, le cooperative e le multinazionali della salute".

Sono almeno dieci le ragioni che hanno spinto il sindacato a proclamare lo sciopero:

- 1.** Erano stati annunciati 3,7 miliardi per la sanità pubblica: il prossimo anno ne arriveranno 1,3, sufficienti a malapena a finanziare i rinnovi dei contratti del personale sanitario, lasciando dunque briciole al miglioramento dell'assistenza sanitaria offerta ai cittadini.
- 2.** Erano state promesse 30mila assunzioni nel Servizio sanitario nazionale, ma la legge di Bilancio non ne prevede alcuna. E senza assunzioni sarà impossibile ridurre il carico di lavoro dei dipendenti e migliorare quindi le condizioni lavorative negli ospedali, oggi inaccettabili.
- 3.** Erano stati previsti, nella precedente legge di Bilancio, 200 milioni per i medici dipendenti per ridurre le liste d'attesa, ma si sta lavorando per ridurre del 50% il finanziamento a favore dei medici specialisti ambulatoriali interni.

4. Era stata assicurata la defiscalizzazione al 15% dell'indennità di specificità medica, un riconoscimento vero della peculiarità della professione. Invece non è prevista alcuna defiscalizzazione ma solo lo stanziamento di un misero finanziamento aggiuntivo che porterà nelle tasche dei medici circa 17 euro mensili. Una vera elemosina che offende tutta la categoria.
5. Era stata prevista la defiscalizzazione al 15% delle prestazioni aggiuntive, ma numerose aziende si rifiutano di applicarla in attesa di una circolare del MEF che non promette nulla di buono.
6. Erano stati garantiti importanti miglioramenti sul fronte della responsabilità professionale per far lavorare i medici con maggiore tranquillità; invece, i risultati non ancora ufficiali della Commissione D'Ippolito appaiono estremamente fumosi e poco efficienti.
7. Era stata dichiarata guerra contro i cosiddetti medici gettonisti, e invece il Governo ha proposto un Disegno di Legge che intende contrastarli attraverso il ricorso a contratti precari co.co.co.
8. Erano state stanziato dallo Stato, negli anni passati, molte risorse in favore del personale sanitario, che tuttavia risultano ancora trattenute dalle Regioni. Non possono meravigliare, poi, le iniziative di alcune di esse che anticipano gli effetti dell'autonomia differenziata sul mercato del lavoro, elargendo premi di produzione extra contrattuali.
9. Era stato promesso un vero finanziamento per la sanità pubblica, e invece ogni provvedimento adottato dal Governo aumenta le risorse destinate alla sanità privata, senza tenere in considerazione lo scandaloso dumping salariale tra medici del pubblico e medici dipendenti di aziende private, molti dei quali attendono il rinnovo del contratto di lavoro da 20 anni.
10. Era stato annunciato il rispetto dei contratti di lavoro ed il rinnovo dei Ccnl entro la scadenza; invece stiamo riscontrando numerose difficoltà nella corretta applicazione del Ccnl 2016-2018 nelle aziende, in particolare degli articoli che riguardano l'orario di lavoro, nel tentativo di continuare a lucrare sulle ore lavorate a titolo gratuito. Al contempo siamo ancora in attesa dell'emanazione dell'atto di indirizzo necessario ad avviare le trattative per il Ccnl della dirigenza medica e sanitaria 2022-24, che scadrà tra due mesi.

"Con questo scenario, non possiamo che condividere la scelta di chi decide di abbandonare la sanità pubblica. La Federazione Cimo-Fesmed sarà dalla sua parte, e offrirà ogni possibile aiuto per supportare l'uscita dal Ssn", conclude Quici.

https://www.quotidianosanita.it/governo-e-parlamento/articolo.php?articolo_id=125339



Unipol-Ambrosetti: necessari 176 miliardi entro il 2030 per garantire la sostenibilità del welfare

Ernesto Diffidenti

Entro il 2030 sarà necessario reperire 176 miliardi di euro addizionali per garantire la sostenibilità del sistema di welfare del Paese. Lo rileva il Rapporto 2024 del Think Tank "Welfare, Italia" supportato da Unipol Gruppo con la collaborazione di The House – Ambrosetti (TEHA), secondo cui "solo il 41% degli italiani si sottopone a prevenzione e controlli regolari".

La spesa in welfare in Italia - sottolinea il report - risulta sbilanciata sulla "gestione del presente" con una quota complessiva sulla spesa totale del 78,9% (6,1 punti percentuali più alto rispetto alla media europea). Di contro, la spesa dedicata alla "costruzione del futuro", ovvero gli investimenti per le nuove generazioni e la prevenzione pesano solo per il 21,1% sulla spesa totale di welfare (- 6,1% rispetto alla media europea).

Per questo occorre “introdurre una normativa dell’ambito della Long Term Care, collegata ai Fondi pensione, definire un piano strategico sulla formazione delle competenze del welfare, che focalizzi il cambiamento indotto dall’evoluzione tecnologica e digitale, creare un punto di accesso unico digitale per i servizi di welfare come obiettivo di digitalizzazione del Paese”.

Il rapporto mostra come il welfare tra sanità, politiche sociali, previdenza e istruzione rappresenti nel 2023 la principale voce di spesa pubblica con 662,7 miliardi di euro. L’Italia è al primo posto, tra i quattro maggiori Paesi europei, per incidenza della spesa in previdenza sul Pil (il 16,2% a fronte di una media del 12,3% dell’Eurozona).

Al contrario, l’Italia si trova ultima sia con riferimento al valore dell’istruzione (che incide solo per il 4,1% del Pil italiano, rispetto ad una media dell’Eurozona pari a 4,6%) che a quello delle politiche sociali (5,7% del Pil italiano, contro una media dell’Eurozona pari a 7,3%) e penultima con riferimento alla sanità (7,1% del Pil italiano, contro una media dell’Eurozona del 7,9%).

Rilanciare la prevenzione consentirebbe, secondo il think tank promosso dal Gruppo Unipol, di anticipare e ridurre una serie di patologie con un effetto positivo sui costi complessivi del Ssn liberando risorse da impiegare nei grandi interventi e nelle emergenze.

Secondo i risultati di uno studio Unipol, inoltre, se in Italia la quota di spesa sanitaria a carico delle famiglie (out of pocket) si riducesse di 10 punti percentuali e aumentasse della stessa entità quella intermediata dai fondi sanitari e compagnie di assicurazione il risultato sarebbe una riduzione complessiva della spesa sanitaria pari a circa 7 miliardi di euro l’anno.

“I risparmi - ha detto **Matteo Laterza**, amministratore delegato di UnipolSai - sarebbero ottenuti per effetto di guadagni di efficienza dovuti a miglioramenti nelle procedure di acquisto dei beni e servizi sanitari e anche grazie a una ricomposizione della spesa a favore di prestazioni di medicina preventiva”.

Guardare al sistema privato per sostenere e rilanciare il servizio sanitario pubblico è una necessità secondo i ministri del made in Italy, **Adolfo Urso**, e della Salute, **Orazio Schillaci**.

Il welfare inclusivo e sostenibile “è un obiettivo raggiungibile solo con coinvolgimento attivo delle imprese”, ha affermato Urso secondo cui “la collaborazione pubblico-privato, assieme alla tecnologia e a nuove politiche demografiche e del lavoro sia la strada giusta per le sfide che abbiamo davanti”.

Urso ha ricordato che il welfare lo scorso anno è stata la principale voce di spesa pubblica in Italia e che al welfare si chiede di rispondere in modo innovativo ai bisogni di una popolazione che invecchia.

Dal punto di vista del Mimit, ha aggiunto Urso, il contributo può arrivare con il sostegno “a incentivi per l’innovazione e la digitalizzazione” in grado, anche all’interno del settore del welfare, di favorire un accesso “più equo ai servizi in tutta Italia”.

“Non dobbiamo guardare in modo ideologico ai fondi sanitari integrativi - ha detto dal canto suo il ministro della Salute -. C’è un crescente uso da parte degli italiani della spesa sanitaria ‘out of pocket’, noi guardiamo con interesse a questo problema ma se lo diciamo l’opposizione dice che vogliamo privatizzare il servizio sanitario nazionale. Io sono un medico che ha sempre lavorato nel pubblico ma non si può non guardare con interesse a questa realtà. I

n Commissione sanità e lavoro ci sono state una serie di audizioni sul tema della sanità integrativa un tema su cui vogliamo discutere.

E’ troppo facile dire che cresce la spesa ‘out of pocket’ perché il Servizio sanitario nazionale non funziona: a volte cresce anche perché c’è anche una richiesta di prestazioni non appropriata. Non possiamo non pensare a come utilizzare meglio questi fondi per avere più salute per tutti”.

Secondo il report Unipo-Ambrosetti l’Italia è chiamata a reclutare tra 250mila e 440mila infermieri, medici e docenti da formare alla luce delle dinamiche demografiche e dell’evoluzione tecnologica e digitale.

E in questa direzione Schillaci ha detto che è necessario “intervenire con una modernizzazione del Servizio sanitario e la formazione del personale affinché la digitalizzazione ci aiuti usare a superare disuguaglianze: funziona se c’è in tutti gli ospedali e non solo in alcuni”.

E anche sulle tre nuove lauree infermieristiche che porteranno alla prescrizione di alcuni interventi Schillaci ha invitato “i colleghi medici a non posso avere paura delle professioni che cambiano, con mansioni diverse e più moderne rispetto a quelle che hanno adesso. Si deve guardare al futuro con coraggio, noi abbiamo voglia di farlo”.

Altro capitolo del rapporto Unipol-Ambrosetti è dedicato proprio alle differenze sul territorio. Il Welfare Italia Index certifica che nel 2024 aumenta la divisione tra Nord, Centro e Sud nella capacità di risposta dei sistemi di welfare regionali. L'amministrazione territoriale con il punteggio più elevato è la P.A. di Trento (79,7 punti), seguita dall'Emilia Romagna (79,5 punti) e dalla P.A. di Bolzano (78,5 punti).

“Non c'è coesione sociale senza un sistema di welfare inclusivo che comprenda tutti - ha detto il presidente di Unipol, **Carlo Cimbri** -. Il privato è totalmente allineato agli interessi dello Stato, per esempio nella sanità. Chi paga prestazioni, che sia lo Stato o un privato, ha l'obiettivo di pagare la migliore prestazione possibile alle migliori condizioni possibili”. Ma servono regole.

“Le risorse dello Stato sono importanti - ha concluso - ma è importante promuovere una cultura del secondo pilastro, la collaborazione tra pubblico e privato è fondamentale per il futuro”.

<https://www.sanita24.ilsole24ore.com/art/imprese-e-mercato/2024-10-15/unipol-ambrosetti-necessari-176-miliardi-entro-2030-garantire-sostenibilita-welfare-102053.php?uuid=AGQryFZ&cmpid=nlqf>



WELFARE:

**ENTRO IL 2030 NECESSARI 176 MILIARDI DI EURO AGGIUNTIVI PER
GARANTIRE LA SOSTENIBILITÀ DEL SISTEMA DI WELFARE ITALIANO**

**UN EURO INVESTITO IN PREVENZIONE GENERA UN RITORNO DI
14 EURO NELLA FILIERA SOCIO-ASSISTENZIALE DEL PAESE**

**Il Rapporto 2024 del Think Tank presentato oggi al Welfare Italia
Forum individua nella prevenzione la leva fondamentale
come opportunità per creare valore**

La prevenzione consente di anticipare e ridurre una serie di patologie con un effetto positivo sui costi complessivi del SSN liberando risorse da impiegare nei grandi interventi e nelle emergenze. Tuttavia, solo l'8% della spesa sanitaria pubblica è destinato alla prevenzione.

La spesa in welfare in Italia risulta sbilanciata sulla «gestione del presente» con una quota complessiva sulla spesa totale del 78,9% (6,1 punti percentuali più alto rispetto alla media europea). Di contro, la spesa dedicata alla «costruzione del futuro», ovvero gli investimenti per le nuove generazioni e la prevenzione pesano solo per il 21,1% sulla spesa totale di welfare (inferiore di 6,1 punti percentuali rispetto alla media europea).

L'Italia è chiamata a reclutare tra 250mila e 440mila tra infermieri, medici e docenti e un ruolo chiave è rappresentato dallo sviluppo di adeguate competenze, in primis attraverso il ricorso a modelli di formazione continua.

Il Welfare Italia Index: nel 2024 aumenta la divisione tra Nord, Centro e Sud nella capacità di risposta dei sistemi di welfare regionali: l'amministrazione territoriale con il punteggio più elevato è la P.A. di Trento (79,7 punti), seguita dall'Emilia Romagna (79,5 punti) e dalla P.A. di Bolzano (78,5 punti).

Il Think Tank “Welfare, Italia” traccia le 3 priorità di azione:

- Introdurre una normativa dell'ambito della Long Term Care - collegata ai Fondi pensione – che ne promuova la diffusione come strumento di contrasto alla non autosufficienza e alle dinamiche demografiche del Paese;

- Definire un piano strategico sulla formazione delle competenze del welfare che focalizzi il cambiamento indotto dall'evoluzione tecnologica e digitale;
- Creare un punto di accesso unico digitale per i servizi di welfare come obiettivo di digitalizzazione del Paese

Si è tenuto oggi a Roma presso le Corsie Sistine di Santo Spirito in Sassia il Forum "Welfare, Italia" dal titolo "Quali opportunità per creare valore nel sistema di Welfare".

Durante l'evento, aperto dal messaggio del Presidente della Repubblica Sergio Mattarella, è stato presentato il Rapporto 2024 del Think Tank "Welfare, Italia" supportato da Unipol Gruppo con la collaborazione di The European House – Ambrosetti (TEHA), e con il sostegno di un comitato scientifico composto da Veronica De Romanis, Giuseppe Curigliano, Giuseppe Guzzetti e Stefano Scarpetta.

Il ruolo trasversale della prevenzione per rispondere alle sfide evolutive del sistema di welfare in quanto elemento capace di ridurre i costi sistemici, la sostenibilità di medio-lungo termine del sistema di welfare, il ruolo del privato e degli investimenti sociali sono solo alcuni dei temi di dibattito affrontati nell'appuntamento annuale del Welfare Italia Forum.

Il Think Tank "Welfare, Italia" si propone da oltre un decennio come luogo di analisi, studio e riflessione sui temi del welfare, aperto al confronto tra i principali stakeholder del settore sia pubblico che privato: decisori, esponenti governativi nazionali e locali, parti sociali, casse e fondi previdenza e assistenza, rappresentanti di imprese e dei lavoratori, università e terzo settore.

Dal punto di vista della finanza pubblica, entro il 2030 sarà necessario reperire 176 miliardi di euro addizionali per garantire la sostenibilità del sistema di welfare del Paese.

Il sistema di welfare italiano è chiamato a rispondere ai crescenti bisogni di protezione all'interno di un sistema economico con pochi margini di spazio fiscale, in quanto inevitabilmente condizionato da un quadro di finanza pubblica complesso e dalle nuove regole relative alla governance economica europea (nuove clausole del Patto di Stabilità e Crescita).

Seppur in progressivo miglioramento, il quadro di finanza pubblica resta uno dei più complessi a livello europeo.

La correzione di bilancio per l'Italia è quantificabile in circa 13 miliardi di euro/l'anno per i prossimi sette anni. Se a questa correzione si aggiungono gli incrementi della spesa previsti nelle diverse voci di welfare, entro il 2030 sarà necessario reperire 176 miliardi di euro addizionali per garantire la sostenibilità del sistema di welfare e del Paese.

Inoltre, dalle dinamiche tendenziali e congiunturali delle componenti del welfare emerge come l'Italia risulti il primo Paese tra i Big-4 europei per incidenza della spesa in previdenza sul PIL (16,2% vs 12,3%).

Al contrario, l'Italia si trova ultima sia con riferimento al valore dell'istruzione (che incide solo per il 4,1% del PIL italiano, rispetto ad una media dell'Eurozona pari a 4,6%) che a quello delle politiche sociali (5,7% del PIL italiano, contro una media dell'Eurozona pari a 7,3%) e penultima con riferimento alla sanità (7,1% del PIL italiano, contro una media dell'Eurozona del 7,9%).

Secondo le stime del Think Tank, in Italia il welfare (inteso come Sanità, Politiche Sociali, Previdenza e Istruzione) rappresenta nel 2023 la principale voce di spesa pubblica con 662,7 miliardi di euro (circa il 57,9% della spesa pubblica).

La spesa previdenziale assorbe la metà delle risorse, ovvero il 50,9% della spesa sociale totale, a seguire, la spesa sanitaria (20,9%), quella in politiche sociali (16,1%) e la spesa in istruzione (12,1%).

Per il 2030 si prevedono risorse aggiuntive così ripartite: 60,6 miliardi di spesa previdenziale, 19,8 miliardi di spesa sanitaria, 6,8 miliardi di spesa per le politiche sociali, 7,6 miliardi di spesa in istruzione.

La prevenzione rappresenta uno strumento per contrastare la dinamica crescente dei costi di welfare e stimolare la crescita economica: un euro investito in prevenzione genera a sua volta un ritorno di 14 euro sull'intera filiera socio-assistenziale del Paese.

Attraverso un'inedita ri-classificazione delle voci di spesa del welfare, TEHA ha evidenziato come la spesa in welfare in Italia risulti troppo sbilanciata sulla «gestione del presente» con una quota complessiva sulla spesa totale del 78,9%, un valore 6,1 punti percentuali più alto rispetto alla media europea del 72,8%, e superiore rispetto alla quota della Francia (76,4%) e della Germania (75,4%).

Di contro, la spesa dedicata alla «costruzione del futuro», ovvero gli investimenti rivolti alle nuove generazioni e alla prevenzione pesano solo per il 21,1% sulla spesa totale di welfare, un valore inferiore di 6,1 punti percentuali rispetto alla media europea del 27,2% e più basso rispetto alla quota dedicata a queste voci di spesa da Francia (23,6%) e Germania (24,6%). In termini assoluti, la Francia spende 150 miliardi di euro in più rispetto all'Italia mentre la Germania 279 miliardi di euro.

Alla luce di quanto esposto, la prevenzione rappresenta una leva fondamentale per invertire questa tendenza, soprattutto alla luce dei suoi importanti ritorni economici: infatti, 1 euro investito in prevenzione genera a sua volta un ritorno di 14 euro sull'intera filiera socio-assistenziale del Paese.

Il Think Tank "Welfare, Italia" ha quantificato per la prima volta in Italia, la filiera estesa del welfare italiano, composta da oltre 425 mila enti e oltre 4,3 milioni di lavoratori per un valore della produzione che supera i 200 miliardi di euro.

All'interno del Rapporto 2024 del Think Tank "Welfare, Italia", è stata elaborata una ricerca originale che si pone l'obiettivo di identificare "l'ecosistema-welfare", quantificandone la struttura e i numeri chiave.

Nello specifico, la ricerca si pone, per la prima volta in Italia, l'obiettivo di identificare e mappare l'"ecosistemawelfare" del Paese, qualificandone la struttura e i numeri chiave. Tale attività ha previsto, in primo luogo, l'identificazione della filiera sottostante a ciascun pilastro del welfare ovvero degli organismi chiave nell'erogazione di servizi e prestazioni legate alla sanità, alle politiche sociali, alla previdenza e all'istruzione.

Ampliando la prospettiva in ottica di "filiera allargata", questi enti si inseriscono all'interno di un sistema sostenuto da una pluralità di attori:

- Enti che regolano (ministeri e amministrazioni centrali e locali);
- Enti che gestiscono ed erogano risorse (rappresentati da istituti assicurativi e bancari, nonché da casse, associazioni e fondi);
- Strutture che erogano servizi (come strutture ospedaliere, case di comunità, istituti educativi e formativi, e agenzie per il lavoro);
- Professionisti che erogano prestazioni (tra cui i professionisti sanitari, il corpo docente, gli assistenti sociali, i dipendenti delle pubbliche amministrazioni e delle imprese).

Il passaggio successivo all'identificazione degli enti pubblici e privati appartenenti ai diversi livelli della filiera, è stata l'identificazione delle attività economiche corrispondenti, attraverso l'associazione a 97 codici ATECO a 6 cifre, l'analisi della documentazione pubblica relativa ai principali enti e organismi attivi nei settori del welfare e, infine, la qualificazione dei numeri chiave della «filiera allargata» in termini di enti pubblici e privati, risultati economici e occupazionali.

Dalle analisi è emerso come la filiera del welfare italiano coinvolge oltre 425mila enti pubblici e privati (profit e no profit) e l'erogazione di queste prestazioni è assicurata dall'apporto di 4,3 milioni di lavoratori, a cui si sommano gli oltre 4,6 milioni di persone che forniscono attività volontaristica nell'ambito del Terzo Settore. Infine, l'impatto generato dalle attività svolte da questi enti e professionisti è quantificabile in 206 miliardi di euro in termini di valore della produzione delle attività legate al welfare.

Formazione e valorizzazione delle competenze per rendere "l'ecosistema-welfare" un fattore di crescita socio-economica del Paese.

Un ruolo chiave all'interno della filiera è svolto dalle professioni di welfare: l'Italia è chiamata a reclutare tra 250mila e 440mila tra infermieri, medici e docenti per allinearsi ai benchmark e da formare alla luce delle dinamiche demografiche e dell'evoluzione tecnologica e digitale.

Quello delle competenze rappresenta un tema cruciale per lo sviluppo e la sostenibilità del sistema di welfare: a tal proposito, sono ancora diversi i gap che il Paese è chiamato a colmare.

Con riferimento, per esempio, all'inclusione formativa, nel 2023 il 10,5% dei giovani italiani tra i 18 e 24 anni ha ottenuto al massimo la licenza media e non ha seguito percorsi formativi di livello superiore (5° valore più alto in UE e superiore di 1 p.p. rispetto alla media europea)¹.

Per quanto riguarda invece la disponibilità di competenze avanzate, necessarie per assicurare innovazione e competitività, nel 2023 solo il 19,2% della popolazione italiana nella fascia 15-64 anni deteneva un titolo di studio terziario, il 2° valore più basso nell'Unione Europea e inferiore di 11,7 punti percentuali rispetto alla media europea.

Occorre affrontare inoltre gli impatti dello skills mismatch (disallineamento tra le competenze offerte dai lavoratori e quelle richieste dalle imprese): in media, infatti, il 45% delle entrate di lavoratori previste dalle imprese, pari a 2,5 milioni di lavoratori, sono di difficile reperimento con un costo di 43,9 miliardi di euro² per il Paese.

L'incessante evoluzione tecnologica, accelerata dall'introduzione dell'Intelligenza artificiale, è destinata a determinare inevitabilmente una riconfigurazione dello scenario delle professioni e una carenza di adeguate competenze tra i lavoratori. Alla luce di ciò, gli investimenti in formazione, rappresentano una leva strategica fondamentale per prevenire gli effetti disruptive determinati dall'innovazione tecnologica.

Il Welfare Italia Index: nel 2024 aumenta la divisione tra Nord, Centro e Sud nella capacità di risposta dei sistemi di welfare regionali.

Nel 2020 il Think Tank "Welfare, Italia" ha messo a punto uno strumento di monitoraggio, basato su 22 KPI (Key Performance Indicator), che valuta, all'interno di un indicatore sintetico³, sia aspetti legati alla spesa in welfare sia aspetti legati ai risultati che questa spesa produce. In questi termini, l'indicatore sintetico, che prende in considerazione gli ambiti di politiche sociali, sanità, previdenza e formazione, consente di identificare a livello regionale i punti di forza e le aree di criticità in cui è necessario intervenire.



Nel Welfare Italia Index 2024, l'amministrazione territoriale con il punteggio più elevato è la P.A. di Trento (79,7 punti), seguita dall'Emilia Romagna (79,5 punti) e dalla P.A. di Bolzano (78,5 punti).

Dal lato opposto del ranking, si posizionano la Basilicata (59,5 punti), la Campania (58,6 punti) e la Calabria (56,1 punti).

L'edizione 2024, rispetto ai dati 2023, segnala una costante polarizzazione nella capacità di risposta del sistema di welfare delle Regioni italiane. Il divario tra Regione best e worst è infatti pari a 23,6 punti (in aumento di 0,7 punti rispetto all'edizione precedente).

Le 3 priorità di azione per il sistema di welfare italiano

Il Think Tank "Welfare, Italia" ha individuato tre ambiti d'azione su cui il Paese dovrebbe agire prioritariamente per sostenere l'evoluzione del sistema di welfare.

Alla base di questi ambiti d'azione il concetto della prevenzione assume un ruolo fondamentale per rispondere alle criticità del sistema di welfare, in quanto abilita una riduzione dei costi sistemici, promuove la sostenibilità economica generale di medio-lungo termine e sostiene approcci innovativi che consentono di anticipare le sfide future riducendo i gap formativi e agendo positivamente sull'offerta dei servizi di welfare.

1. Promuovere il contributo della Long-Term Care

La proposta del Think Tank “Welfare, Italia” è quella di introdurre una normativa nell’ambito della LongTerm Care, che la renda di tipo mutualistico collegata ai Fondi pensione o anche ai fondi di sanità integrativa attraverso tre elementi specifici:

- L’introduzione di una polizza di base obbligatoria di LTC;
- La previsione di agevolazioni più ampie di quelle attualmente riconosciute ai fini IRPEF a chi stipula un contratto di assicurazione LTC (al momento limitate al 19% dei premi sostenuti nei limiti di 1.291,14 euro annui);
- L’introduzione di schemi di incentivazione per le imprese che contribuiscono alla diffusione dello strumento.

2. Lanciare un piano di sviluppo delle competenze del welfare

Il Think Tank “Welfare, Italia” propone di realizzare un Piano strategico di sviluppo delle competenze del welfare, coinvolgendo le istituzioni nazionali e internazionali oltre che i diversi stakeholder provenienti dal mondo delle imprese e della società civile, che focalizzi il cambiamento indotto dall’evoluzione demografica e tecnologica e includa:

- L’analisi dei fabbisogni attuali e prospettici delle professioni legate al welfare, anche grazie all’evoluzione demografica e tecnologica;
- L’identificazione dei percorsi formativi necessari per le nuove competenze, coinvolgendo sia le istituzioni educative pubbliche (scuole superiori, ITS, università, ecc.) sia l’offerta dei soggetti formativi privati (centri di formazione, ecc.);
- L’introduzione di specifici schemi di incentivazione, sul modello dei Conti individuali di apprendimento (Individual Learning Account, ILA4) che incentivino l’accesso dei cittadini a programmi di formazione, con particolare riguardo a quelli certificati, nonché su innovativi modelli di finanziamento (sull’esempio di condivisione del debito di SURE5).

3. Creare un punto di accesso unico digitale per i servizi di welfare come obiettivo di digitalizzazione del Paese

In materia di digitalizzazione, il Think Tank “Welfare, Italia” propone la creazione di un punto di accesso unico digitale per i servizi di welfare

- integrato nell’attuale ecosistema di servizi e piattaforme pubbliche digitali (App IO, It Wallet, ecc.)
- che consenta ai cittadini di consultare attivamente tutti i servizi di welfare:
- nell’ambito della formazione (es. consultazione del «libretto» relativo ai diversi cicli di istruzione e alle competenze acquisite, accesso ai crediti per la formazione, certificazioni, borse di studio e voucher, ecc.);
- in ambito sanitario (es. prenotazioni per prestazioni e servizi di telemedicina, consultazione del libretto vaccinale, integrazione di patologie e prestazioni previste sul fascicolo sanitario, ecc.);
- nell’ambito delle politiche sociali (es. richieste di ammortizzatori sociali, sostegno al reddito, ecc.);
- nell’ambito della previdenza (es. consultazione della posizione previdenziale pubblica, consultazione e modifica della posizione privata, ecc.).

Il Forum è stato aperto dal messaggio del Presidente della Repubblica Sergio Mattarella e presieduto e moderato da Antonio Polito (Editorialista e Vicedirettore, Corriere della Sera).

A seguire gli interventi di: Valerio De Molli (Managing Partner & CEO, The European House – Ambrosetti e TEHA Group), Adolfo Urso (Ministro delle Imprese e del Made in Italy), Veronica de Romanis (Professore di Politica Economica Europea, Stanford University, Firenze e LUISS Guido Carli, Roma; Membro dell’Advisory Board, Think Tank “Welfare, Italia”), Matteo Laterza (Amministratore Delegato, UnipolSai), Riccardo Ercoli (Capo della Segreteria Tecnica, Ministero dell’Economia e delle Finanze), Claudio Durigon (Sottosegretario di Stato al Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali), Stefano Scarpetta (Direttore del Dipartimento di Employment, Labour e Social Affairs, OECD; Membro dell’Advisory Board, Think Tank “Welfare, Italia”), Giovanni Anastasi (Presidente, Fornez PA), Giovanni Azzone (Presidente, Fondazione Cariplo; già Rettore, Politecnico di Milano), Anna Maria Bernini (Ministro dell’Università e della Ricerca), Giuseppe Guzzetti (Membro dell’Advisory Board,

Think Tank “Welfare, Italia”; già Presidente, Fondazione Cariplo), Giuseppe Curigliano (Direttore Sviluppo di Nuovi Farmaci per Terapie Innovative, IEO; Membro dell’Advisory Board, Think Tank “Welfare, Italia”), Giovanna Gigliotti (Amministratore Delegato, UniSalute), Massimo Di Maio (Presidente Eletto, Associazione Italiana di Oncologia Medica; Direttore dell’Oncologia Medica Universitaria, Ospedale Molinette di Torino), Orazio Schillaci (Ministro della Salute), Carlo Cimbri (Presidente, Unipol Gruppo).

Per maggiori informazioni:

Ufficio stampa Unipol Gruppo

Fernando Vacarini - Tel: +39 051 5077705 - pressoffice@unipol.it Barabino&Partners

Massimiliano Parboni - Tel: 335 8304078 - m.parboni@barabino.it

Giovanni Vantaggi – Tel.: 328 8317379 – g.vantaggi@barabino.it

Giovanni Scognamiglio – Tel.: 340 3161942 – g.scognamiglio@barabino.it

Ufficio stampa TEHA Group Fabiola Gnocchi - Tel. +39 349 7510840

https://www.unipol.it/sites/default/files/documents/2024-10/pre_ug_welfare_italia_forum_2024_15-10-2024f.pdf



Verso la manovra/ Come rafforzare la sostenibilità del Servizio sanitario nazionale

Salutequità

«La prossima manovra di Bilancio per rafforzare la sanità pubblica dovrà essere “espansiva». Qualora Governo e Parlamento scegliessero invece una formula “restrittiva” le difficoltà di accessibilità alle cure che vivono i cittadini potrebbero aggravarsi, nonostante il diritto alla salute prevalga sull’equilibrio di Bilancio, come ricorda anche la Corte dei conti nella sua Relazione sulla Gestione Finanziaria delle Regioni 2020-2023.

Le risorse sono fondamentali e per garantire piena sostenibilità del Ssn servono subito anche politiche sanitarie riformatrici, con correttivi sui sistemi di remunerazione, organizzazione, gestione e valutazione, altrimenti gli incrementi di risorse potrebbero non essere capitalizzati al meglio. Sarebbe come cercare di riempire un secchio buco».

Questo il commento di Tonino Aceti, presidente di Salutequità, a margine dell’Equity Group Sostenibilità ed Equità promosso da Salutequità, un incontro a porte chiuse durante il quale i rappresentanti di istituzioni, ministero della Salute, Regioni, Istituto superiore di Sanità, Agenas, centri di ricerca, imprese, professioni e aziende sanitarie, pazienti, deputati e senatori, hanno dibattuto sulla situazione, sulle priorità e sui correttivi necessari per salvaguardare universalità, equità e, appunto, sostenibilità del Servizio sanitario nazionale.

Il Ssn oggi non sa leggere la domanda di assistenza che cambia e adeguare tempestivamente le risposte, e tutto questo è confermato innanzitutto da una programmazione sanitaria nazionale ferma al 2006, rischiando di non renderlo utile per i cittadini e attrattivo per i professionisti che vi lavorano».

Nel corso della giornata è stata presentata la cornice internazionale che vede tutti i sistemi sanitari in difficoltà finanziarie, non solo quelli totalmente pubblici; sono state sottolineate anche l’importanza della ricerca e dei trial clinici come ambito per attrarre e recuperare risorse; la misurazione dell’impatto positivo dell’innovazione tecnologica e farmacologica sui sistemi sanitari; le interdipendenze che il servizio sanitario ha con tutti gli altri settori di politiche pubbliche per garantire la salute delle comunità; il contributo della

partnership pubblico privato; l'importanza di una comunicazione positiva del valore che ogni giorno porta il Ssn e un impegno specifico per un vero e proprio engagement del cittadino/paziente.

Le soluzioni e le proposte raccolte saranno presentate ufficialmente anche a Governo, istituzioni e Regioni il in occasione del Summit annuale di Salutequità per tirare le somme sulle evidenze raccolte e proporre soluzioni reali, percorribili e mirate per risolvere gli squilibri del sistema.

«Prendersi cura del Ssn attraverso il confronto tra tutti gli stakeholder sulle difficoltà e sulle proposte migliorative è il contributo che vogliamo dare per tutelare il diritto alla salute attraverso la più grande opera pubblica che ha realizzato il nostro Paese per garantire democrazia, pari opportunità ed equità», conclude Aceti. L'equity group è stato realizzato grazie al contributo non condizionato di Bristol Myers Squibb, Incyte, UCB Pharma

<https://www.sanita24.ilsole24ore.com/art/aziende-e-regioni/2024-10-04/verso-manovra-come-rafforzare-sostenibilita-servizio-sanitario-nazionale-091341.php?uid=AGygKRN&cmpid=nlqf>

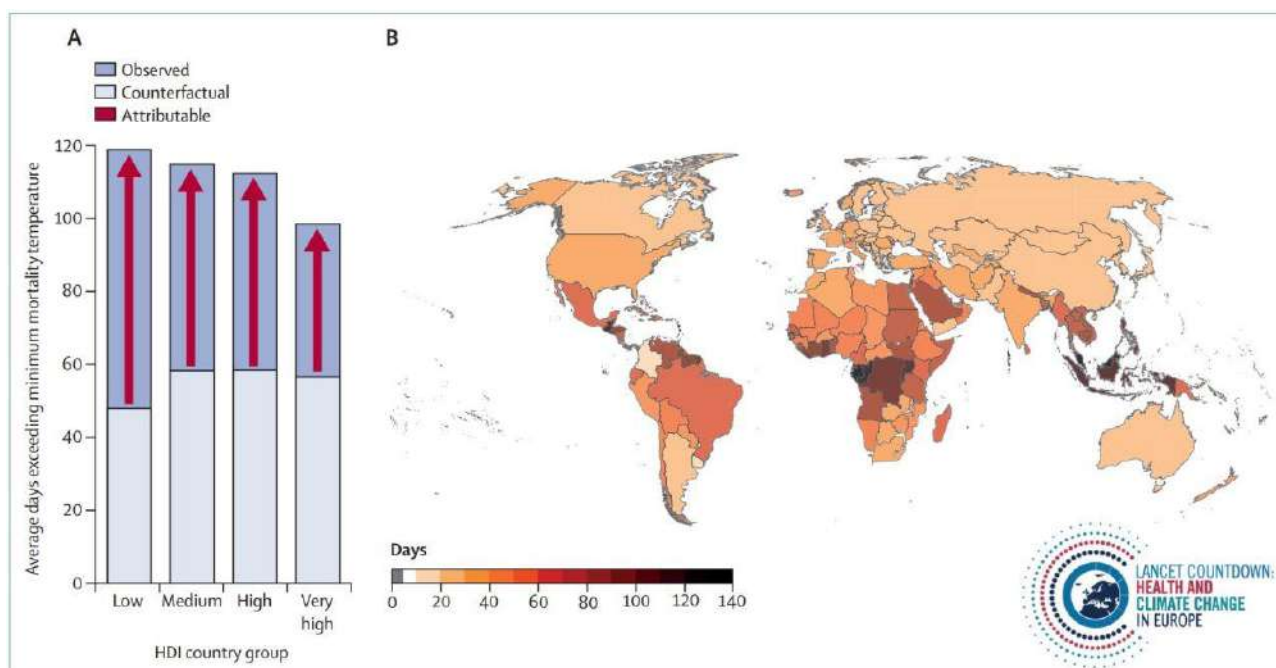
One Health, clima e salute

greenreport.it
il quotidiano dell'ecologia e dell'economia sostenibile

The Lancet Countdown: le minacce del cambiamento climatico alla salute hanno raggiunto livelli record

Ma i governi e le aziende continuano ad alimentare l'incendio con trilioni di dollari di investimenti nei combustibili fossili

[Umberto Mazzantini](#)



I nuovi risultati globali dell'ottavo rapporto annuale del [“The 2024 report of the Lancet Countdown on health and climate change: facing record-breaking threats from delayed action”](#) rivelano che «Gli abitanti di tutti i Paesi devono affrontare minacce record per la salute e la sopravvivenza a causa del rapido cambiamento climatico. 10 dei 15 indicatori hanno raggiunto nuovi record».

L'ottavo rapporto annuale *Lancet Countdown* sugli indicatori, finanziato da Wellcome e sviluppato in stretta collaborazione con l'Organizzazione mondiale della sanità (Oms), è il frutto del lavoro di 122 esperti di primo piano provenienti da 57 istituzioni accademiche e agenzie Onu, compresa la World meteorological organization (Wmo). Pubblicato in vista della 29esima Conferenza delle Parti dell'United Nations Framework Convention on Climate Change (COP19 Unfccc), il rapporto fornisce la valutazione più aggiornata dei legami tra salute e cambiamenti climatici, includendo nuove metriche che registrano le precipitazioni estreme, gli stranded asset del carbone, la perdita di copertura arborea, le tempeste di sabbia e polvere, l'aumento delle temperature notturne e la perdita di sonno, nonché l'educazione e la formazione su clima e salute.

Il rapporto sottolinea che «Le risorse finanziarie per ottenere emissioni nette zero e garantire un futuro sano sono disponibili. Eppure i governi e le aziende stanno spendendo trilioni di dollari in sussidi ai combustibili fossili e in investimenti che stanno peggiorando il cambiamento climatico, soldi che potrebbero essere reindirizzati verso le energie rinnovabili pulite e le attività a beneficio della salute, dei mezzi di sussistenza e del benessere delle persone».

Commentando il rapporto, il segretario generale delle Nazioni Unite António Guterres ha dichiarato che «Le emissioni da record stanno mettendo a repentaglio la nostra salute. Dobbiamo curare la malattia dell'inazione climatica - riducendo le emissioni, proteggendo le persone dagli estremi climatici e ponendo fine alla nostra dipendenza dai combustibili fossili - per creare un futuro più equo, più sicuro e più sano per tutti».

La direttrice esecutiva del Lancet Countdown, Marina Romanello dell'University College di Londra, avverte che «Il bilancio di quest'anno delle imminenti minacce per la salute derivanti dall'inazione climatica rivela i risultati più preoccupanti dei nostri otto anni di monitoraggio. Ancora una volta, l'anno scorso ha battuto i record del cambiamento climatico, con ondate di calore estreme, eventi meteorologici mortali e incendi devastanti che hanno colpito persone in tutto il mondo. Nessun individuo o economia del pianeta è immune dalle minacce sanitarie del cambiamento climatico. L'incessante espansione dei combustibili fossili e le emissioni di gas serra da record aggravano questi pericolosi impatti sulla salute e minacciano di annullare i limitati progressi compiuti finora, allontanando ulteriormente la possibilità di un futuro sano. Nonostante questa minaccia, vediamo che le risorse finanziarie continuano a essere investite proprio in ciò che mina la nostra salute. Riutilizzare i trilioni di dollari che ogni anno vengono investiti o sovvenzionati nell'industria dei combustibili fossili offrirebbe l'opportunità di realizzare una transizione giusta ed equa verso l'energia pulita e l'efficienza energetica e un futuro più sano, a beneficio dell'economia globale».

Il *Lancet Countdown* conferma che il 2023 è stato il più caldo mai registrato, con siccità persistenti, ondate di caldo mortali, incendi boschivi devastanti, tempeste e inondazioni, e impatti disastrosi sulla salute, la vita e i mezzi di sussistenza delle persone in tutto il mondo, ed evidenzia che «I decessi legati al calore continuano ad aumentare rapidamente e si prevede che supereranno quelli legati al freddo in uno scenario di forte riscaldamento. A livello globale, nel 2023, i decessi legati al caldo nelle persone di età superiore ai 65 anni aumenteranno del 167% rispetto ai decessi degli anni '90, superando notevolmente l'aumento del 65% che sarebbe stato previsto se le temperature non fossero cambiate (cioè, tenendo conto solo dei cambiamenti demografici). Questo aggrava le disuguaglianze esistenti, con il numero di giorni di caldo pericolosi per la salute aggiunti dal cambiamento climatico più alto nei Paesi con un basso indice di sviluppo umano (una misura di istruzione, reddito e aspettativa di vita).

Nel 2023, in tutto il mondo, le persone sono state esposte, in media, a un massimo storico di 1.512 ore di temperature elevate che comportano un rischio almeno moderato di stress da calore mentre svolgono attività fisica leggera all'aperto, come camminare o andare in bicicletta, con un aumento del 27,7% (328 ore) rispetto alla media annuale 1990-1999. L'aumento delle temperature ha anche portato a un record di 512 miliardi di ore potenziali di lavoro perse a livello globale nel 2023 (un aumento del 49% rispetto alla media del 1990-

1999), con perdite potenziali di reddito a livello globale pari a 835 miliardi di dollari, equivalenti a una parte sostanziale del PIL nei Paesi a basso (7,6%) e medio reddito (4,4%).

Nel decennio 2014-2023, il 61% della superficie globale ha registrato un aumento degli eventi estremi di precipitazione rispetto alla media 1961-1990, aumentando il rischio di inondazioni, malattie infettive e contaminazione delle acque. Parallelamente, ondate di calore e siccità più frequenti sono state responsabili di 151 milioni di persone in più che hanno sperimentato un'insicurezza alimentare da moderata a grave in 124 Paesi nel 2022, rispetto all'anno tra il 1981 e il 2010. Di conseguenza, il rapporto stima in «227 miliardi di dollari il valore totale annuo delle perdite economiche (legate ai beni fisici piuttosto che alle malattie) derivanti da eventi meteorologici estremi nel periodo 2019-2023, un valore che supera il PIL del 60% delle economie mondiali».

È aumentata anche l'idoneità climatica alla diffusione di malattie infettive mortali trasmesse dalle zanzare. Ad esempio, il rischio di trasmissione della dengue da parte delle zanzare *Aedes albopictus* è aumentato del 46% e di *Aedes aegypti* dell'11% nell'ultimo decennio (2014-2023) rispetto al 1951-1960. Nel 2023 è stato registrato un massimo storico di oltre 5 milioni di casi di dengue in più di 80 Paesi/territori [1].

La co-presidente del Lancet Countdown Working Group 4, Wenjia Cai dell'Università Tsinghua, fa notare che «Le persone in tutte le parti del mondo stanno soffrendo sempre di più per gli effetti finanziari e sanitari dei cambiamenti climatici, e le comunità svantaggiate nei Paesi a risorse limitate sono spesso le più colpite, e ciò nonostante, ricevono minori protezioni finanziarie e tecnologiche. L'adattamento non riesce a tenere il passo con la rapida crescita delle minacce sanitarie del cambiamento climatico e, con i limiti all'adattamento che si profilano e la copertura sanitaria universale ancora un sogno irrealizzabile per più della metà della popolazione mondiale, è urgente un sostegno finanziario per rafforzare i sistemi sanitari e proteggere meglio le persone».

Ma gli indicatori nuovi e aggiornati del Lancet Countdown rivelano che «I governi e le aziende continuano ad alimentare l'incendio con investimenti persistenti nei combustibili fossili, emissioni di gas serra ai massimi storici e una perdita di alberi impressionante, riducendo le possibilità di sopravvivenza delle persone in tutto il mondo. Nel 2023, le emissioni globali di anidride carbonica legate all'energia hanno raggiunto il massimo storico, con un aumento dell'1,1% rispetto al 2022, e la percentuale di combustibili fossili nel sistema energetico globale è aumentata per la prima volta in un decennio nel 2021, raggiungendo l'80,3% di tutta l'energia (dall'80,1% del 2020)».

E il rapporto denuncia ancora le enormi discrepanze tra gli impegni presi e i fatti: «Sebbene l'azione per il clima sia limitata dalla mancanza di fondi, nel 2023 gli investimenti in combustibili fossili hanno ancora attirato il 36,6% degli investimenti energetici globali, con molti governi che hanno anche aumentato i sussidi espliciti ai combustibili fossili in risposta all'impennata dei prezzi dell'energia dopo l'invasione dell'Ucraina da parte della Russia. Nel 2022, 72 degli 86 Paesi (84%) analizzati nel rapporto sovvenzioneranno i combustibili fossili per un totale netto record di 1.400 miliardi di dollari (tenendo conto del contributo sia del carbon pricing che dei sussidi ai combustibili fossili), superando qualsiasi impegno finanziario a sostegno dell'azione per il clima assunto alla COP28. Questi sussidi hanno superato il 10% della spesa sanitaria nazionale in 47 Paesi e il 100% in 23 Paesi. In questo contesto preoccupante, il Fondo per le perdite e i danni, istituito alla COP27 nel 2022 per sostenere i Paesi più vulnerabili agli impatti dei cambiamenti climatici, ha ricevuto promesse iniziali per un totale di 700 milioni di dollari, pari a meno dello 0,2% del fabbisogno stimato ogni anno. Allo stesso modo, il ritardo decennale nell'erogazione della relativamente modesta somma di 100 miliardi di dollari all'anno promessa per sostenere i Paesi vulnerabili ad affrontare i cambiamenti climatici ha ostacolato i progressi e ampliato le disuguaglianze globali».

Mentre la scienza – e gli impegni dei governi – chiedono di lasciare i combustibili fossili sotto terra, le 114 maggiori compagnie petrolifere e del gas del mondo (che coprono l'80% di tutta la produzione prevista entro il 2040), non solo segnano profitti record ma dal 2023 hanno aumentato i livelli di produzione di combustibili fossili previsti, il che porterebbe le loro emissioni di gas serra a superare del 59% nel 2030 i livelli compatibili con gli 1,5° C di riscaldamento e di uno sconcertante 189% nel 2040, riducendo ulteriormente la loro

conformità all'Accordo di Parigi. Peggio ancora, si prevede che nel 2040 33 di queste multinazionali supereranno le emissioni di gas serra compatibili con 1,5° C di oltre il 300%.

Inoltre, i nuovi dati del rapporto stimano che tra il 2016 (quando è entrato in vigore l'Accordo di Parigi) e il 2022 sono stati distrutti quasi 182 milioni di ettari di foreste, pari al 5% della copertura arborea globale, diminuendo la capacità naturale del mondo di catturare l'anidride carbonica. Le maggiori perdite di copertura arborea si sono registrate in Russia (35,8 milioni di ettari), Stati Uniti e Canada (quasi 15 milioni di ettari in ciascun Paese). Allo stesso tempo, l'aumento dell'assunzione di carne rossa e latticini ha incrementato i decessi legati all'alimentazione di 220.000 unità tra il 2016 e il 2021 e ha contribuito a un aumento del 2,9% delle emissioni agricole di gas serra.

La coautrice e direttrice di Lancet Countdown Latin America, Stella Hartinger dell'Universidad Peruana Cayetano Heredia, ha detto che «Le compagnie petrolifere e del gas - sostenute da molti governi e dal sistema finanziario globale - continuano a rafforzare la dipendenza del mondo dai combustibili fossili. In un mondo in cui la sopravvivenza dipende dalla graduale eliminazione dei combustibili fossili, questi investimenti miopi ci espongono a turbolenze finanziarie mentre perseguiamo un futuro vivibile. Questi investimenti perversi, uniti alla grave incapacità di apportare i necessari cambiamenti strutturali nel settore energetico per sostenere la transizione a zero emissioni, stanno mettendo a rischio le economie da cui dipende il sostentamento delle persone, mettendo a rischio la salute e la sopravvivenza di milioni di persone».

Nonostante i danni alla salute record descritti nel rapporto, i ricercatori sono convinti che ci sono alcune ragioni per un cauto ottimismo: « L'impegno di individui, aziende, scienziati e organizzazioni internazionali nei confronti del cambiamento climatico e della salute sta crescendo, facendo sperare che un futuro sano e prospero possa essere ancora a portata di mano. I decessi causati dall'inquinamento atmosferico derivante dai combustibili fossili sono diminuiti di quasi il 7%, passando da 2,25 milioni nel 2016 a 2,09 milioni nel 2021, e il 59% di questo calo è dovuto agli sforzi per ridurre l'inquinamento derivante dalla combustione del carbone (a dimostrazione del potenziale salvavita dell'eliminazione graduale del carbone). Allo stesso tempo, la quota di elettricità generata da fonti rinnovabili moderne e pulite ha raggiunto il 10,5% nel 2021, quasi il doppio rispetto al 2016 (5,5%), mentre gli investimenti globali in energia pulita sono cresciuti del 10% nel 2023, raggiungendo 1.900 miliardi di dollari, superando gli investimenti in combustibili fossili del 73%. Nel frattempo, l'occupazione nel settore delle energie rinnovabili ha raggiunto un record con 13,7 milioni di dipendenti nel 2022 (aumento del 35,6% dal 2016), ribadendo che le energie rinnovabili possono sostenere la sicurezza del lavoro ora e in futuro».

Il co-presidente del Lancet Countdown, Anthony Costello, conclude: «Il progresso verso un futuro equo e sano richiede una trasformazione globale dei sistemi finanziari, spostando le risorse dall'economia basata sui combustibili fossili verso un futuro a emissioni zero. Per una riforma efficace, la salute delle persone deve essere messa al centro delle politiche sul cambiamento climatico per garantire che i meccanismi di finanziamento proteggano il benessere, riducano le disuguaglianze sanitarie e massimizzino i guadagni in termini di salute, soprattutto per i Paesi e le comunità che ne hanno più bisogno. In mezzo alle turbolenze globali, la leadership potente e affidabile della comunità sanitaria potrebbe essere la chiave per invertire queste tendenze preoccupanti e sfruttare nuove opportunità per mettere la protezione e la promozione della salute e della sopravvivenza al centro delle agende politiche. In nessun altro luogo questo sarà più importante che alla COP29, dove la transizione finanziaria sarà al centro della scena, offrendo un'opportunità vitale per offrire un futuro più sano e resiliente».

<https://www.greenreport.it/news/crisi-climatica-e-adattamento/3432-the-lancet-countdown-le-minacce-del-cambiamento-climatico-alla-salute-hanno-raggiunto-livelli-record>



I Piano d'azione congiunto One Health (OH JPA) 2022-2026 e le linee guida per la sua implementazione

Salute globale - News

- [3/10/2024 - World One Health Congress: in Africa l'ottava edizione \(2024\)](#)
- [11/1/2024 - Il Piano d'azione congiunto One Health \(OH JPA\) 2022-2026 e le linee guida per la sua implementazione](#)

A dicembre 2023, il “quadripartito” di organizzazioni delle Nazioni Unite che coordinano la *governance* globale della One Health (Organizzazione per l'Alimentazione e l'Agricoltura-FAO, Programma per l'Ambiente-UNEP, Organizzazione Mondiale della Sanità-OMS e Organizzazione Mondiale per la Salute Animale-WOAH) hanno sviluppato il documento “A guide to implementing the One Health Joint Plan of Action at national level”.

Il documento rappresenta una linea guida per l'implementazione del Piano d'azione congiunto One Health (OH JPA) 2022-2026 sviluppato a ottobre 2022 per gestire in modo integrato eventuali minacce e prevenire potenziali future pandemie.

Lo scenario

Lo sfruttamento degli ecosistemi, la perdita di biodiversità e suolo, nonché il cambiamento climatico stanno aumentando il rischio di zoonosi, malattie trasmesse da zanzare e zecche e resistenza antimicrobica.

One Health (OH) è un approccio integrato che cerca di ottimizzare la salute delle persone, degli animali, delle piante e degli ecosistemi, tramite il coinvolgimento di diversi settori, discipline e attori, per prevenire e affrontare eventuali minacce per la salute.

Nel maggio 2021, una risoluzione dell'Assemblea Mondiale per la Salute dell'OMS invitava a «sviluppare e rafforzare la cooperazione esistente tra OMS, FAO, OIE e UNEP per la definizione di una strategia comune One Health per migliorare la prevenzione, il monitoraggio, l'individuazione, il controllo e il contenimento dei focolai di malattie zoonotiche».

Dando seguito alla risoluzione, nel 2022 le organizzazioni del quadripartito hanno sviluppato il piano d'azione congiunto One Health (OH JPA) 2022-2026

Il OH JPA è stato sviluppato attraverso un processo partecipativo, organizzando consultazioni con gli Stati membri e le parti interessate delle quattro organizzazioni per raccogliere *feedback* e *input*, incluso il gruppo di esperti di alto livello sulla One Health (OHHLEP). Sebbene OHJPA non sia un documento politico vincolante, aspira a facilitare l'adozione di approcci OH tramite la guida sinergica e collaborativa delle quattro organizzazioni delle Nazioni Unite.

Il documento definisce un approccio sistemico identificando e affrontando le cause più profonde che in passato hanno portato a rischi critici per la salute globale. Delinea una serie di attività per guidare il cambiamento e la trasformazione necessari per mitigare l'impatto delle sfide sanitarie attuali e future a livello globale, regionale e nazionale.

La Linea guida di dicembre 2023 mira a fornire ai Paesi come adottare e adattare il Piano OH JPA attraverso cinque step:

1. analisi della situazione attuale dell'implementazione dell'approccio One Health a livello Paese
2. istituzione/rafforzamento di un meccanismo di coordinamento multisettoriale One Health
3. pianificazione dell'implementazione, inclusa la definizione delle priorità delle attività e l'utilizzo delle risorse
4. attuazione dei piani d'azione nazionali in chiave One Health
5. revisione, condivisione e incorporazione delle lezioni apprese.

La guida all'implementazione dell'OH JPA è progettata per essere applicabile a tutti i Paesi, indipendentemente dal loro stato di implementazione di One Health, e riconosce il lavoro transdisciplinare, la diversità delle parti interessate e l'inclusività come principi guida per l'implementazione di One Health.

Risorse utili

- il documento "[A guide to implementing the One Health Joint Plan of Action at national level](#)" – dicembre 2023
- il documento "[One health joint plan of action \(2022–2026\): working together for the health of humans, animals, plants and the environment](#)" – ottobre 2022
- la pagina del sito OMS dedicate a "[One Health High-Level Expert Panel \(OHHLEP\)](#)"

<https://www.epicentro.iss.it/globale/ohjpa-2022-2026>



Se non riesci a visualizzare correttamente questo messaggio, [clicca qui](#)

17 obiettivi per trasformare il nostro mondo

Scopri alcuni articoli recenti a supporto degli obiettivi di sviluppo sostenibile tratti dai *progressi in materia di igiene e salute ambientale* !

Siamo lieti di offrire uno sconto del 50% sulla tariffa di pubblicazione degli articoli (APC) a tutti gli autori che desiderano pubblicare e inviare il proprio articolo entro il 31 dicembre 2024.

Gli Obiettivi di sviluppo sostenibile (SDG) sono un invito all'azione da parte di tutti i paesi, poveri, ricchi e a medio reddito, per promuovere la prosperità proteggendo al contempo il pianeta. Riconoscono che porre fine alla povertà deve andare di pari passo con strategie che costruiscano la crescita economica e affrontino una serie di esigenze sociali, tra cui istruzione, salute, protezione sociale e opportunità di lavoro, affrontando al contempo il cambiamento climatico e la protezione ambientale. Per informazioni dettagliate, fare riferimento allo [Sviluppo sostenibile delle Nazioni Unite](#).

Ecco alcuni articoli recenti di [Hygiene and Environmental Health Advances](#) . Gli SDG pertinenti a questi articoli sono i seguenti:

- Obiettivo 3: Buona salute e benessere

- Obiettivo 6: Acqua pulita e servizi igienici
- Obiettivo 17: Partnership per gli obiettivi
- [Contaminazione da arsenico nella filiera alimentare in Bangladesh: una revisione dei rischi per la salute, degli impatti socioeconomici e delle implicazioni](#)
- [Valutazione dei benefici sanitari ed economici della riduzione della concentrazione di particolato fine \(PM2.5\) a Ho Chi Minh City, Vietnam](#)
- [Effetto del particolato grossolano indoor sulla pressione sanguigna e sulla funzionalità polmonare dei pazienti maschi affetti da broncopneumopatia cronica ostruttiva: prospettive di costituenti, fonti e stagione](#)
- [Monitoraggio della contaminazione fecale e relazione delle variabili fisico-chimiche con il numero di batteri indicatori fecali nelle acque superficiali di Bukavu, affluenti del lago Kivu nella Repubblica Democratica del Congo](#)
- [Conoscenze e pratiche igieniche e fattori determinanti della sicurezza sul lavoro tra i lavoratori dei servizi igienico-sanitari e dei rifiuti in Bangladesh durante la pandemia di COVID-19](#)
- [Associazione tra esposizione a calore estremo e ricoveri ospedalieri e visite al pronto soccorso correlati al diabete: una revisione sistematica](#)
- [Rivelazioni sugli inquinanti dell'aria interna e valutazione del rischio per la salute delle donne: uno studio di caso](#)
- [Idrocarburi alogenati atmosferici emessi da una base di produzione di ritardanti di fiamma e l'influenza sul potenziale di formazione di ozono e sui rischi per la salute](#)
- [Pratiche di svuotamento del sistema di sanificazione in loco e fattori influenti nei paesi asiatici a basso e medio reddito: una revisione sistematica](#)
- [Applicazione dell'esposome nei capelli per collegare l'esposizione ambientale alla salute riproduttiva: una revisione completa e una prospettiva di ricerca](#)

<https://mail.google.com/mail/u/0/?tab=rm&ogbl#inbox/FMfcgzQXJbBKcMwjimLxvQDbPTTnbQzm>

THE LANCET *Regional Health*
Western Pacific

Questo diario Riviste Pubblicare Clinico Salute globale Multimedia Eventi Di

CORRISPONDENZA - Volume 52, 101227, Novembre 2024 - Accesso Libero

[!\[\]\(a03a7eb2f4046e1d3c76772003e549ea_img.jpg\) Scarica il numero completo](#)

Piano nazionale di adattamento sanitario della Cina ai cambiamenti climatici: quadro d'azione 2024-2030

Giovanni S. Ji 

Nel settembre 2024, la Cina ha compiuto un passo significativo verso l'affrontare gli impatti sulla salute del cambiamento climatico con la pubblicazione del *National Climate Change Health Adaptation Action Plan (2024-2030)*. Guidato dalla National Disease Control and Prevention Administration e approvato da 13 ministeri governativi, questo piano riflette uno sforzo nazionale coordinato per mitigare i rischi per la salute correlati al clima.^{1,2} Lo sviluppo di Health National Adaptation Plans (HNAP) è un'estensione dei National

Adaptation Plans (NAP). Il suo allineamento con la *National Strategy for Climate Change Adaptation 2035* dimostra l'impegno della Cina nell'integrare la salute nei quadri di resilienza climatica, segnando un momento cruciale nell'adattamento climatico globale dopo la dichiarazione sulla salute alla COP28 ([Tabella 1](#)).³

I. Strategia e obiettivi dell'azione	<p>Strategia: Rispettare il principio di equilibrio tra mitigazione e adattamento. Integrare i concetti di adattamento alla salute nell'intero sistema politico sui cambiamenti climatici. Sostenere i principi di adattamento proattivo, scientifico, sistematico e coordinato. Concentrarsi sulla prevenzione dei rischi per la salute derivanti dai cambiamenti climatici, sul rafforzamento delle azioni di adattamento alla salute e sul potenziamento delle capacità di promozione della salute. Istituire meccanismi di allerta precoce come precursori dei meccanismi di collegamento dell'adattamento.</p> <p>Obiettivi entro il 2025: Migliorare i meccanismi di collaborazione multidisciplinare. Creare un quadro per politiche e standard relativi al cambiamento climatico e alla salute. Rafforzare i sistemi di monitoraggio delle malattie sensibili al clima. Sviluppare indicatori di valutazione per il cambiamento climatico e la salute. Completare il primo ciclo di valutazioni sui rischi per la salute, sulle vulnerabilità e sulle capacità di adattamento. Formulare un elenco delle principali esigenze di ricerca scientifica per l'adattamento sanitario.</p>
II. Attività chiave dell'azione	<p>Obiettivi entro il 2030: Stabilire un sistema completo di norme e standard. Migliorare costantemente le capacità di monitoraggio e di allerta precoce. Maturare il sistema di valutazione dei rischi per la salute, delle vulnerabilità e delle capacità di adattamento. Migliorare significativamente le capacità di adattamento e la resilienza climatica nelle regioni e nei settori chiave. Creare un ambiente sociale favorevole all'adattamento alla salute.</p> <p>Il piano delinea dieci attività chiave per promuovere l'adattamento sanitario in risposta al cambiamento climatico:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Migliorare i meccanismi di collaborazione multidisciplinare: stabilire un sistema integrato di pianificazione, monitoraggio, allarme rapido, valutazione e intervento. 2. Migliorare le politiche e gli standard: integrare le politiche nei settori della sanità, del controllo delle malattie, dell'ambiente, delle risorse idriche e della meteorologia. Sviluppare interventi completi e linee guida tecniche. 3. Rafforzare l'allerta precoce per le malattie sensibili al clima: istituire sistemi di monitoraggio e allerta precoce per le malattie sensibili ai cambiamenti climatici. Emettere avvisi sanitari e misure preventive per eventi meteorologici estremi. 4. Migliorare le valutazioni dinamiche: identificare i rischi per la salute e le popolazioni vulnerabili. Sviluppare indicatori di valutazione del rischio localizzati e stabilire meccanismi di valutazione regolari. 5. Migliorare le capacità di prevenzione e intervento dei rischi: integrare la gestione dei rischi nei progetti infrastrutturali. Migliorare la resilienza climatica urbana e le capacità di prevenzione delle catastrofi. 6. Migliorare le capacità di sicurezza sanitaria: migliorare la risposta alle emergenze e le capacità di soccorso medico. Rafforzare i servizi di intervento psicologico per le popolazioni colpite.

7. Aumentare la resilienza climatica dei sistemi sanitari: promuovere istituzioni sanitarie verdi e a basse emissioni di carbonio. Migliorare la resilienza agli eventi meteorologici estremi.
8. Creare un ambiente sociale favorevole: rafforzare l'istruzione e la consapevolezza pubblica. Azioni pilota di adattamento nelle città, nelle aree rurali, nelle comunità e nelle strutture chiave.
9. Accelerare l'innovazione tecnologica: far avanzare la ricerca e lo sviluppo nelle tecnologie di adattamento e nei prodotti sanitari. Promuovere applicazioni intelligenti dei big data.
10. Promuovere un'azione globale: approfondire la cooperazione internazionale. Partecipare alla governance globale della sanità pubblica e contribuire agli sforzi di adattamento globale.

Per garantire un'attuazione efficace, il piano propone le seguenti misure:

1. Rafforzare la leadership organizzativa: incorporare azioni di adattamento alla salute in importanti contenuti di lavoro. Stabilire meccanismi di coordinamento e chiarire le responsabilità dei dipartimenti. I dipartimenti provinciali di controllo delle malattie dovrebbero formulare piani di attuazione basati sulle condizioni locali.
2. Fornire sostegno e garanzia: aumentare il sostegno alle azioni relative all'adattamento sanitario. Includere il monitoraggio, l'allarme rapido e la costruzione di laboratori nei progetti prioritari e nello sviluppo della piattaforma informativa.
3. Rafforzare il team building: istituire un comitato nazionale di esperti sul cambiamento climatico e sulla salute. Costruisci alleanze tecniche e migliora le capacità dei think tank. Condurre corsi di formazione sulle competenze standardizzati ed esercitazioni pratiche. Fornire formazione sociale per migliorare le capacità educative e di sensibilizzazione dei gruppi sociali e dei volontari.
4. Rafforzare le linee guida per l'implementazione: i dipartimenti di controllo delle malattie, in collaborazione con i dipartimenti competenti, dovrebbero promuovere l'implementazione delle attività e garantire progressi efficaci. Gestire l'intero processo di azioni di adattamento sanitario per comprendere in modo completo gli effetti dello sviluppo e dell'implementazione delle attività.

III. Misure di salvaguardia

China HNAPs adotta un approccio di "bilanciamento tra mitigazione e adattamento", concentrandosi sulla riduzione delle emissioni di gas serra e sulla preparazione agli inevitabili impatti del cambiamento climatico. Due traguardi chiave, il 2025 e il 2030, evidenziano l'approccio graduale, con obiettivi iniziali incentrati su infrastrutture e raccolta dati, mentre i target successivi mirano a perfezionare i sistemi per l'adattamento a lungo termine. Un punto di forza fondamentale del piano è la sua enfasi sulle misure di salvaguardia, come il rafforzamento della governance e la garanzia della responsabilità, cruciali per la sua esecuzione e sostenibilità. Mentre il piano d'azione riconosce che il cambiamento climatico è una sfida globale, che si manifesta in ondate di calore, inondazioni, ondate di freddo e tifoni, il contesto della Cina aggiunge ulteriore complessità. Essendo una delle nazioni più grandi e popolate del mondo, la Cina affronta diversi rischi climatici in un vasto panorama geografico, dai deserti aridi e dagli altipiani ad alta quota alle regioni costiere. Le diverse vulnerabilità delle popolazioni urbane, periurbane e rurali rendono difficile implementare un approccio unico per tutti. I rischi per la salute sensibili al clima includono sia le malattie infettive, che prosperano in condizioni ambientali mutevoli, sia le malattie non trasmissibili (NCD), esacerbate dagli stessi fattori di stress climatici, creando un doppio onere per i sistemi sanitari. ⁴

La moltitudine di fattori sottolinea l'importanza di soluzioni su misura e localmente rilevanti per affrontare le vulnerabilità specifiche della Cina. Mentre gli HNAP forniscono un ampio quadro per l'adattamento climatico, spesso devono essere adattati alle condizioni locali. Questi piani possono fungere da trampolino di lancio per gli adattamenti locali offrendo struttura, finanziamenti e guida. Ciò aiuta le autorità locali a sviluppare strategie mirate, creando al contempo una base per studi e valutazioni di implementazione. Tali sforzi localizzati assicurano che gli obiettivi nazionali si traducano in soluzioni significative e attuabili dalla provincia alla comunità.

La leadership nell'adattamento sanitario correlato al clima giunge in un momento critico. Questo piano d'azione rappresenta una pietra miliare nazionale e contribuisce alla resilienza sanitaria globale di fronte al cambiamento climatico.

<https://www.thelancet.com/action/showFullTableHTML?isHtml=true&tableId=tbl1&pii=S2666-6065%2824%2900221-9>

THE LANCET *Regional Health* Western Pacific

Questo diario Riviste Pubblicare Clinico Salute globale Multimedia Eventi Di

ARTICOLI - Volume 52, 101214, Novembre 2024 - Accesso Libero

Scarica il numero completo

Carico di mortalità e morbilità attribuibile alla temperatura non ottimale per causa, età e sesso in scenari di cambiamento climatico e demografico: uno studio di modellizzazione a livello nazionale in Giappone

[Lei Yuan](#) ^a, [Lina Madaniyazi](#) ^b, [Ana M. Vicedo-Cabrera](#) ^{c, d}, [Chris Fook Sheng Ng](#) ^a, [Kazutaka Oka](#) ^e, [Paolo LC Chua](#) ^{un}, e altri [Mostra altro](#)

[Affiliazioni e note](#)  [Informazioni sull'articolo](#) 

Riepilogo

Sfondo

Gli effetti futuri della temperatura sulla mortalità e sulla morbilità potrebbero differire. Tuttavia, gli studi che confrontano la mortalità e la morbilità attribuibili alla temperatura attribuiti alla stessa situazione sono limitati. Inoltre, questi studi non hanno preso in considerazione il futuro cambiamento della popolazione, l'adattamento umano e le variazioni nella suscettibilità della sottopopolazione. Pertanto, abbiamo simultaneamente proiettato la mortalità e la morbilità correlate alla temperatura per causa, età e sesso in base al cambiamento della popolazione e agli scenari di adattamento umano in Giappone, una società in super-invecchiamento.

Metodi

Abbiamo utilizzato temperature medie giornaliere, mortalità e invio di ambulanze di emergenza (un indicatore sensibile per la morbilità) in 47 prefetture del Giappone dal 2015 al 2019 come riferimento per le proiezioni future. La mortalità e la morbilità future sono state generate a livello di prefettura utilizzando quattro scenari di percorso socioeconomico condiviso (SSP) considerando i cambiamenti della popolazione. Abbiamo calcolato la mortalità e la morbilità future correlate alla temperatura combinando i valori di base con le temperature future e le funzioni di rischio di temperatura esistenti per causa (tutte le cause, circolatorio, respiratorio), età (<65 anni, ≥65 anni) e sesso in vari scenari di cambiamento climatico e SSP (SSP1-2.6, SSP2-4.5, SSP3-7.0 e SSP5-8.5). Il pieno adattamento umano è stato simulato sulla base di prove empiriche utilizzando un percentile fisso di temperatura minima di mortalità o morbilità (MMT), mentre nessun adattamento è stato simulato con un MMT assoluto fisso.

Risultati

È stato osservato un futuro declino temporale del carico di mortalità attribuibile a temperature non ottimali, guidato da un numero maggiore di decessi correlati al freddo rispetto a quelli correlati al caldo. Al contrario, la morbilità correlata alla temperatura è aumentata nel tempo, principalmente a causa del caldo. Negli anni 2050 e 2090, in uno scenario moderato, ci sono 83,69 (intervallo di confidenza empirico [eCI] al 95% 38,32-124,97) e 77,31 (eCI al 95% 36,84-114,47) decessi per tutte le cause ogni 100.000 abitanti, mentre ci sono 345,07 (eCI al 95% 258,31-438,66) e 379,62 (eCI al 95% 271,45-509,05) morbilità per tutte le cause associate a temperature non ottimali. Queste tendenze sono state ampiamente coerenti tra le cause, l'età e i gruppi di sesso. Si prevede che il futuro carico sanitario attribuibile al calore aumenterà sostanzialmente, con variazioni spaziotemporali ed è particolarmente pronunciato tra gli individui ≥ 65 anni e i maschi. Il pieno adattamento umano potrebbe produrre una diminuzione della mortalità e della morbilità attribuibili alla temperatura in linea con una popolazione in calo.

Interpretazione

I nostri risultati potrebbero supportare lo sviluppo di strategie mirate di mitigazione e adattamento per affrontare efficacemente i futuri impatti correlati al calore. Ciò include migliori allocazioni sanitarie per l'invio di ambulanze e misure preventive ospedaliere durante i periodi di calore, in particolare personalizzate per affrontare specifici risultati sanitari e sottopopolazioni vulnerabili.

Finanziamento

Agenzia giapponese per la scienza e la tecnologia, Agenzia per il ripristino e la conservazione ambientale e Ministero dell'ambiente del Giappone.

Ricerca nel contesto

Prove prima di questo studio

Ampie prove di modellizzazione indicano la relazione tra i cambiamenti di temperatura previsti e l'aumento previsto di mortalità e morbilità correlate al calore in futuro. Mentre il collegamento tra temperatura ed esiti sanitari sensibili al clima sembra semplice, è, in realtà, molto più complicato a causa dei diversi meccanismi attraverso i quali il clima può esercitare impatti sulla salute fatali e non fatali, e tale discrepanza negli effetti della temperatura su entrambi gli endpoint sanitari può essere influenzata dalla causa delle malattie, dall'età e dal sesso. Abbiamo cercato su PubMed, Web of Science e Google Scholar articoli pubblicati in inglese che proiettano la mortalità e la morbilità correlate alla temperatura per esplorare l'estensione delle prove disponibili al 30 ottobre 2023. Abbiamo utilizzato una combinazione di termini di ricerca, inclusi i termini "temperatura" e "calore" per l'esposizione e "mortalità", "morte", "morte in eccesso", "morbilità", "ospedalizzazione", "visita al pronto soccorso", "visita ospedaliera", "visita ambulatoriale", "ambulanza di emergenza" e "morbilità in eccesso" per gli esiti e i termini "progetto", "futuro". Tre studi hanno stimato gli effetti futuri della temperatura sia sulla mortalità che sulla morbilità all'interno dello stesso contesto di studio. Hanno rivelato le possibili differenze nel futuro onere di mortalità e morbilità correlate alla temperatura, ma in assenza di cambiamenti della popolazione, di futuri adattamenti o degli impatti sulle sottopopolazioni vulnerabili.

Valore aggiunto di questo studio

Per quanto ne sappiamo, questo studio è il primo a fornire una panoramica completa del futuro carico di mortalità e morbilità attribuibile a temperature non ottimali per causa di malattia, età e sesso. Sono stati riscontrati modelli contrastanti di mortalità e morbilità correlate a temperature non ottimali. La mortalità attribuibile a temperature non ottimali prevista è guidata da una maggiore mortalità correlata al freddo rispetto alla mortalità correlata al caldo, con conseguente riduzione netta. Al contrario, si prevede che la morbilità aumenterà sostanzialmente, dominata da una maggiore morbilità correlata al caldo. Questi cambiamenti nei carichi sanitari correlati alla temperatura variano tra le sottopopolazioni in base all'età e al sesso, anche tra le prefetture, con la popolazione di età pari o superiore a 65 anni, i maschi e coloro che

vivono in prefetture con un maggiore aumento della temperatura o un grave calo demografico che dovrebbero sostenere un aumento maggiore del carico. Inoltre, il futuro carico di mortalità e morbilità correlato al freddo e al caldo verrebbe notevolmente ridotto in base a scenari di adattamento della popolazione.

Implicazioni di tutte le prove disponibili

Questa ricerca ha importanti implicazioni per i decisori politici per proteggere le popolazioni più vulnerabili e identificare strategie locali per progettare politiche mirate di mitigazione e adattamento. Evidenzia inoltre la necessità di affrontare la possibile futura morbilità aggiuntiva correlata al calore che richiede risorse mediche sostanziali e una possibile espansione delle infrastrutture sanitarie secondarie.

[https://www.thelancet.com/journals/lanwpc/article/PIIS2666-6065\(24\)00208-6/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lanwpc/article/PIIS2666-6065(24)00208-6/fulltext)

Associazione tra esposizione a lungo termine all'ozono e mortalità cardiovascolare e suoi mediatori metabolici: evidenze da uno studio di coorte prospettico basato sulla popolazione a livello nazionale

A^a, B^b, F^c di Zenglei Zhang^a, Wang Chunqi^{a, f}, Chunying Lin^{a, f}, Yi Wu^{g, h}, Jing Wei^c, Jiapeng Lu^d, e altri [Mostra altro](#)

[Affiliazioni e note](#) [Informazioni sull'articolo](#)

Riepilogo

Sfondo

Studi precedenti sugli effetti cronici dell'ozono (O₃) sulla mortalità cardiovascolare sono scarsi e inconcludenti. Abbiamo mirato a indagare l'associazione tra mortalità cardiovascolare e un'ampia gamma di livelli di esposizione a lungo termine all'O₃.

Metodi

Questa analisi ha incluso 3.206.871 partecipanti di età compresa tra 35 e 75 anni arruolati nello studio ChinaHEART. I partecipanti sono stati reclutati dalle 31 province della Cina continentale tra gennaio 2015 e dicembre 2020. Le concentrazioni medie di O₃ a cinque anni prima delle visite di base sono state calcolate per rappresentare l'esposizione a lungo termine.

Risultati

In un periodo di follow-up mediano di 4,7 (intervallo interquartile: 3,7-6,2) anni, 35.553 (1,1%) partecipanti sono morti per malattie cardiovascolari (CVD). Dopo un aggiustamento multivariato, sono state identificate relazioni non lineari tra le concentrazioni di O₃ e la mortalità per CVD e cardiopatia ischemica (IHD), con punti di inflessione rispettivamente a 85,44 e 88,15 µg/m³. Al di sopra di questi punti, un aumento di 10,0 µg/m³ nel livello di O₃ è stato associato a un rischio maggiore del 13,9% (hazard ratio [HR]: 1,139, intervallo di confidenza al 95% [CI]: 1,096-1,184) e del 25,0% (HR: 1,250, IC al 95%: 1,151-1,357) di mortalità per CVD e

IHD, rispettivamente. Al contrario, l'esposizione a O₃ ha mostrato una relazione lineare con la mortalità per ictus ischemico. Inoltre, i fattori metabolici hanno spiegato più della metà dell'associazione tra esposizione a O₃ e mortalità per CVD.

Interpretazione

Sono state identificate influenze sostanziali dell'esposizione a lungo termine a O₃ sulla mortalità per CVD, con notevoli proporzioni di mediazione attribuite a fattori metabolici. Questi risultati potrebbero facilitare le revisioni degli standard di qualità dell'aria e la definizione di strategie di riduzione del rischio in futuro.

Finanziamento

Questo studio è stato sostenuto dal CAMS Innovation Fund for Medical Science (2021-1-I2M-011), dal CAMS Innovation Fund for Medical Science (CIFMS, 2022-I2M-C&T-A-010), dal National High Level Hospital Clinical Research Funding (2022-GSP-GG-4), dal Ministero delle Finanze della Cina e dalla Commissione Nazionale per la Salute della Cina, dal Progetto 111 del Ministero dell'Istruzione della Cina (B16005).

Ricerca nel contesto

Prove prima di questo studio

Abbiamo cercato su PubMed la letteratura sull'esposizione a lungo termine all'ozono e sulla mortalità cardiovascolare pubblicata in inglese prima del 19 marzo 2024, utilizzando i termini di argomento medico "mortalità" O "morte" e termini di ricerca combinati "ozono" O "O₃" O "inquinamento atmosferico" O "inquinante atmosferico*" e "malattia cardiovascolare" O "malattia coronarica" O "malattia coronarica" O "malattia cardiaca coronarica" "ictus" e "a lungo termine". Abbiamo esaminato i riferimenti citati nei documenti correlati come aggiunta. Abbiamo scoperto che diversi studi hanno riportato gli effetti cronici dell'esposizione a O₃ sulla mortalità cardiovascolare. Tuttavia, gli studi precedenti provenivano principalmente da contee sviluppate e raramente incorporavano misurazioni a livello individuale e i risultati erano incoerenti. Tuttavia, le prove esistenti stimavano solo l'effetto complessivo presupponendo la linearità anche se esiste una relazione esposizione-risposta non lineare, il che potrebbe sottostimare significativamente gli effetti sulla salute di O₃ sulla mortalità per CVD. Oltre a ciò, le conoscenze restano scarse riguardo al fatto se e in quale misura i fattori metabolici (ad esempio ipertensione, diabete, dislipidemia e obesità) mediano la relazione tra ozono e mortalità cardiovascolare.

Valore aggiunto di questo studio

Questo studio ha notevolmente approfondito la comprensione degli effetti cronici dell'esposizione a O₃ sulla mortalità cardiovascolare. In questo studio su 3,2 milioni di partecipanti cinesi di età compresa tra 35 e 75 anni, sono state riscontrate relazioni non lineari tra concentrazioni di O₃ e mortalità dovuta a malattie cardiovascolari e cardiopatia ischemica, con un rischio maggiore del 15,4% e del 21,5% per 10,0 µg/m³ al di sopra dei punti di flesso rispettivamente a 85,20 e 88,39 µg/m³. Tuttavia, non è stata osservata alcuna associazione significativa al di sotto dei punti di flesso. Al contrario, l'esposizione a lungo termine a O₃ era linearmente correlata alla mortalità per ictus. L'associazione tra esposizione a O₃ e mortalità cardiovascolare era più evidente negli anziani (di età pari o superiore a 65 anni), in coloro che vivevano in aree rurali e negli agricoltori. In particolare, i fattori metabolici rappresentavano oltre la metà dell'associazione tra esposizione a O₃ e mortalità cardiovascolare.

Implicazioni di tutte le prove disponibili

Il nostro studio ha identificato effetti sostanziali dell'esposizione a lungo termine a O₃ sulla mortalità per CVD, con notevoli effetti di mediazione attribuiti a fattori metabolici, che aiutano a comprendere meglio gli effetti sulla salute dell'O₃ sul sistema cardiovascolare e forniscono nuove prove per stime più accurate del carico di malattia. Inoltre, valutare in modo completo l'associazione tra esposizione a lungo termine a O₃ e mortalità cardiovascolare è fondamentale per stabilire linee guida annuali sulla qualità dell'aria (AQG), nonostante siano stati stabiliti livelli massimi giornalieri e di picco stagionale di AQG a breve termine (8 ore) per O₃. È anche degno di nota che vi sia un'urgente necessità per i governi di implementare politiche e interventi mirati volti ad abbassare la prevalenza di diabete, ipertensione, dislipidemie, obesità generale e obesità addominale per alleviare la potenziale influenza dell'O₃ sulla mortalità cardiovascolare.

[https://www.thelancet.com/journals/lanwpc/article/PIIS2666-6065\(24\)00216-5/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lanwpc/article/PIIS2666-6065(24)00216-5/fulltext)

THE LANCET *Regional Health*
Western Pacific

Questo diario Riviste Pubblicare Clinico Salute globale Multimedia Eventi Di

ARTICOLI · Volume 52, 101218, Novembre 2024 · [Accesso Libero](#) [Scarica il numero completo](#)

Fatti e risultati sul COVID lungo: un sondaggio online su larga scala su 74.075 partecipanti cinesi

[Shijie Qin](#) ^{a, b, c, e} · [Yanan Zhang](#) ^{a, c, e} · [Yanhua Li](#) ^{c, e} · [Ling Huang](#) ^{d, e} · [Ting Yang](#) ^{c, e} · [Jiahui Si](#) ^{c, e} e altri [Mostra altro](#)

[Affiliazioni e note](#) [Informazioni sull'articolo](#)

Riepilogo

Sfondo

La ricerca sul COVID lungo in Cina è limitata, in particolare in termini di dati epidemiologici su campioni di grandi dimensioni e degli effetti delle recenti sottovarianti di SARS-CoV-2. La Cina offre un ambiente di studio ideale grazie alla sua ampia base di infezione, all'elevata copertura vaccinale e alle severe misure pre-pandemia.

Metodi

Questo studio retrospettivo ha utilizzato un questionario online per indagare lo stato di infezione da SARS-CoV-2 e i sintomi lunghi del COVID tra 74.075 residenti cinesi nell'arco di un anno. Le relazioni tra caratteristiche di base, stato vaccinale, infezione patogena e COVID lungo sono state analizzate utilizzando la regressione logistica multinomiale e il propensity matching.

Risultati

L'analisi di 68.200 risposte valide ha rivelato che i sintomi più frequenti del COVID lungo includono affaticamento (30,53%), declino della memoria (27,93%), ridotta capacità di esercizio (18,29%) e annebbiamento mentale (16,87%). Questi sintomi erano meno diffusi tra coloro che erano stati infettati una sola volta: affaticamento (24,85%), declino della memoria (18,11%) e ridotta capacità di esercizio (12,52%),

ecc. Le donne avevano maggiori probabilità di manifestare il COVID lungo, con sintomi variabili in base alla fascia di età, ad eccezione dei disturbi del sonno e dei dolori muscolari/articolari, che erano più comuni negli individui più anziani. La Cina settentrionale mostra una maggiore prevalenza di COVID lungo, potenzialmente collegata ai gradienti di temperatura. I fattori di rischio includevano malattie di base, consumo di alcol, fumo e gravità dell'infezione acuta (OR > 1, FDR < 0,05). La reinfezione era associata a sintomi più lievi ma portava a una maggiore incidenza e gravità del COVID lungo (OR > 1, FDR < 0,05). La vaccinazione, in particolare i richiami multipli, ha ridotto significativamente i sintomi a lungo termine del 30%-70% (OR < 1, FDR < 0,05). I partecipanti al COVID-19 hanno anche auto-riportato più infezioni batteriche, influenzali e da micoplasma e l'8%-10% dei pazienti ha avvertito malattie croniche indotte da SARS-CoV-2.

Interpretazione

Questo sondaggio fornisce preziose informazioni sulla situazione COVID a lungo termine tra i residenti cinesi, con il 10%-30% (inclusa l'infezione ripetuta) che segnala sintomi. Il monitoraggio degli individui a rischio in base ai fattori di rischio identificati è essenziale per gli sforzi di salute pubblica.

Finanziamento

Questo studio è stato finanziato dalla China Postdoctoral Science Foundation (2022M723344, 2023M743729), dalla Guangdong Basic and Applied Basic Research Foundation (2023A1515110489) e dalla Bill & Melinda Gates Foundation (INV-027420).

Ricerca nel contesto

Prove prima di questo studio

Nell'ultimo anno, molti residenti cinesi hanno avuto infezioni da SARS-CoV-2, tuttavia, i dati statistici sul COVID lungo rimangono limitati. Abbiamo effettuato ricerche nel database PubMed utilizzando le parole chiave "COVID lungo" e "Cina" per recuperare articoli pubblicati dal 1° gennaio 2023 in poi. Abbiamo trovato 235 record, di cui 83 erano revisioni o revisioni sistematiche. Gli studi rimanenti sono stati classificati approssimativamente in due categorie. La prima categoria includeva studi che affrontavano la patogenesi, marcatori molecolari anomali o fattori genetici del COVID lungo. La seconda categoria includeva studi che esploravano l'associazione tra sintomi del COVID lungo e caratteristiche basali, sebbene i campioni fossero principalmente concentrati a Shanghai, Pechino, Guangzhou e Hong Kong, limitando la loro rappresentatività dell'intero paese. Inoltre, questi studi si concentravano spesso su sintomi specifici come problemi gastrointestinali, disturbi del sonno o anomalie mestruali. In terzo luogo, la maggior parte dei campioni in questi studi derivava da infezioni causate da sottovarianti di SARS-CoV-2 in circolazione prima del 2022 (come BA.1, BA.2 e persino sottovarianti precedenti), che non potevano riflettere la situazione del COVID lungo a seguito dell'ondata pandemica cinese causata da sottovarianti come BA.4, BA.5, BF.7 e XBB. In quarto luogo, molti precedenti studi sul COVID lungo si sono concentrati su pazienti dimessi (inclusi casi moderati e gravi), mentre la maggior parte delle persone infette nell'ultimo anno non ha richiesto il ricovero ospedaliero. In sintesi, mancano dati epidemiologici sul COVID lungo tra un gran numero di residenti cinesi. Sono necessarie ulteriori indagini per chiarire le caratteristiche di base, i background immunitari e l'impatto della reinfezione sul COVID lungo.

Valore aggiunto di questo studio

L'attuale prevalenza del COVID lungo e dei fattori correlati in Cina è poco compresa. Le strategie di prevenzione delle epidemie rigorose e a lungo termine della Cina hanno ridotto i casi gravi e i decessi, dando alla popolazione un background immunitario e di infezione relativamente puro. Il vasto numero di infezioni e l'ampia copertura vaccinale hanno anche reso i dati cinesi un modello eccellente per studiare il COVID lungo. In questo studio, abbiamo esaminato lo stato di infezione da SARS-CoV-2 di 74.075 residenti cinesi nell'ultimo

anno, chiarendo le caratteristiche epidemiologiche del COVID lungo e identificando molteplici fattori di esposizione correlati. Per quanto ne sappiamo, questo è attualmente il più grande sondaggio epidemico di COVID lungo disponibile al pubblico in Cina e ha applicazioni in tutto il mondo.

Implicazioni di tutte le prove disponibili

Questo studio dimostra la prevalenza del COVID lungo tra 68.200 partecipanti cinesi validi. I risultati statistici mostrano che circa il 10%-30%, compresi quelli con infezioni ripetute, ha manifestato sintomi di COVID lungo. I risultati sottolineano la necessità di dare priorità alla diagnosi e al trattamento del COVID lungo, in particolare per la popolazione interessata. Inoltre, questo studio ha identificato molteplici fattori di rischio per il COVID lungo, tra cui malattie di base, fumo o consumo di alcol, gravità della malattia acuta, infezioni ricorrenti, essere donne. Sono stati scoperti anche fattori protettivi, come i vaccini COVID-19, in particolare le dosi di richiamo, che forniscono preziose informazioni per identificare e monitorare le popolazioni suscettibili al COVID lungo.

[https://www.thelancet.com/journals/lanwpc/article/PIIS2666-6065\(24\)00212-8/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lanwpc/article/PIIS2666-6065(24)00212-8/fulltext)

THE LANCET *Regional Health* Europe

Questo diario Riviste Pubblicare Clinico Salute globale Multimedia Eventi Di

COMMENTO · Volume 46, 101096, Novembre 2024 · Accesso Libero

Scarica il numero completo

Integrare la salute nel Patto europeo sui migranti e l'asilo: un invito all'azione

Angelo Farina^a, Doris Zjalic^c, Federico Fama^{b, c}, Sara Laura Ferrari^{n, d}, Andrea Gori^{b, c, d}, Mario Raviglione^b

Affiliazioni e note Informazioni sull'articolo

A dicembre 2023, il Consiglio dell'Unione europea e il Parlamento europeo hanno raggiunto un accordo sul nuovo Patto sulla migrazione e l'asilo, un insieme di nuove norme che riformano le politiche migratorie nell'UE.¹

Questo Patto è costituito da quattro pilastri: frontiere esterne sicure, procedure rapide ed efficienti, sistema efficace di solidarietà e responsabilità e integrazione della migrazione nei partenariati internazionali. Il numero di nuovi arrivi di migranti in Europa ha subito fluttuazioni negli ultimi anni, guidato da fattori come conflitti, instabilità economica e cambiamenti climatici.

A partire dal 2024, l'Europa continua ad affrontare sfide nella gestione dei flussi migratori, con un mix di esigenze umanitarie e tensioni politiche che modellano le risposte. Guardando al futuro, è probabile che la situazione rimanga complessa, con pressioni in corso da regioni come l'Africa e il Medio Oriente. I cambiamenti climatici e l'instabilità geopolitica potrebbero esacerbare queste tendenze, portando potenzialmente a un aumento della migrazione.²

La situazione epidemiologica dei migranti che arrivano in Europa deve essere considerata in quanto ha diverse implicazioni: la diagnosi precoce e il trattamento corretto correlati al diritto umano alla salute, e la corretta gestione delle malattie trasmissibili e non trasmissibili sono correlate alla salute pubblica e a importanti implicazioni economiche.

All'arrivo, i rifugiati sono particolarmente vulnerabili alle malattie infettive a causa del collasso dei sistemi sanitari nei loro paesi di origine, compresi i servizi di vaccinazione e le infrastrutture di sanità pubblica interrotte, ma anche a lesioni accidentali, ipotermia, complicazioni ginecologiche e ostetriche, malattie gastrointestinali e respiratorie, eventi dermatologici e cardiovascolari, malattie mentali e problemi metabolici.³

I migranti hanno profili sanitari distinti rispetto ai residenti locali, aggiungendo diversità al panorama sanitario europeo, specialmente per quanto riguarda le malattie non trasmissibili (NCD).³ Le prove mostrano una mortalità per diabete più elevata tra i migranti provenienti da regioni come il Nord Africa, i Caraibi e l'Asia meridionale.⁴ I migranti dell'Africa occidentale affrontano tassi più elevati di ipertensione e ictus, mentre quelli provenienti dall'Afghanistan e dal Nord Africa sono più inclini alle malattie coronariche.^{5,6}

I migranti sono anche più suscettibili ai tumori precoci correlati alle infezioni, come il cancro al fegato e alla cervice, ma meno inclini a sviluppare tumori legati a uno stile di vita occidentale, come il cancro del colon-retto e al seno.³ Questo quadro spiega l'importanza di tenere conto delle specificità sanitarie dei migranti quando si organizzano programmi di prevenzione (ad esempio vaccinazione, screening del cancro, screening delle malattie infettive) e assistenza sanitaria.

Nonostante l'evidente necessità di disposizioni sanitarie su misura per i migranti, l'attuazione delle direttive UE, come la 2013/33/UE⁷ che delinea la valutazione delle esigenze sanitarie speciali, è rimasta inadeguata. Successivamente si è notata la mancanza di sviluppi legislativi riguardanti la tutela della salute dei migranti.

Oggi giorno l'UE non ha politiche sanitarie comuni e coerenti. Sul tema dello screening dei migranti, come dimostrato dall'ultimo accordo, sono state ratificate solo l'identificazione e le impronte digitali.

Il Consiglio dell'Unione Europea non si è preoccupato della salute dei migranti all'arrivo, un diritto umano obbligatorio ma anche un importante atto di gestione della salute pubblica per la propria cittadinanza interna. Questo deficit normativo, esacerbato dalla mancata attuazione di politiche sanitarie comuni nel nuovo Patto sulle migrazioni e l'asilo, contribuisce all'assenza di un approccio coerente alla salute dei migranti e dei richiedenti asilo.

Sulla base di questi dati crescenti, è chiaro che un approccio emergenziale alla salute, nemmeno modificato dall'attuale Patto, non è adatto. L'impegno della comunità scientifica europea è imperativo per garantire un percorso di accesso alle cure e ottimizzare il rapporto costo-efficacia degli interventi. Per migliorare rapidamente la situazione, c'è bisogno di interventi cruciali ([Panel 1](#)).

Pannello 1

Interventi suggeriti dagli autori per un approccio olistico all'assistenza ai migranti.

1. Creazione di politiche basate su prove supportate da risorse umane, strutturali e finanziarie adeguate da parte dell'Agenzia dell'Unione europea per l'asilo, EUAA,⁷ che comprenda interventi completi che includano la fornitura di primo soccorso, la disponibilità di servizi sanitari ben attrezzati con un'ampia capacità di screening e un'attenzione particolare alle malattie infettive;
2. Istituzione di sistemi di riferimento efficaci a livello dell'UE che tengano conto delle rapide ridistribuzioni dei migranti verso le destinazioni finali, ma diano priorità alle questioni sanitarie, una funzione ora parzialmente ma non completamente coperta dall'EUAA⁸;
3. Elaborazione di linee guida tecniche chiare e realistiche, elaborate da un pool multidisciplinare e intersettoriale di specialisti e adattate alle condizioni locali, attraverso un processo di collaborazione tra università, istituzioni europee e locali;

4.Sviluppo di un sistema digitale standard per la raccolta e la condivisione dei dati tra le diverse strutture sanitarie coinvolte nell'assistenza ai migranti e utilizzabile per il monitoraggio continuo dell'applicazione delle linee guida, attraverso lo sviluppo di KPI di facile utilizzo da parte di agenzie europee come eu-LISA⁹;

5.Formazione e rafforzamento degli operatori sanitari per promuovere standard di cura ideali tra i migranti e contribuire alle discussioni accademiche e politiche con le principali parti interessate;

6.Intensificare gli sforzi educativi per migliorare l'assistenza sanitaria per i migranti, con l'inclusione della salute dei migranti come disciplina nei programmi di studio medici e la promozione delle priorità di salute pubblica nelle scuole, nelle arti e nella società, attraverso il contributo dell'EACEA (Agenzia esecutiva europea per l'istruzione e la cultura).¹⁰

La salute dovrebbe essere al centro di ogni discussione sulla migrazione come diritto umano fondamentale sancito dalla costituzione dell'OMS e da quella di ogni paese europeo. Un coinvolgimento pubblico sostanziale e basato sulle prove nel discorso dovrebbe essere sollevato come questione prioritaria all'interno dei confini europei. Cercare un impegno chiaro per la salute come aspetto cruciale della politica migratoria non è solo in accordo con i quadri giuridici internazionali, ma accresce anche l'importanza del processo decisionale basato sulle prove nella definizione delle politiche pubbliche.

[https://www.thelancet.com/journals/lanepi/article/PIIS2666-7762\(24\)00263-1/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lanepi/article/PIIS2666-7762(24)00263-1/fulltext)

quotidianosanita.it

Il Consiglio dei giovani dell'Oms lancia il suo appello per un mondo più sano

Sono dieci gli inviti all'azione orientati a responsabilizzare e giovani a svolgere un ruolo centrale nella creazione di società più sane e sicure per tutti. "Un potente appello al cambiamento che mostra cosa si può ottenere quando i giovani sono attivamente impegnati a plasmare la loro salute e il loro futuro" ha detto il direttore generale dell'Onu

15 OTT -

- Accesso, equità e inclusione per i giovani nell'istruzione rimuovendo le barriere e progettando di riflettere le diverse esigenze sanitarie degli individui e delle comunità.
- Programmi di studio nazionali completi su salute, cambiamenti climatici e alfabetizzazione digitale.
- Istruzione di qualità e adattiva attraverso ambienti di apprendimento flessibili e reattivi. Coinvolgimento e leadership dei giovani nella progettazione e nell'attuazione di politiche e programmi sanitari. Assistenza sanitaria inclusiva, accessibile e incentrata sulla prevenzione, anche per i giovani appartenenti a gruppi emarginati e vulnerabili.
- E ancora, investire nei giovani per consentire loro di diventare leader e promuovere soluzioni nei settori della salute, del cambiamento climatico e dell'istruzione.
- Creare spazi coraggiosi per ambienti sani che proteggano i giovani dalle barriere sociali e istituzionali e li mantengano al sicuro da violenza, molestie e altre pratiche dannose.
- Coinvolgimento dei giovani da parte di governi, organizzazioni internazionali e della società civile nella creazione congiunta di politiche sui bisogni sanitari prioritari.
- Valorizzare le esperienze dei giovani, compresa la loro diversità e i loro punti di vista, nello sviluppo e nell'attuazione delle politiche sanitarie.
- Maggiore sostegno alle organizzazioni giovanili di base come mezzo per investire nelle generazioni future.

Sono questi i dieci inviti all'azione lanciati dal Consiglio dei giovani dell'Oms nella prima [Dichiarazione sulla creazione di società sane](#), lanciata durante il [Vertice Mondiale sulla Sanità](#) in corso a Berlino. Priorità sviluppate da giovani di tutto il mondo per responsabilizzarli a svolgere un ruolo centrale nella creazione di società più sane e sicure per tutti.

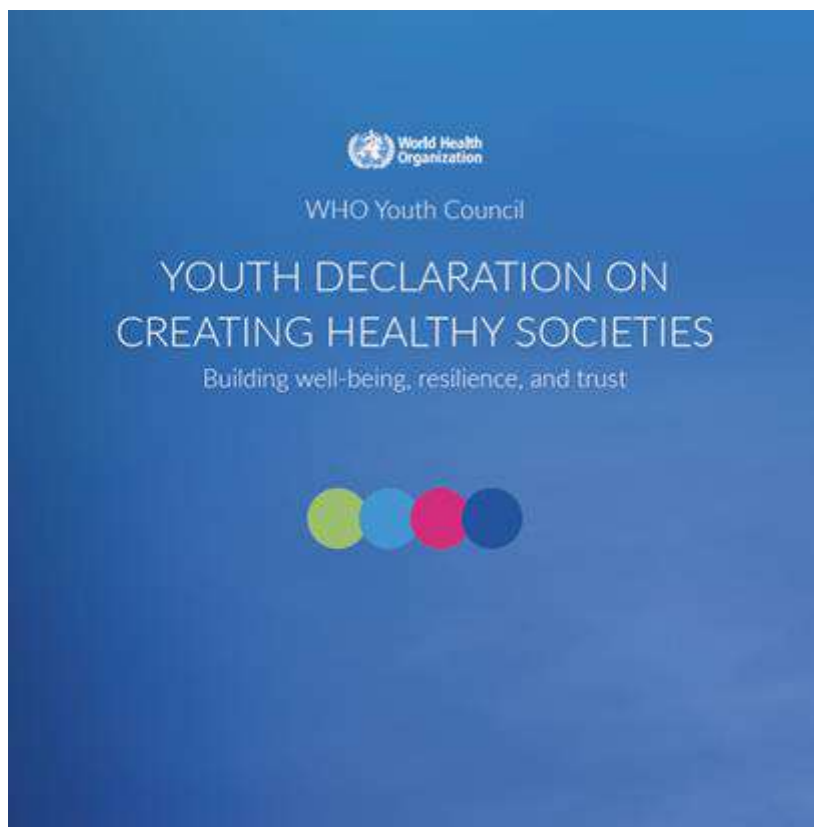
“Il Consiglio dei giovani dell'Oms è orgoglioso di pubblicare la sua prima Dichiarazione dei giovani sulla creazione di società sane – ha dichiarato **Kate Ndocko**, membro del Consiglio dei giovani dell'Oms – questa Dichiarazione rappresenta il nostro impegno collettivo e le nostre priorità per aiutare le comunità, in particolare i giovani, a livello locale, regionale e globale, a essere più sane e più resilienti di fronte alle numerose sfide sanitarie che il mondo deve affrontare oggi e quelle future”.

“L'Oms si impegna ad amplificare le voci dei giovani per realizzare la nostra visione condivisa della salute per tutti – ha dichiarato il dottor **Tedros Adhanom Ghebreyesus**, direttore generale dell'Oms – la Dichiarazione dei giovani sulla creazione di società sane, emessa dal Consiglio dei giovani dell'Oms, fa proprio questo, incanalando le idee, i consigli e le azioni dei giovani in un potente appello al cambiamento e mostrando cosa si può ottenere quando i giovani sono attivamente impegnati a plasmare la loro salute e il loro futuro”.

Rehman Hassan, membro del Consiglio dei giovani dell'Oms che partecipa alla campagna Act4Food della Global Alliance for Improved Nutrition (GAIN), ha dichiarato: “Non possiamo più permetterci di sprecare i consigli, le competenze e l'energia dei giovani per trasformare le nostre comunità, le nostre politiche e il pianeta in generale. Pandemie ed epidemie, conflitti, diffusione della disinformazione e il rischio per la salute rappresentato dai cambiamenti climatici, tra le altre questioni, minacciano la salute e il benessere di miliardi di persone. I giovani sono il gruppo più sottorappresentato nella governance, eppure metà della popolazione mondiale ha meno di 30 anni. È giunto il momento di coinvolgerli e incorporare le loro soluzioni per un modo più sano di procedere. Il Consiglio dei giovani e le organizzazioni che lo compongono, in collaborazione con l'Oms, si impegnano a tracciare questo percorso più sano per il presente e il futuro”.

Il Consiglio dei giovani dell'Oms è stato istituito nel 2023 ed è una rete dinamica volta ad amplificare le voci e le esperienze dei giovani e a sfruttare le loro competenze, energie e idee per promuovere la salute pubblica. I membri del Consiglio dei Giovani sono rappresentanti giovanili di organizzazioni e movimenti sanitari e non. Forniscono consulenza e si impegnano attivamente con il direttore generale dell'Oms e con i vertici per garantire che le politiche e i programmi sanitari riflettano le competenze, l'innovazione e le esigenze dei giovani di tutto il mondo. Il Consiglio della gioventù dell'Oms funge anche da piattaforma per la progettazione e l'incubazione di nuove iniziative e per l'espansione delle iniziative di coinvolgimento dei giovani esistenti dell'OMS.

https://www.quotidianosanita.it/scienza-e-farmaci/articolo.php?articolo_id=125018



La Dichiarazione dei giovani sulla creazione di società sane del Consiglio dei giovani dell'OMS, lanciata il 14 ottobre 2024, richiede un'azione urgente e collaborativa per costruire benessere, resilienza e fiducia nelle società. La dichiarazione delinea 10 azioni chiave in tre aree prioritarie: educazione e alfabetizzazione sanitaria, assistenza sanitaria accessibile e sostenibile e leadership e coinvolgimento dei giovani. Sottolinea l'importanza di un'istruzione equa che promuova l'alfabetizzazione digitale, sanitaria e civica; un'assistenza sanitaria accessibile e su misura per le esigenze dei giovani; e l'inclusione dei giovani nel processo decisionale. Questa iniziativa invita governi, società civile, settori privati e individui a unire gli sforzi per creare ambienti inclusivi e di supporto in cui i giovani possano guidare e prosperare.

<https://www.who.int/publications/m/item/youth-declaration-on-creating-healthy-societies>

quotidianos**sanità**.it

Non solo virus. Nuovi rischi aumentano la minaccia di pandemia su scala globale. Il rapporto del Gpmb

Il rapporto delinea 15 fattori chiave del rischio pandemico, classificati in cinque gruppi distinti: sociale, tecnologico, ambientale, economico e politico. La mancanza di fiducia tra i Paesi e all'interno di essi, l'iniquità, gli allevamenti intensivi e la probabilità di incroci tra uomo e animale sono tra le minacce principali. Anche gli attacchi informatici, l'aumento delle minacce alla biosicurezza e la rapida diffusione della disinformazione aumentano il rischio di pandemia.

14 OTT - I recenti focolai del virus di Marburg, dell'Mpox e dell'ultimo ceppo di influenza aviaria (H5N1) ci ricordano la vulnerabilità del mondo alle pandemie. Solo nel 2024 si sono già verificati 17 focolai di malattie pericolose. Ogni nuovo focolaio mette a nudo le falle dell'attuale architettura di prevenzione delle pandemie e della preparazione globale a rispondere ai focolai di malattie.

Secondo un nuovo rapporto del Global Preparedness Monitoring Board (GPMB), una pletora di rischi aumenta la probabilità di nuove pandemie. Il rapporto, lanciato in occasione del 15° Vertice Mondiale della Sanità di Berlino, delinea **15 fattori chiave del rischio pandemico, classificati in cinque gruppi distinti: sociale, tecnologico, ambientale, economico e politico.**

Il GPMB, un'iniziativa sostenuta dall'Organizzazione Mondiale della Sanità e dalla Banca Mondiale, tiene traccia dei fattori di rischio pandemico e supervisiona la preparazione globale. Il rapporto sottolinea l'urgenza di comprendere la vulnerabilità globale alle minacce e chiede una reimpostazione radicale dell'approccio collettivo alla preparazione alle pandemie.

La mancanza di fiducia tra i Paesi e all'interno di essi, l'iniquità, gli allevamenti intensivi e la probabilità di incroci tra uomo e animale sono tra le minacce principali delineate nel rapporto. Il rapporto identifica anche nuovi rischi al di fuori dei tradizionali fattori sanitari.

La connettività digitale ha permesso agli scienziati di sequenziare e condividere rapidamente i dati sugli agenti patogeni e di personalizzare le risposte sempre più velocemente. Tuttavia, questa impronta digitale lascia esposti i sistemi sanitari e le società. Gli attacchi informatici, l'aumento delle minacce alla biosicurezza e la rapida diffusione della disinformazione aumentano il rischio di pandemia.

“La prossima pandemia non aspetterà che perfezioniamo i nostri sistemi - ha dichiarato **Joy Phumaphi**, copresidente del GPMB ed ex ministro della Sanità del Botswana -. Dobbiamo investire ora in sistemi di assistenza sanitaria primaria resilienti ed equi per affrontare le sfide di domani”. Il rapporto identifica i fattori complessi e interdipendenti che determinano il rischio di pandemie. Tuttavia, sottolinea anche che la volontà di costruire una risposta flessibile, di proteggere proattivamente la società e di investire in sforzi collaborativi può ridurre significativamente il rischio e migliorare la preparazione.

Per proteggersi efficacemente, tutte le nazioni devono rafforzare i propri sistemi sanitari, dare priorità alla protezione sociale e garantire che i servizi sanitari essenziali siano disponibili per tutte le comunità, in particolare per quelle più vulnerabili e svantaggiate. Il PIL da solo non misura la resilienza a una pandemia.

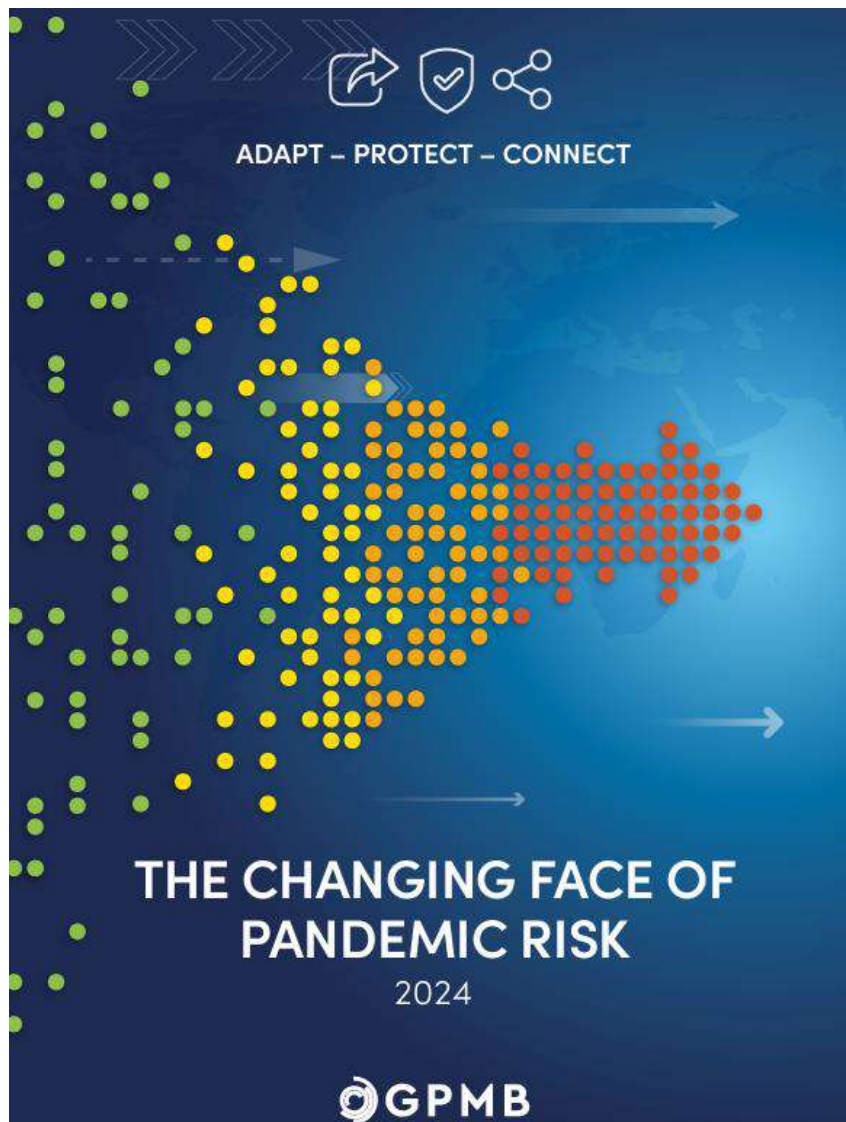
La preparazione dovrebbe incorporare strategie che abbraccino le interfacce della salute umana, animale e ambientale. Il rapporto chiede una maggiore collaborazione tra i vari settori per mitigare i rischi associati alle pandemie, riconoscendo che la salute di un settore è strettamente legata a quella degli altri.

“Abbiamo una stretta finestra di opportunità per ripensare la preparazione globale: valutare i rischi che si estendono ben oltre il settore sanitario e affrontare alcuni di questi in modo molto più proattivo, adattandoli a ciascun contesto - ha dichiarato **S.E. Kolinda Grabar-Kitarović**, copresidente del GPMB ed ex presidente della Croazia -. Vigilanza, adattabilità e collaborazione devono definire la nostra preparazione ora, in modo che sia integrata nella risposta”.

Il rapporto fornisce un quadro di riferimento per i responsabili politici per adattare le strategie sanitarie esistenti e migliorare le misure di protezione contro le future pandemie. Ciò include la garanzia che i piani di prevenzione e risposta siano regolarmente rivisti e sufficientemente flessibili per rispondere a tutte le situazioni. La prossima pandemia non seguirà lo stesso percorso del Covid, e le lezioni apprese da quell'esperienza dovrebbero guidare ma non definire la preparazione.

La resilienza alle future emergenze sanitarie dipende dagli investimenti in ricerca e sviluppo, dal miglioramento della tecnologia, da infrastrutture sanitarie eque e da una maggiore comprensione della natura dinamica di tutti i fattori di rischio pandemico. Nel mondo interconnesso di oggi, la comunità globale deve assumersi la responsabilità collettiva della prevenzione e della risposta alle malattie, piuttosto che considerare la preparazione come un'attività a livello di singolo Paese o di settore.

https://www.quotidianosanita.it/scienza-e-farmaci/articolo.php?articolo_id=125007



<https://www.quotidianosanita.it/allegati/allegato1728902744.pdf>

la Repubblica

Contro gli imbonitori del clima

Sergio Mattarella, *Presidente della Repubblica Italiana*

Esiste l'urgenza di una transizione energetica che sia concreta, pragmatica, sostenibile, efficace. Le conseguenze dei nostri ritardi sono sotto gli occhi di tutti e sono conseguenze nefaste

Esiste l'urgenza di una transizione energetica che sia concreta, pragmatica, sostenibile, efficace. Per troppo tempo abbiamo affrontato in modo inadeguato la questione della tutela dell'ambiente e del cambiamento climatico, opponendo artificiosamente fra loro le ragioni della gestione dell'esistente e quelle del futuro dei nostri figli e nipoti. Inadeguato, il modo che abbiamo adoperato. Perché abbiamo pensato di poterla affrontare procedendo in ordine sparso, con lo sguardo rivolto alle scoperte del passato, con risorse ordinarie, con

strumenti obsoleti. È invece soltanto attraverso la cooperazione tra Stati, l'adesione agli obiettivi condivisi nell'ambito delle Nazioni Unite e le risorse straordinarie che possiamo imprimere l'indispensabile accelerazione alla lotta al cambiamento climatico, per andare alla transizione energetica globale. C'è, spesso, contraddizione tra lo sforzo di individuare obiettivi in sede internazionale e le politiche poi messe in atto, concretamente in campo, in sede nazionale, pur dagli stessi decisori.

Le conseguenze dei nostri ritardi sono sotto gli occhi di tutti e sono sempre conseguenze nefaste. L'intensificazione della frequenza delle catastrofi naturali è evidente e condiziona ogni aspetto della nostra vita, devastando interi territori, mietendo vittime. Di fatto, le conseguenze del cambiamento climatico, e dei nostri ritardi nella sua mitigazione, privano dell'elementare diritto alla vita molte persone, costringendole spesso alla fuga dai luoghi che abitano, in cerca di sopravvivenza. Se vogliamo lasciare alle future generazioni un pianeta dove l'umanità possa vivere e prosperare in pace ovunque, in ogni luogo, in ogni continente, dovremo compiere, tutti insieme, progressi decisivi. (Le nostre economie) sono impegnate nell'affrancamento dai combustibili fossili, per pervenire a un sistema energetico sostenibile, in grado di coniugare un'ambiziosa politica climatica con la salvaguardia delle filiere industriali, della crescita, del benessere (...). È una sfida per l'innovazione in cui si gioca il futuro e poco importa che il peso dell'Unione Europea sul piano dell'equilibrio ecologico globale sia minore di quello di altri colossi industriali che si attardano, invece, contribuendo in modo decisivo all'inquinamento ulteriore del Pianeta.

Le loro scelte appaiono fuori dal tempo ed è un orgoglio dell'Europa proporsi di puntare al futuro. (...) L'Unione Europea è chiamata a compiere uno sforzo straordinario in questo settore. La nuova Commissione - che si insedierà fra poco - ha definito un portafoglio dedicato alla transizione pulita, giusta, competitiva. Ed è anche un messaggio del Rapporto Draghi (...) che mette in chiaro che, per garantire la capacità di competere, l'Europa ha necessità a lungo termine di abbandonare i combustibili fossili e compiere la transizione, evidenziando il nesso - come ha fatto quel Rapporto - decarbonizzazione-competitività. Il Rapporto, è opportuno ricordarlo, è utile, ammonisce circa il rischio di fallimento per l'Europa senza un coerente impegno nelle politiche da mettere in atto. Ricette semplicistiche per problemi complessi, come quelli che dobbiamo affrontare, sono adatte soltanto agli imbonitori. Si tratta di un progetto ambizioso che potremo realizzare soltanto accettando una maggiore cooperazione, che ci consenta di muovere verso una Unione dell'energia, con un ruolo analogo a quello che la collaborazione in materia di acciaio e carbone seppe avere, nel secondo dopoguerra, per ricostruire e rilanciare la crescita dei Paesi europei, dando inizio - con quella scelta lungimirante - al percorso di integrazione.

**Questo testo è un estratto del discorso che il presidente della Repubblica Sergio Mattarella ha tenuto a Bonn al campus delle Nazioni Unite durante il seminario "La cooperazione tra Italia e Germania: un importante strumento per il contrasto al cambiamento climatico e la transizione energetica globale" il 28 settembre 2024. Il discorso integrale si trova sul sito del Quirinale al link <https://www.quirinale.it/elementi/120750>*

https://www.repubblica.it/green-and-blue/dossier/negazionisti-climatici/2024/10/07/news/crisi_climatica_transizione_serpio_mattarella-423531202/?ref=RHLF-BG-P13-S1-T1

Mario Tozzi: com'è nato il negazionismo

Mario Tozzi, *Geologo, divulgatore scientifico e conduttore televisivo. È Cavaliere della Repubblica*

Tutto è iniziato negli anni 70 con la "strategia del tabacco". Da allora le lobby cercando di screditare la scienza a colpi di controinformazione. Oggi il "nemico" di chi manipola i dati è l'ambientalismo

07 Ottobre 2024 alle 00:20 8 minuti di lettura

È almeno dagli anni 90 del XX secolo che il dibattito sul cambiamento climatico all'interno della comunità degli scienziati specialisti (unico terreno di dibattito possibile nella scienza) si è concluso con la dichiarazione che l'attuale riscaldamento globale è anomalo e accelerato rispetto al passato e dipende, con una confidenza e un consenso oltre il 90%, dalle attività produttive dei sapiens. Perché allora sta affiorando un rigurgito non di dubbi (lo scetticismo è il sale della ricerca scientifica), ma di negazionismo vero e proprio che arriva a mettere in discussione il metodo stesso, riportando tutto al rango di semplice opinione? Da dove nasce? Dove vuole arrivare?

La "strategia del tabacco": l'inizio

Tutto nasce negli Usa alla fine della Guerra Fredda, quando alcuni scienziati precedentemente occupati nel programma atomico nazionale, di grande personalità e fieramente anticomunisti si trovano progressivamente senza una occupazione specifica e con un nemico che andava piano piano scolorendo. C'era bisogno di conquistare nuove posizioni remunerate di rilievo, che trovavano nelle consulenze federali, e di un nuovo nemico, che identificavano nella salute dei sapiens e nell'ambiente. I nomi, tra i quali spiccano Frederick Seitz e Fred Singer, sono sempre quelli: li ritroviamo in tutte le storie che seguono. Il *casus belli* sono le ricerche scientifiche che, sul buco nell'ozono si è scatenata una delle prime campagne dei negazionisti per evitare limiti alle multinazionali fino dagli anni 50 mettono in luce la correlazione diretta fra il cancro ai polmoni e fumo di sigaretta. E, dagli anni 70, anche con il fumo passivo, svincolando la malattia dalla decisione libera dell'individuo di fumare oppure no. A quel punto, iniziano le battaglie legali contro le *major* del tabacco, che assoldano quegli scienziati per un lavoro di controinformazione pseudoscientifico avvalorato dalla loro precedente autorevolezza in altri campi. Nel 1953 un gruppo di ricercatori riesce a dimostrare che il catrame di sigaretta, spalmato sulla pelle di topolini, provoca tumori letali. Lo studio ha una risonanza eccezionale, scatta l'allarme sulla necessità di approfondire le ricerche per combattere la malattia e iniziano le accuse contro le sigarette.

La confutazione per distrazione

Pochi mesi dopo, nel dicembre di quello stesso anno, si incontrano al Plaza Hotel di New York i presidenti delle quattro maggiori compagnie produttrici di sigarette. Con loro, i tre amministratori delegati delle maggiori società pubblicitarie. Decisero di ingannare il pubblico americano sugli effetti del fumo sulla salute, e per farlo crearono una strategia specifica. Avrebbero convinto (non dimostrato) l'opinione pubblica che le accuse contro il tabacco non avevano fondamento scientifico. Così crearono un Tobacco Industry Research Committee per finanziare nuovi studi che contrastassero la marea di prove scientifiche sui danni del tabacco. Hanno finanziato ricerche per mettere in dubbio il legame tabacco-cancro, hanno commissionato sondaggi che poi sono stati usati per orientare campagne di disinformazione. Hanno distribuito opuscoli e pamphlet a medici, media, politici e cittadini, per ribadire che non c'era motivo di preoccuparsi. L'industria dichiarava che non c'erano le "prove" che il tabacco fosse dannoso e puntava a creare un "dibattito", convincendo i mass media che per far bene il loro lavoro, dovevano presentare entrambe le posizioni del dibattito stesso. Nel maggio del 1979 fu proprio Fred Seitz a dirigere un programma che distribuì 54 milioni di dollari verso ricerche scientifiche, sicuramente legittime e affrontate da ricercatori con credenziali impeccabili, che avevano come scopo quello di difendere le compagnie del tabacco. Il fumo provoca il cancro? Ma allora anche lo stress o la cattiva alimentazione. Fior di ricerche analizzavano varie casistiche. Ed erano finanziate proprio dalle industrie del tabacco. Ma l'obiettivo era davvero il progresso scientifico? Non proprio. Si approfondivano

le ricerche su altre possibili cause, in modo da confondere e distogliere l'accusa dalle sigarette. L'obiettivo era combattere la scienza con la scienza, sfruttando l'assenza di conoscenze o le incertezze con ricerche che potessero aiutare a distogliere l'attenzione. Come un gioco di prestigio, in cui la mano destra viene agitata per distogliere l'attenzione dalla sinistra, l'industria del tabacco avrebbe finanziato quelle ricerche che potevano risultare fuorvianti.

Controinformazione pseudoscientifica

Quando iniziano le battaglie legali contro le major del tabacco queste assoldano scienziati come Seitz e Singer per un lavoro di controinformazione pseudoscientifica avvalorato dalla loro precedente autorevolezza in altri campi, per permettere alle compagnie che li pagano, di difendersi e guadagnare tempo. Milioni di pagine di documenti presentati nelle cause contro le industrie del tabacco attestano e confermano questi legami. In particolare, emerge il ruolo cruciale degli scienziati nel seminare dubbi sui legami tra rischi per la salute. Possiamo definirla "la strategia del tabacco". Il suo bersaglio è la scienza e si basa sull'impiego di scienziati - guidati da avvocati ed esperti in pubbliche relazioni - disposti a puntare il fucile e premere il grilletto.

E i mezzi di comunicazione decidono colpevolmente di prestare fede ai dubbi mercanteggiati da questa lobby, trincerandosi dietro il principio di equilibrio informativo. Principio che in scienza ha ragione di esistere quanto la favola di Cappuccetto Rosso: non si danno la stessa importanza e lo stesso peso informativo alla scienza certificata e a quella prezzolata e non verificata. In questo modo si intimidiscono gli organi di controllo e le vittime che riescono ad organizzarsi solo a partire dagli anni 90 nelle prime *class actions* di successo, la cui prima vittoria è del 1996.

Le piogge acide: insinuare il dubbio

Lo stesso accade per le piogge acide, un problema ambientale che aveva portato a bruciare letteralmente le foreste nordamericane e scandinave negli anni 70. In questo caso la ricerca scientifica aveva identificato nello zolfo il chiaro e solo responsabile, ma desolforare gli impianti di produzione di energia statunitensi era oneroso e avrebbe comportato una riduzione dei profitti, ragione per cui i negazionisti si sono messi all'opera per insinuare il dubbio che non fosse quello il meccanismo, tirando in ballo fenomeni particolari e, in sostanza, facendo perdere tempo alla regolamentazione del settore.

Sul DDT le cose sono andate peggio: ancora oggi ci sono "scienziati" che, al di fuori del campo delle riviste certificate, criticano il bando del DDT, perché così si sarebbero condannati milioni di bambini per le malattie nei Paesi poveri. Colpevoli i democratici e i radicali statunitensi, influenzati surrettiziamente dagli ambientalisti fomentati dal libro di Rachel Carson, *Primavera Silenziosa* (1962). Nel libro si mettevano in luce i danni micidiali che i pesticidi stavano recando agli uccelli e agli altri viventi, facendo emergere che se qualcuno fosse costretto a scegliere su chi far rimanere in vita sul Pianeta fra i *sapiens* e le api, la scelta sarebbe immediata e irrevocabile: gli ecosistemi possono fare a meno dei *sapiens*, ma non degli insetti. Si è poi scoperto che le zanzare si "adattano" al DDT e che questo risultava inefficace già nelle seconde ondate di malaria susseguenti alle prime irrorazioni.

Il buco dell'ozono e le trattative a Montreal (1987)

Come abbiamo già visto, nel 1995 Rowlands, Crutzen e Molina vincono il Nobel per la chimica per aver scoperto il meccanismo di impoverimento dell'ozono che lacerava l'atmosfera causando il cosiddetto buco dell'ozono. E attribuendone la responsabilità al cloro contenuto nei CFC, utilizzati come propellenti nelle bombolette spray e come additivi nei refrigeratori. Per anni i negazionisti avevano tentato di impedire quel rapporto causa - effetto, per proteggere gli interessi delle *corporation* che fabbricavano CFC, obbligate poi a cessare la produzione e al bando dei CFC solo dopo anni di estenuanti trattative a Montreal (1987). Gli sforzi dei rappresentanti delle industrie puntavano a mettere in dubbio che la riduzione dello strato di ozono fosse reale, o che al massimo, se anche si stesse verificando, non era grave o che fosse provocata dai vulcani. Quindi, uno dei metodi per "spargere" il dubbio, fu quello di creare una contro narrativa: si trattava di una variazione naturale, cinicamente sfruttata da scienziati corrotti allo scopo di procurarsi finanziamenti. E uno dei primi a diffondere queste tesi fu proprio Fred Singer. Diventato primo scienziato al Department of Transportation (Ministero dei Trasporti degli Usa), Singer protestò contro "il panico da ozono" in un articolo pubblicato sulla prima pagina del *Wall Street Journal*. Ammetteva la lacerazione ma la considerava un

episodio “localizzato e temporaneo”, non c’era alcuna prova che la colpa fosse dei CFC. Singer riciclava la vecchia tattica del tabacco, la confutazione per distrazione. Bisognava continuare a sottolineare che esistevano molte cause del cancro della pelle, come “virus”, predisposizione genetica, cancerogeni ambientali, cambiamenti nello stile di vita e anche la dieta. Tutto vero, ma fuori tema.

“L’ambientalismo, il nuovo comunismo”

Singer aveva creato una finzione riecheggiata per un decennio. Era l’inizio della contro-narrativa stando alla quale gli scienziati avevano esagerato prima ed esageravano ancora, e quindi erano inaffidabili. Dietro ai meccanismi dei negazionisti appare la stessa volontà di rallentare e ostacolare la regolamentazione del libero mercato, vista come una deriva comunista. C’è il tentativo di ridurre il discorso verso uno schema semplice: l’ambientalismo è il nuovo comunismo. Banale ma pericoloso, perché sposta l’attenzione su un piano ideologico, diverso dall’urgenza dei fatti. Anche in questo caso la scienza certificata aveva, invece, correttamente previsto tutto, compreso il fatto che con il bando gli strappi si sarebbero ricuciti, cosa che si completerà fra il 2040 e il 2066.

E oggi tocca al cambiamento climatico, in una guerra senza quartiere che vede protagonisti anche organi senza alcuna autorevolezza scientifica, in cui appaiono pochissimi scienziati, quasi sempre non specialisti, e molti signor nessuno (nella diramazione italiana perfino un sommelier!), approfittando dell’analfabetismo funzionale del 47% degli italiani e dell’idea, tutta giornalistica, che sulla scienza si deve discutere anche fuori dai circoli deputati. Oppure reclutando scienziati pure autorevoli, ma non specialisti, che danno la colpa del cambiamento al Sole, mentre i dati NASA dicono esattamente il contrario, oppure sostengono che è sempre stato così e l’uomo non c’entra nulla. Posizioni però sostenute non sulle riviste scientifiche *peer reviewed*, dove avrebbero un senso anche se scettiche, ma nelle interviste a giornalisti compiacenti che si sono occupati fino al giorno prima di cronaca nera o di costume.

1995: rapporto IPCC sui danni dei gas serra

Nel 1995 l’[IPCC](#) rilascia il suo secondo rapporto sul clima e per la prima volta, al capitolo 8, sono presentate le prove che dimostravano che il riscaldamento climatico era effettivamente provocato dai gas serra. L’autore di quel lavoro era Ben Santer, climatologo e scienziato dalle credenziali impeccabili. Nonostante questo, un gruppo di fisici lo attaccò, scrivendo ai membri del Congresso americano, alle riviste scientifiche e al Department of Energy, chiedendo addirittura che fosse licenziato. L’accusa era quella di aver modificato il suo rapporto per “ingannare i politici e l’opinione pubblica”.

Santer aveva modificato il suo rapporto, è vero, ma non lo aveva fatto per ingannare qualcuno. Lo aveva fatto dopo che i suoi colleghi, scienziati come lui, avevano terminato la loro revisione e gli avevano mandato i loro commenti. Questa è la *peer review*. Gli autori di studi scientifici devono tener conto delle osservazioni e dei commenti dei revisori e devono correggere gli eventuali errori riscontrati. È l’etica di base del lavoro scientifico. Nessuna affermazione può essere considerata valida – neppure potenzialmente – sino a che non è passata attraverso la *peer review*. Santer aveva fatto esattamente questo. Era stato attaccato perché si era comportato da bravo scienziato.

Chi lo aveva attaccato non aveva mai proposto le sue cause e le sue conseguenze tesi alternative e non aveva mai contattato IPCC o i suoi scienziati per verificare i fatti contestati. Per ché gli accusatori di Santer non si preoccuparono di verificare come stavano effettivamente le cose? Perché hanno continuato a ripetere le loro accuse anche dopo che era emerso che erano infondate? La risposta è che ovviamente non erano interessati ai fatti. Erano interessati a combatterli.

E chi erano i protagonisti di buona parte degli attacchi? Due fisici in pensione, che abbiamo imparato a conoscere. Proprio loro, Frederick Seitz e Fred Singer. Le accuse contro Santer furono riprese poi da gruppi industriali, riviste, giornali finanziari, trasformandosi in un fango sempre più difficile da ripulire. Se cercate su internet “Santer IPCC” non sarete indirizzati al capitolo 8 scritto dal climatologo, tantomeno al rapporto IPCC del 1995, ma a una galassia di siti che riprendono le accuse lanciate in quegli stessi anni. Un meccanismo subdolo, volto a screditare teorie e persone, senza curarsi delle conseguenze.

Il nemico di oggi

Lo stesso meccanismo che sta continuando anche oggi, per cercare di creare una confusione generale, che è il vero obiettivo: i negazionisti non vogliono proporre una verità scientifica alternativa, che non esiste in nessun dato, ma dimostrare che il dibattito è ancora aperto e che la scienza non è unanime.

Proprio quando sono ormai anni che il consenso sulle riviste scientifiche, a proposito del ruolo forzante dell'uomo nel riscaldamento globale, è superiore al 97%. L'obiettivo è impedire ogni forma di regolamentazione del libero mercato, vista come figlia e madre di quel comunismo che i negazionisti ancestrali volevano combattere. Ideologia pura, in base alla quale si bollano paradossalmente come ideologici gli ambientalisti "verdi fuori e rossi dentro" (espressione non a caso coniata proprio negli Usa in quegli anni ruggenti).

Oggi il comunismo è scomparso, ma il nemico è diventato l'ambientalismo: per questo si alimenta un vento oscurantista che tende a ridurre tutto a opinione sulla quale è possibile discettare. E perché devo fare sacrifici o redistribuire ricchezza ai Paesi poveri, quando gli scienziati non sono nemmeno d'accordo fra loro?

La massimizzazione dei profitti, scaricando costi sociali e ambientali, e il mercato senza regole, questa la vera religione, altro che quella di Greta o di Ultima Generazione. E non è un caso che si riscontri un vero livore contro questi ragazzi, alimentato da un'ipocrisia indecente, additando loro come nemici e alzando una cortina fumogena attorno ai veri responsabili.

La crisi ambientale mette a nudo i limiti intrinseci del sistema economico capitalista che non riesce a trovare un rimedio nel libero mercato perché il capitale naturale non è infinito: se Marx avesse messo la questione ambientale al primo posto, le sue previsioni si sarebbero rivelate più azzeccate. (Per quanto: "Il comunismo come soppressione positiva della proprietà privata intesa come auto estraniamento dell'uomo e quindi come reale appropriazione dell'essenza dell'uomo mediante l'uomo e per l'uomo; perciò come ritorno dell'uomo per sé, dell'uomo come essere sociale, cioè umano, ritorno completo, fatto cosciente, maturato entro tutta la ricchezza dello svolgimento storico sino ad oggi. Questo comunismo s'identifica, in quanto umanismo giunto al proprio compimento, col naturalismo; è la vera risoluzione dell'antagonismo tra la natura e l'uomo, tra l'uomo e l'uomo, la vera risoluzione della contesa tra l'esistenza e l'essenza, tra l'oggettivazione e l'autoaffermazione, tra la libertà e la necessità, tra l'individuo e la specie. È la soluzione dell'enigma della storia, ed è consapevole di essere questa soluzione", Karl Marx - Manoscritti economico filosofici). Il banchetto è finito, è arrivato il conto e non serve a nulla ignorare il cameriere o additare lui come responsabile del prezzo salato.

https://www.repubblica.it/green-and-blue/dossier/negazionisti-climatici/2024/10/07/news/mario_tozzi_com_e_nato_il_negazionismo-423532961/?ref=RHLF-BG-P12-S3-T1

la Repubblica

Il metodo Lomborg, usare dati corretti per raccontare balle sul riscaldamento globale

Luca Fraioli

Per Enrico Giovannini il metodo di trovare modi per ritardare le risposte da dare al cambiamento climatico è più pericoloso di chi dice che la crisi del clima non esiste: "Ha molta più presa in ambienti economici e politici"

Quello più utilizzato dal nuovo negazionismo climatico è il "metodo Lomborg": una gran messe di dati, ma isolati dal contesto e selezionati in modo da raccontare una verità completamente diversa da quella certificata dalle principali agenzie scientifiche mondiali: dalla statunitense National Oceanic and Atmospheric

Administration al programma europeo Copernicus, dall'Accademia Cinese delle Scienze di Pechino al Potsdam Institute for Climate Impact Research. Il saggista danese Bjørn Lomborg divenne straordinariamente popolare nel 2001 con il suo libro "L'ambientalista scettico", un volume zeppo di dati e grafici che cercava di contraddire l'allarme di scienziati e ambientalisti (quelli veri). Divenne l'emblema di un negazionismo climatico "alto", colto, documentato, che non parlava per sentito dire ma citando numeri e riviste scientifiche blasonate.

A distanza di oltre venti anni, il negazionismo sembrava condannato all'oblio, vista la mole di prove scientifiche del riscaldamento in atto. Invece ha solo cambiato pelle. Con un facile gioco di parole in inglese, è passato dal *deny* al *delay*, dal negare al ritardare (le misure necessarie). E lo fa con apparente scientificità, elencando dati e studi che presi singolarmente sono difficilmente contestabili. Ma che appunto descrivono una verità molto parziale e non danno conto dello scenario generale.

"I dati che si forniscono devono essere giusti, ma la vera difficoltà è che la discussione sia contestualizzata", avverte Enrico Giovannini, economista, direttore scientifico della Alleanza Italiana per lo Sviluppo Sostenibile (ASviS), con un passato da Capo del dipartimento di statistica all'Ocse e presidente dell'Istat.

Sull'analfabetismo statistico (diffuso non solo in Italia) si è già molto discusso durante la pandemia da Covid, quando un decesso collegato alle vaccinazioni era sufficiente a oscurare i dati sui milioni di vite salvate. Lo stesso meccanismo si attiva con il nuovo negazionismo climatico. E allora come si fa a distinguere tra i dati buoni e quelli parziali o manipolati? "Occorre guardare le fonti", risponde Giovannini.

"Nei media ci vorrebbe uno statistics editor, un giornalista che però abbia anche le competenze per controllare la veridicità dei dati prima della loro pubblicazione in un articolo».

Ma la fonte può essere autorevole e il dato corretto, eppure chi lo utilizza ne distorce il senso. I Comitati danesi sulla disonestà scientifica presero in esame il bestseller di Lomborg e conclusero che «non si poteva dimostrare che l'autore fosse stato deliberatamente disonesto dal punto di vista scientifico, sebbene avesse infranto le regole della pratica scientifica interpretando i risultati al di là delle conclusioni degli autori da lui citati».

Un recente esempio italiano è l'articolo firmato da Jacopo Giliberto e Chicco Testa, pubblicato su Il Foglio il 2 settembre scorso e dal titolo "L'ambiente non è un'opinione. Fatti e numeri contro le fake news verdi". In casi come questo uno statistics editor può poco, perché i dati presi singolarmente sono corretti, mentre è la loro interpretazione a essere fuorviante.

E allora? "Faccio un esempio tratto proprio dall'articolo di Giliberto e Testa", argomenta Giovannini. "Loro scrivono che la qualità dell'aria in Italia è migliorata.

Ovviamente sì, anche perché proprio le politiche ambientaliste hanno spinto le città europee ad adottare misure per migliorare la qualità dell'aria. A un certo punto gli autori però citano i dati raccolti da una centralina di Milano nel mese di agosto, quando cioè la città è pressoché deserta.

Qualsiasi lettore direbbe: 'così non vale'. C'è poi il contesto generale che viene ignorato. In Europa ci sono 253mila morti premature all'anno per malattie legate all'inquinamento, di cui 47mila in Italia.

A fronte di questo, si prospetta la perdita di 60mila posti di lavoro per il passaggio alle auto elettriche e lo stop del 2035 alle auto a combustione. Ma se si considerano i morti dovuti solo all'inquinamento da trasporto (circa un terzo del totale) da qui al 2035 si arriva a quasi 200mila morti.

Quindi sul piatto della bilancia ci sono da una parte 60mila posti di lavoro in meno, dall'altra 200mila morti. Come si fa a bilanciare queste due esigenze? Se ci si focalizza sulla sola perdita di posti di lavoro si è tentati di prendere una decisione. Ma se si contempla l'ipotesi che quei disoccupati possano trovare un lavoro diverso e che si possano salvare 200mila vite, beh la discussione cambia radicalmente».

Insomma, "fatti e numeri" da soli non bastano a costruire uno scenario veritiero. Occorre analizzare come sono stati selezionati. Oltre alla manipolazione statistica, il nuovo negazionismo climatico si presenta in altre forme, anche in Italia. C'è per esempio un negazionismo "indiretto": anziché contestare la verità scientifica, si attaccano, o si sabotano, i provvedimenti politici che ne sono in qualche modo la conseguenza.

È il caso dell'assalto al Green Deal europeo, che in Italia ha per protagonisti il governo ma anche associazioni di categoria come Confindustria o Coldiretti.

O il considerare carta straccia gli impegni internazionali che pure l'Italia ha sottoscritto: il recentissimo Patto sul Futuro voluto dall'Onu e che sottolinea l'urgenza di agire contro la crisi climatica, il documento finale di Cop28 che impegna ad abbandonare i combustibili fossili, l'intesa al G7 a guida italiana che invita a non investire più denaro pubblico in gasdotti. E che dire delle alluvioni sempre più frequenti "declassate" a

dissesto idrogeologico, come fossero emergenze puntali scollegate tra loro? Uno stratagemma lessicale per 'negare' l'urgenza della crisi climatica.

"Il vecchio negazionismo semplicemente diceva: 'Il cambiamento climatico non esiste'. Oppure: 'Se esiste non colpa delle attività umane', in barba a tutte le evidenze scientifiche", conferma Giovannini.

"Il nuovo negazionismo invece dice: 'D'accordo, il clima cambia, però non sappiamo esattamente qual è la componente umana, perciò non esageriamo con l'autoflagellazione. E comunque dobbiamo essere pragmatici e non rischiare di rompere il giocattolo dell'economia in nome di una urgenza che poi non sappiamo se è davvero così urgente'. E questa nuova versione è molto più difficile da combattere, perché ha a che fare con una valutazione dell'urgenza, della coerenza o delle contraddizioni tra le diverse dimensioni della sostenibilità. Da questo punto di vista, ha molto più presa in ambienti economici e politici rispetto al vecchio negazionismo".

Naturalmente il veicolo principale è il web. A inizio anno, il Centre for Countering Digital Hate (Ccdh) ha diffuso un rapporto sul negazionismo climatico in rete. La nuova formulazione, che "cerca di indebolire le soluzioni per mitigare la crisi climatica e ritardare l'azione politica", costituisce il 70% di tutte le affermazioni di negazionismo climatico fatte su YouTube, rispetto al 35% di sei anni fa.

Le affermazioni negazioniste che circolano in rete si possono raggruppare in tre macrocategorie: gli impatti climatici non sono negativi, le soluzioni climatiche non funzioneranno (la più gettonata online), il movimento per il clima e la scienza del clima non sono affidabili.

Tra l'altro, fa notare il Ccdh, la piattaforma video controllata da Google guadagna oltre 13 milioni di dollari veicolando contenuti di questo tipo. Ma i veri interessi che alimentano il nuovo negazionismo sono altri e con volumi di denaro in gioco ben più alti. "La transizione ecologica sconvolge la distribuzione dei poteri economici", spiega Giovannini.

"Chi produce energie fossili e sa che certi suoi impianti andranno chiusi entro una certa data, combatte, - qualcuno direbbe - per il suo posto di lavoro. Ma si tratta di imprese che hanno un potere economico e mediatico molto forte: è un dato di fatto che molte di esse abbiano finanziato campagne negazioniste".

Lo ha ribadito in una recente intervista l'ex vicepresidente Usa Al Gore, da anni impegnato contro il *global warming*: "La crisi climatica è una crisi dei combustibili fossili, e l'industria dei combustibili fossili è l'industria più ricca e potente nella storia del mondo. Ha dimostrato di essere molto più brava a catturare i politici che a catturare le emissioni".

Ed è qui che il deny diventa funzionale al delay: si parla ormai di 'ritardo climatico', guidato dall'industria dei combustibili fossili e dai politici a essa collegati. Julia Steinberger, professoressa di Economia ecologica all'Università di Losanna, ha identificato quattro tattiche principali.

La prima consiste nel "reindirizzare la responsabilità": si sposta la colpa dai governi e dalle industrie inquinanti ai singoli individui. C'è poi l'enfasi su "soluzioni non trasformative", in particolare tecnologie come la cattura o lo stoccaggio del carbonio, la cui efficacia su larga scala non è ancora stata dimostrata.

E ancora: ci si concentra sugli aspetti negativi dell'azione per il clima. Per esempio: "abbandonare i combustibili fossili renderà le persone più fredde e povere", ignorando però gli impatti devastanti che ciò avrebbe se non lo si facesse. Infine, la "resa al pessimismo": viene fatto passare come "adattamento al cambiamento climatico" o "accettazione dell'inevitabile", ma fa il gioco dei responsabili del cambiamento climatico, mentre le comunità più colpite sono lasciate a cavarsela da sole. «Rinviare certe scelte costa di più. E questo i nuovi negazionisti non lo dicono. Si concentrano sui costi a brevissimo termine mentre invece i costi di medio-lungo termine non vengono mai conteggiati», commenta Giovannini. "In un recente rapporto ASviS-Oxford Economics lo abbiamo definito 'Scenario Pooh', dal titolo della loro canzone 'Ci penserò domani'.

E cioè: siamo d'accordo con gli obiettivi di decarbonizzazione, ma non iniziamo oggi, pensiamoci dal 2030. Questo scenario è appunto più costoso perché alla fine si dovranno imporre delle forme di carbon tax: e più tardi le si mette in campo più dovranno essere alte queste tasse, perché si raggiungano emissioni nette zero nel 2050. Ma il punto cruciale del modello di Oxford Economics è che, poiché le imprese non possono stare ferme nei prossimi 5 anni, se non investono nella direzione della transizione ecologica e quindi scelgono tecnologie sbagliate poi dovranno smantellare gli impianti che avranno fatto. E questo aumenterà i costi riducendo il PIL potenziale".

A questo punto la domanda è: quanti ci cascano? Quanti proseliti fa il nuovo negazionismo? Secondo una indagine appena pubblicata su *Nature*, il 14,8% degli americani non crede nel cambiamento climatico. Il negazionismo è più alto negli Stati centrali e meridionali.

L'affiliazione politica ha la correlazione più forte, seguita dal livello di istruzione, dai tassi di vaccinazione COVID-19, dal ruolo dei combustibili fossili nell'economia locale e dal reddito. In Gran Bretagna si dice "non preoccupato" per il cambiamento climatico il 4% della popolazione.

Mentre nella Ue "non rappresenta un problema grave" per il 7% degli intervistati.

"Il successo di certe campagne dipende dalle ricettività di chi ne è il bersaglio", commenta Giovannini. "E l'Italia è particolarmente vulnerabile, perché, come dimostrano i dati Ocse del rapporto PIAC, relativo alle competenze degli adulti, da noi il 30% della popolazione è al livello più basso (1 su 5): quel 30% sostanzialmente non è capace di comprendere un breve testo o di fare operazioni aritmetiche semplici.

Negli altri Paesi Ocse la popolazione in queste condizioni è il 5%. C'è dunque uno spazio straordinario, basato sull'analfabetismo di ritorno di un pezzo importante della popolazione italiana, su cui è più facile che attecchiscano affermazioni presentate come vere, anche se non dimostrate".

Il possibile rimedio?

"Occorre fare tanta cultura, nelle scuole nelle università e tra gli adulti. Perché le resistenze maggiori si trovano tra i maschi ultracinquantenni. Noi economisti - conclude Giovannini - siamo stati così bravi a insegnare una economia che aveva come unico goal la massimizzazione dei profitti, che ora è molto dura far accettare l'idea che quel modello, che pure ha dato risultati straordinari, sia in crisi. Come ha detto l'economista britannico Sir Nicholas Stern (autore del Rapporto Stern sui cambiamenti climatici e vicepresidente della Banca Mondiale dal 2000 al 2003, ndr) la crisi climatica è il più grande fallimento del mercato nella storia dell'umanità". Ma c'è, di sicuro, chi è pronto a negarlo.

https://www.repubblica.it/green-and-blue/dossier/negazionisti-climatici/2024/10/02/news/riscaldamento_globale_dati_enrico_giovannini-423531146/?ref=RHLF-BG-P12-S2-T1

Sanità pubblica e privata

 **EPIDEMIOLOGIA & PREVENZIONE**
RIVISTA DELL'ASSOCIAZIONE ITALIANA DI EPIDEMIOLOGIA

Autonomia in sanità: cooperativa sì, differenziata no!

Cesare Cislighi

Sono convinto che negli Stati moderni di oggi, così complessi e omni-invasivi, non può reggere un rigido centralismo ma è indispensabile che ci siano delle forme adeguate di autonomie nelle articolazioni locali dello Stato. Ma quali forme di autonomia? Autonomie collaborative che rafforzino l'unità del paese o autonomie disgreganti che invece portano alla devoluzione?

La legge ormai ahimè vigente sull'Autonomia differenziata sta innescando molto dibattito nel paese oltre ad una richiesta di referendum per ottenerne l'abrogazione. Per evitare subito equivoci al lettore dico subito che spero che il referendum riesca ad ottenere ciò che i richiedenti auspicano, ma altrettanto non posso negare

di temere che un flop per mancanza di quorum potrebbe malauguratamente rafforzare ancor di più una ancor peggiore applicazione di questa negativa normativa.

Ma prescindendo da tutto quanto sta succedendo, credo che si dovrebbe innanzitutto discutere se in uno stato moderno per alcuni settori sia maggiormente funzionale una autonomia correttamente definita ovvero la soluzione non debba essere che quella del centralismo. Insomma ... il problema è l'antinomia tra autonomia o centralismo o la revisione del disegno delle modalità dell'autonomia?

L'aggettivazione di "differenziata" già fa temere una rottura dell'uguaglianza tra cittadini di diverse Regioni e non si può dimenticare che all'origine del dibattito che è stato avviato da Umberto Bossi e poi teorizzato da Gianfranco Miglio, mio professore di Storia delle Dottrine Politiche all'Università Cattolica di Milano, non si parlava di autonomia bensì di devoluzione, e lo slogan era l'auspicio della separazione da "Roma ladrona".

Ma sembra che oggi i tempi siano cambiati e non si voglia più la devoluzione ma solo un maggior livello di autonomia rispetto a quello di cui già ora la Regioni dispongono. E il timore maggiore è che non si vogliano più distribuire equamente le risorse economiche su tutto il territorio bensì trattenerne almeno una quota dove vengono maggiormente raggranellate. Altro timore è anche che si inneschino molteplici dinamiche di competitività tra le Regioni a danno delle meno ricche e sviluppate.

Ma la soluzione oggi deve proprio essere quella di restaurare un rigido centralismo o invece sia auspicabile realizzare una autonomia che potremmo definire come autonomia cooperativa o anche autonomia unificante.

I punti inderogabili per una autonomia accettabile sono almeno tre:

1. il mantenimento di un forte livello centrale di regia capace di intervenire dove dovessero crearsi situazioni conflittuali,
2. la reale distribuzione equa delle risorse pubbliche tra tutte le Regioni in proporzione ai loro veri e reali bisogni,
3. l'assenza di meccanismi competitivi che creino conflitti o divieti reciproci. Se un progetto di autonomia rispetta questi tre punti, allora se ne può discutere con maggior serenità.

Quali prerogative devono quindi essere assolutamente conservate per lo Stato centrale anche se vengono attivate delle autonomie?

Innanzitutto, la definizione dei diritti dei cittadini, poi la competenza a definire i criteri di ripartizione delle risorse finanziarie, ancora il rispetto della normativa per evitare le difficoltà di collaborazione tra enti locali, ed infine il compito di valutare le performance degli enti che godono di autonomia con capacità di interventi correttivi.

Si dice che ogni tipo di autonomia porti alla disgregazione dello stato centrale, ma ad esempio la notevole autonomia assegnata da decenni all'Alto Adige ha portato questa Regione ad essere più unita o più separata dall'unità nazionale?

In un regime impostato con modalità centraliste, ogni disposizione deve partire dal centro e i fautori di questa soluzione ritengono che questo garantisca che tutte le attività risultino al meglio dell'omogeneità e quindi anche l'equità dei provvedimenti. Ma questo accade veramente nel nostro paese dove vige, o un tempo vigeva, una impostazione centralista? Peraltro, si rilegga la 833, legge di istituzione del SSN, che non da certo una impostazione centralista ma assegna forti autonomie non solo alle Regioni ma anche alle Unità Sanitarie Locali previste di poche decine di migliaia di abitanti.

Ma cosa determina la probabilità che ad una disposizione si ottemperi ovunque similmente?

Innanzitutto, la distanza tra chi dà la disposizione e chi invece deve eseguirla, distanza in termini di passaggi gerarchici. Meno passaggi lontani ci sono e più è probabile che i risultati ripetano i contenuti e lo spirito delle disposizioni. Poi l'autorevolezza di chi dà la disposizione, e questo potrebbe favorire il centralismo ma solo se vi fosse un reale riconoscimento dell'autorità da parte di chi deve ottemperare. Ed infine, naturalmente, la

coerenza della disposizione con la situazione cui è diretta. Ciò significa che possibilmente le disposizioni devono provenire da una autorità accettata e riconosciuta dai soggetti che la ricevono.

Cosa determina poi l'appropriatezza di una disposizione?

Soprattutto la conoscenza specifica della realtà cui si riferisce, poi la scelta delle autorità delegate a comunicarle ai destinatari ed il rispetto della normativa del sistema di appartenenza ed infine le qualità tecniche e giuridiche dei contenuti della disposizione.

L'autonomia, a livello periferico, in clinica è molto elevata. Non è certo un comportamento positivo applicare in modi acritici un determinato schema terapeutico; Il clinico riconosce che ogni caso è diverso dall'altro e quindi sa che deve autonomamente scegliere la terapia più adeguata. In ogni territorio ci sono molte variabili diverse dagli altri e quindi sarebbe del tutto improprio pensare che le modalità di erogazione dei servizi sanitari siano totalmente uguali.

Certo i rischi dell'autonomia sono parecchi e innanzitutto le diverse capacità locali di assumere le scelte migliori, più efficienti e più efficaci. È quindi essenziale che al centro ci sia una capace attività di valutazione con dei poteri di intervento e di limitazione, quando occorre, dell'autonomia. E questo potere di controllo deve essere un potere il più possibile democratico e quindi, anche se assegnato all'esecutivo, deve essere tutelato e controllato dal parlamento.

Ci sono tante opinioni, in tema di autonomia, ma tra le tante segnalo questo intervento: Franco Bassanini , [Centralismo o autonomia?](#) , Intervento del 30 gennaio 2024 a "Segnavie" della Fondazione Casse di Risparmio di Padova e Rovigo.

Ritengo quindi che sia opportuno sostenere il referendum abrogativo di questa legge mal disegnata di autonomia differenziata, ma occorre anche dire se auspichiamo che la soluzione futura sia quella di restaurare un rigido centralismo o di realizzare una autonomia cooperativa. **Insomma, autonomia sì, differenziata no!**

[Autonomia in sanità: cooperativa sì, differenziata no! | Epidemiologia&Prevenzione \(epiprev.it\)](#)



Disturbi dell'alimentazione: 132 i centri di cura e 48 le associazioni che offrono servizi e supporto

Sono 180 le strutture sul territorio nazionale, tra centri di cura e associazioni, che si occupano di disturbi della nutrizione e dell'alimentazione (Dna). La Regione che registra il maggior numero di servizi dedicati è l'Emilia Romagna (23, di cui 10 centri Ssn, 4 afferenti al privato accreditato, 9 associazioni), seguita dal Piemonte (20, di cui 12 centri Ssn, 4 del privato accreditato e 4 associazioni).

Questi i dati che emergono dalla mappatura aggiornata disponibile

piattaformadisturbialimentari.iss.it dell'Istituto Superiore di Sanità, presentata al convegno

"La Mappatura territoriale dei centri dedicati ai Disturbi della Nutrizione e dell'Alimentazione: le associazioni e i servizi di cura" che si è tenuto oggi all'Istituto, organizzato dal Centro Nazionale Dipendenze e Doping (CnDD). Il lavoro, coordinato dal CnDD, è stato realizzato con il supporto tecnico e finanziario del Ministero della Salute-CCM.

"I disturbi della nutrizione e dell'alimentazione - evidenzia il presidente dell'Istituto Superiore di Sanità, Rocco Bellantone - sono caratterizzati da un alto tasso di cronicità, mortalità e recidiva. L'esperienza maturata dai professionisti del settore evidenzia l'importanza di un intervento integrato e precoce, per evitare che il disturbo diventi cronico con il rischio di danni permanenti che, nei casi più gravi, possono portare alla morte. La possibilità di rafforzare la collaborazione tra le diverse strutture dedicate risponde a queste esigenze e offre

uno strumento pratico per orientarsi sul territorio, uno strumento utile a favorire l'incontro tra la domanda dei cittadini e l'offerta territoriale”.

Centotrentadue centri e 48 associazioni

Al 30 settembre 2024 la mappatura conta 180 strutture sul territorio nazionale: 132 centri di cura (105 appartenenti al servizio sanitario nazionale, 27 al sistema del privato accreditato) e 48 associazioni, che vengono 'censite' per la prima volta. I centri di cura sono 63 al Nord, 45 al Sud e Isole e 24 al Centro Italia.

La maggior parte è strutturata per prendere in carico utenti dai 13 ai 45 anni. Ma una quota del 18% afferma di poter prendere in carico bambini di sei anni o meno e il 51% la fascia tra 7 e 12 anni. Il 78% anche persone con età superiore ai 45 anni. Rispetto alla modalità di accesso, nel 49% dei servizi è necessaria la prenotazione al Cup o la richiesta Ssn ma nel 33% dei casi la modalità di accesso ai centri è libera e senza impegnativa.

Complessivamente tra gli specialisti che lavorano nelle équipes vi sono prevalentemente psicologi, medici specialisti in psichiatria o neuropsichiatria infantile, dietisti e infermieri. Meno della metà, il 42% dei centri, afferma di avere posti letto dedicati esclusivamente ai DNA, con percentuali variabili per ricovero di tipo psichiatrico o internistico, sia per minori sia per adulti.

Le associazioni mappate per la prima volta, preziose per la prevenzione, l'ascolto e la condivisione

Per quanto riguarda la distribuzione regionale delle associazioni registrate in piattaforma, vi è un divario tra il Nord che ne conta 30, il Centro che ne conta 10 e il Sud che ne conta 8. Le associazioni sono composte da familiari di persone con Dna per il 92%, da cittadini volontari per il 71% e da volontari professionisti per il 56%; in oltre la metà dei casi i volontari sono appositamente formati sulla tematica. Partecipano all'attività delle associazioni, nel 31% dei casi, anche le persone con disturbi della nutrizione e dell'alimentazione. In cima ai servizi erogati dalle associazioni vi sono interventi di prevenzione e promozione della salute, seguiti dai gruppi di auto mutuo aiuto per familiari e dalle attività formative. Nel 63% dei casi è disponibile uno sportello d'ascolto, nel 13% dei casi viene fornita assistenza anche con un telefono verde e nel 6% viene offerta attività domiciliare. Tra i destinatari dei servizi erogati i familiari e le persone con disturbi della nutrizione e dell'alimentazione. Nel 79% dei casi le associazioni collaborano con i centri afferenti all'Ssn.

“Il monitoraggio capillare effettuato sui servizi sul territorio dedicati ai disturbi della nutrizione e dell'alimentazione – sottolinea **Simona Pichini**, direttore facente funzione del Centro nazionale Dipendenze e Doping- è un servizio che ci consente di aiutare in modo concreto e di essere vicini a coloro che hanno disturbi della nutrizione e dell'alimentazione e alle loro famiglie. Il nostro obiettivo è che con l'aggiornamento della piattaforma, che è costante, i cittadini trovino risposte ai loro quesiti in momenti nei quali essere tempestivi nella presa in carico può fare realmente la differenza”.

“La mappatura dei servizi dedicati ai DNA di cui oggi abbiamo presentato l'aggiornamento consente di offrire al cittadino una panoramica a 360° delle risorse presenti sul territorio - rileva **Luisa Mastrobattista**, primo ricercatore del Centro Nazionale Dipendenze e Doping dell'Iss – e per questo diamo la possibilità ai servizi censiti di inserire e aggiornare le informazioni in qualunque momento. Il censimento delle associazioni che si occupano di DNA, realizzato per la prima volta in questa mappatura, offre ai cittadini un ulteriore tassello di conoscenza che può risultare fondamentale per una presa in carico tempestiva; l'orientamento sul territorio verso i servizi di cura pubblici e del privato accreditato delle persone affette da DNA e dei loro familiari, infatti, passa anche dalle associazioni che possono offrire un supporto prezioso”.

<https://www.sanita24.ilsole24ore.com/art/dal-governo/2024-10-14/disturbi-dell-alimentazione-132-centri-cura-e-48-associazioni-che-offrono-servizi-e-supporto-132127.php?uuid=AGFaoHY&cmpid=nlqf>

Biologia diretta

Caratterizzazione del farmaco gemello benzimidazolo simmetrico TL1228: il ruolo di inibitore dell'ingresso virale per combattere il COVID-19

[Michela Murdocca](#) , [Osvaldo Andrade Santos-Filho](#) , [Claudia De Masi](#) , [Edivaldo dos Santos Rodrigues](#) , [Claudia Valeria Campos de Souza](#) , [Riccardo De Santis](#) , [Donatella Amatore](#) , [Andrea Latini](#) , [Rossella Schipani](#) , [Lino di Rienzo Businco](#) , [Bruno Brandimarte](#) , [Giorgia Grilli](#) , [Tien L Huang](#) , [Annie S. Magonza](#) , [Floriglio Lista](#) , [Andrea Duranti](#) , [Federica Sangiuolo](#) , [Jean Jacques Vanden Eynde](#) & [Giuseppe Novelli](#)

Biologia diretta volume 19 , Numero articolo: 93 (2024)

Astratto

La sindrome respiratoria acuta grave coronavirus 2 (SARS-CoV-2) è indubbiamente una delle più grandi pandemie che il mondo abbia sofferto negli ultimi anni. Nella ricerca di antivirali non biologici, è stata posta particolare enfasi sul riutilizzo dei farmaci per accelerare l'implementazione clinica di farmaci efficaci.

Il ciclo di vita del virus è stato ampiamente studiato e sono stati identificati molti target umani, come lo chaperone molecolare GRP78, che rappresenta un fattore ausiliario dell'ospite per l'ingresso di SARS-CoV-2. Qui riportiamo la capacità inibitoria di TL1228, una piccola molecola scoperta tramite un approccio di screening *in silico* , che potrebbe interferire con l'interazione di SARS-CoV-2 e le sue cellule target, bloccando il riconoscimento del recettore cellulare GRP78 da parte della proteina virale Spike. TL1228 ha mostrato *in vitro* la capacità di ridurre significativamente sia l'attività pseudovirale che quella virale autentica anche attraverso la riduzione dei livelli di trascrizione GRP78/ACE2. È importante notare che TL1228 agisce nella modulazione dei livelli di espressione dell'immunità innata e come marcatori dell'infiammazione.

Sfondo

La pandemia globale di COVID-19 determinata dalla sindrome respiratoria acuta grave coronavirus 2 (SARS-CoV-2) ha indubbiamente sollevato una grave emergenza di sanità pubblica in tutto il mondo [[1](#)]. Il genoma SARS-CoV-2 è caratterizzato da un'elevata variabilità genetica che consente una rapida crescita virale a causa di una maggiore probabilità di reinfezione e di una ridotta efficacia della vaccinazione [[2](#) , [3](#)]. Ciò si traduce in una difficile eradicazione virale, cambiamenti nella virulenza e patogenicità e trasmissioni interspecie. Inoltre, negli ultimi tre anni si sono diffuse a livello globale molteplici varianti di SARS-CoV-2 [[3](#) , [4](#)]. Ad oggi, i nuovi lignaggi Omicron emergenti stanno emergendo molto rapidamente [[5](#) , [6](#)]. Questi fattori rendono ancora cruciale lo studio e il lavoro per la prevenzione dell'infezione da COVID-19 [[3](#) , [4](#) , [7](#) , [8](#) , [9](#)].

Ci sono ancora molte incertezze sul futuro di questa infezione e su cosa aspettarsi in termini di nuovi farmaci contro il COVID-19 [[5](#) , [10](#) , [11](#) , [12](#) , [13](#)]. La profonda comprensione della propagazione del virus è fondamentale per spiegare la successiva trasmissione delle varianti di SARS-CoV-2 e l'evoluzione del virus [[4](#) , [14](#)], ma anche per trovare nuovi obiettivi per lo sviluppo di strategie terapeutiche che possano anche evitare di bypassare la protezione vaccinale [[15](#) , [16](#) , [17](#)].

Il processo di attacco del virus alle cellule ospiti e il suo ingresso sono stati studiati a fondo, poiché bloccare l'infezione a monte potrebbe impedire la fase di crescita esponenziale del virus. Infatti, il meccanismo molecolare alla base dell'ingresso del SARS-CoV-2 nelle cellule ospiti ha dimostrato l'interazione tra la proteina virale SARS-CoV-2 Spike protein (SARS-2-S) e il suo bersaglio enzima di conversione dell'angiotensina 2 (ACE2), seguita dalla fusione virus-membrana cellulare [[18](#)].

Tuttavia, un'infezione produttiva richiede altri fattori, come la scissione della proteina S, che le consente di legare il suo bersaglio, elaborato da una proteasi transmembrana di superficie cellulare, ovvero la serina 2

(TMPRSS2), un membro della famiglia delle proteasi seriniche transmembrana di tipo II. Nelle cellule epiteliali polmonari umane coltivate, un aumento dell'espressione di TMPRSS2 potenzia l'infezione da SARS-CoV-2, mentre l'inibizione dell'espressione o dell'attività di TMPRSS2 blocca l'ingresso virale [19]. È stato dimostrato che TMPRSS2 è cruciale per la diffusione di SARS-CoV-2 e lo sviluppo della malattia in vivo poiché il suo knockout ha ridotto la diffusione e l'intensità della patologia polmonare in un modello murino. Alla luce di ciò, prendere di mira questa proteasi potrebbe essere una strategia efficace contro la malattia da Covid-19 [20]. Sebbene l'interazione ACE-Spike sia stata riconosciuta come il meccanismo primario per l'ingresso di SARS-CoV-2 nella cellula ospite, sono stati studiati altri meccanismi di ingresso sul coinvolgimento di ulteriori bersagli esistenti nella cellula ospite, come GRP78, una proteina regolata dal glucosio da 78 kilo-Dalton [15]. Infatti, GRP78 potrebbe promuovere l'ingresso del virus attraverso l'interazione con il dominio di legame del recettore RBD espresso da SARS-CoV-2 o potrebbe rappresentare un bersaglio alternativo nella promozione dell'infezione [21]. Inoltre, è dotato di un presunto sito di interazione con il dominio di legame del recettore di SARS-CoV-2, aumentando la possibilità di facilitare l'ingresso del virus o di fungere da bersaglio alternativo [15]. GRP78 è il principale membro della famiglia HS70, supportando importanti funzioni di ripiegamento proteico. Contiene un dominio di legame al substrato che risulta essere critico per la formazione del complesso proteico con SARS-2-S e ACE2 sulla superficie e sulla regione perinucleare tipica del reticolo endoplasmatico nelle cellule VeroE6-ACE2 [15]. È interessante notare che Carlos e coll. [15] hanno dimostrato che il targeting di GRP78 con anticorpo monoclonale ha ridotto sia il numero di cellule che esprimono la forma di superficie cellulare di ACE2 (csACE2) sia il livello di csACE2 [15].

Dopo il legame della proteina S al suo recettore, la fusione dell'involucro virale con la membrana della cellula ospite consente il rilascio del genoma virale nel citoplasma, con conseguente traduzione in una grande catena polipeptidica (PP). Questa catena PP viene scissa autoproteoliticamente da due proteasi virali come le proteasi simili alla papaina (PLpro) e la proteasi simile alla 3-chiomotripsina (3CLpro). Poiché la funzione della 3CLpro è cruciale per la replicazione virale, inibire la sua attività potrebbe essere una strategia efficace per bloccare la propagazione del virus, diventando un bersaglio farmacologico attraente [22 , 23].

In seguito all'interazione del virus con le cellule ospiti, i recettori di riconoscimento dei pattern (PRR) coinvolgono il virus e attivano l'immunità innata [24]. Bloccando la propagazione del virus si eviterebbe l'iperinfiammazione tipica del COVID-19, dovuta all'elevata produzione di citochine proinfiammatorie, come l'interferone (IFN), l'interleuchina 6 (IL-6), il fattore di necrosi tumorale α (TNF- α) e il ligando 10 della chemioquina del motivo CXC (CXCL10) [24].

I farmaci gemelli sono molecole realizzate collegando due gruppi farmacoforici attraverso legami covalenti. Nel caso di unità identiche, la strategia di progettazione prevede la duplicazione e, come per i composti realizzati con entità diverse, l'obiettivo è quello di avere un farmaco con caratteristiche migliori di quelle delle molecole iniziali in relazione alle proprietà farmacocinetiche e farmacodinamiche [25 , 26].

Le diamidine, e più specificatamente le bis-benzamidine, costituiscono un gruppo di farmaci gemelli che esibiscono proprietà antimicotiche e antiparassitarie ben riconosciute. Alcuni esempi sviluppati commercialmente includono Berenil™ (diminazene), Brolene™ (propamidina) e Pentacarinat™ (pentamidina). È noto che questi farmaci raggiungono i loro obiettivi legandosi saldamente al solco minore del DNA del nucleo o dei mitocondri dei microrganismi. L'affinità più forte è stata osservata per i siti AT-Rich, creando complessi che inibiscono gli enzimi dipendenti dal DNA. Mentre quella modalità di azione è stata ampiamente sfruttata per decenni [27], tali diamidine sono ora considerate per la loro attività su altri bersagli biomolecolari come canali ionici, enzimi e interazioni specifiche RNA-proteina, DNA-proteina e proteina-proteina [28]. Nonostante questi successi, l'elevata basicità dei gruppi amidinici rimane uno svantaggio inevitabile, indicato come responsabile della scarsa biodisponibilità orale e degli effetti collaterali, tra cui complicazioni pancreatiche, cardiotossicità e ipotensione.

In studi precedenti, abbiamo ragionato sul fatto che l'incorporazione delle funzioni amidiniche in uno scheletro ciclico coniugato sarebbe emersa come una modifica strutturale che migliorava la biodisponibilità e meritava attenzione. A tale scopo, abbiamo focalizzato la nostra attenzione sul sistema benzimidazolo e progettato una piccola libreria di bis-benzimidazoli collegati da catene di alchil diossio [29].

Sebbene i benzimidazoli siano essenzialmente commercializzati per le loro attività antimicrobiche, ci sono diversi risultati promettenti riguardanti la loro efficacia contro i virus che colpiscono l'apparato respiratorio. Sulla base delle prove sperimentali [29 , 30 , 31 , 32 , 33], abbiamo eseguito una simulazione di docking su

quei bis-benzimidazoli come agenti leganti una proteasi virale (3CLpro) e proteine ospiti (GRP78 e TMPRSS 2) e, sulla base di quei calcoli, è stato selezionato l'acido 2'-[4,4'-(2-idrossipropano-1,3-diil)-bis-(4-ossifenilene)-bis-1 H -benzimidazolo-5-carbossilico (TL1228), precedentemente segnalato tra i primi inibitori selettivi della diidrofolato reduttasi (DHFR) di tipo B1 [34], per valutarne la potenziale efficacia contro l'infezione da SARS-CoV-2.

In questo studio abbiamo dimostrato l'efficacia di TL1228 nel contrastare l'attività infettiva sia del pseudotipo che dell'autentico SARS-CoV-2.

Discussione

A pochi mesi dalla fine della pandemia, la comunità scientifica stava ancora imparando a conoscere l'infezione da COVID-19. Tuttavia, sono attualmente in corso sforzi per identificare nuovi bersagli terapeutici e la ricerca di molecole che possano essere efficaci contro l'infezione da COVID-19 è oggi molto attiva [7].

Fin dall'inizio della pandemia, l'urgente necessità di terapia ha reso il riutilizzo dei farmaci uno dei principali approcci utilizzati per combattere l'infezione [30 , 31]. Li e coll. hanno riassunto i progressi ottenuti con la scoperta di farmaci COVID-19, sulla base di studi preclinici e/o clinici condotti dall'inizio della pandemia, dimostrando che molti agenti ($n = 712$) hanno un'attività anti-SARS-CoV-2 [32]. La maggior parte di questi composti sono piccole molecole (53%), seguite da anticorpi (33%), inibitori peptidici (4%) e altri (come inibitori macromolecolari, terapie basate sull'RNA e terapie basate sulle cellule) [33]. La maggior parte degli agenti (> 90%) non ha progredito verso le sperimentazioni cliniche e nella maggior parte dei casi è ancora necessaria l'ottimizzazione del lead [54]. Recentemente sono stati pubblicati i risultati di uno studio di fase 2-3, in doppio cieco, randomizzato, controllato con placebo, che ha coinvolto Simnotrelvir, un inibitore orale 3CLpro [55]. I ricercatori hanno dimostrato che la sua somministrazione precoce ha ridotto il tempo di risoluzione dei sintomi nei pazienti adulti con COVID-19, senza evidenti problemi di sicurezza [55].

SARS-CoV-2, come altri virus a RNA, si adatta continuamente attraverso varianti casuali [5] che portano a importanti cambiamenti nell'infettività e nella virulenza e, soprattutto, migliorano la capacità del virus di eludere le risposte immunitarie adattative da precedenti infezioni o vaccinazioni. Ci sono prove che alcune varianti di SARS-CoV-2 hanno ridotto la suscettibilità al plasma di persone che erano state precedentemente infettate o immunizzate, così come a certi mAb anti-SARS-CoV-2 [56 , 57 , 58 , 59 , 60].

Le fasi iniziali dell'infezione virale rappresentano un bersaglio interessante per la terapia antivirale, poiché la loro inibizione può bloccare l'infezione prima della fase di crescita esponenziale del virus SARS-CoV-2 [57].

Nel caso dei coronavirus, la proteina Spike, svolge un ruolo cruciale nella mediazione dell'ingresso virale e rappresenta un bersaglio chiave per il riconoscimento da parte del sistema immunitario dell'ospite. Inoltre, Spike impiega ACE2 come recettore per l'ingresso virale, a seconda dell'attività della proteasi TMPRSS2. Tuttavia, GRP78 è un marcatore chiave dello stress ER cruciale sia per l'ingresso che per l'infettività di molti virus, incluso SARS-CoV-2, offrendo così nuove strade per i trattamenti antivirali. Carlos e coll. [15] hanno dimostrato che GRP78 è in grado di formare un complesso con la proteina Spike SARS-CoV-2 (S) e ACE2 sia sulla superficie che sulla regione perinucleare tipica del reticolo endoplasmatico nelle cellule VeroE6-ACE2. Il dominio di legame del substrato di GRP78 svolge un ruolo cruciale in questa interazione [58]. In particolare, GRP78 è stato implicato nell'ingresso e nella replicazione di vari virus, incluso Ebola. Pertanto, prendere di mira chaperoni ospiti ausiliari essenziali come GRP78, piuttosto che concentrarsi esclusivamente su singoli virus suscettibili alle mutazioni, potrebbe fornire un'ampia varietà di strategie antivirali con implicazioni cliniche significative oltre a SARS-CoV-2. Quando si verifica stress ER nelle infezioni virali, GRP78 è sovraespresso, si localizza sulla superficie delle cellule che si spostano da ER alla superficie cellulare e funziona come un recettore del virus [21 , 59 , 60]. Un recente studio di docking molecolare ha rivelato che la proteina spike del virus SARS-CoV-2 ha una stretta affinità di legame con la proteina GRP78, suggerendo che questa associazione potrebbe essere una potenziale strategia terapeutica per COVID-19.

Sulla base di simulazioni di docking molecolare e dinamica molecolare, siamo stati in grado di identificare TL1228 come un promettente successo molecolare tra diversi benzimidazoli precedentemente sintetizzati dal nostro gruppo. In questo contesto, le simulazioni di docking hanno funzionato come uno strumento per lo screening virtuale e la dinamica molecolare ha funzionato come uno strumento per indagare il profilo conformazionale, così come la termodinamica del legame ligando-proteine (calcoli di energia libera). Come descritto nei risultati sopra (Fig. 2 e 3), tutti i complessi ligando-proteina sono stati mantenuti

strutturalmente stabili durante le simulazioni temporali. Inoltre, sono state osservate interazioni tra TL1228 e residui proteici chiave, come la diade catalitica 3CLpro (His41, Cys145), la triade TMPRSS2 (His296, Asp345, Ser441), tra gli altri.

Per quanto riguarda i saggi biologici, il primo approccio è stato la valutazione della citotossicità di TL1228. I risultati sono stati in linea con l'analisi di determinazione dell'IC50 di cui sopra e ci hanno permesso di stabilire la concentrazione di cut-off da utilizzare per l'indagine della sua potenziale attività antivirale. L'ipotesi iniziale sulla strategia molecolare di questo promettente composto nell'esecuzione della sua funzione risiede nella buona affinità di legame alle proteine ospiti GRP78 e TMPRSS2, ma anche alla proteasi virale 3CLpro. Partendo da questo presupposto, abbiamo deciso di pretrattare le cellule con il composto prima dell'infezione, cercando di bloccare i recettori in grado di promuovere il legame della proteina S alla cellula ospite. Gli esperimenti condotti con TL1228 hanno mostrato un calo interessante e statisticamente significativo sia nelle cellule Vero E6 che Calu-3 infettate con tre diversi ceppi di Pseudovirus (BA4/5, BQ.1.1 e XBB.1.1). Successivamente, questi dati sono stati convalidati anche in cellule Vero E6 infettate con SARS-CoV-2 vivo e variante omicron Cerberus. Infatti, i risultati ottenuti hanno dimostrato una riduzione virale di circa il 51% nelle cellule infette trattate con TL1228, confermando così un possibile effetto del farmaco sui recettori cellulari. Poiché il composto aveva una buona affinità per la proteasi virale 3CL-pro, è stato studiato l'impatto del farmaco sul ciclo di vita virale. È interessante notare che il trattamento post-infezione delle cellule infette ha causato una diminuzione significativa (90%) del titolo virale rispetto a quello ottenuto nelle cellule infette non trattate, il che ci ha permesso di ipotizzare che il composto TL1228 possa influenzare l'attività di 3CL pro e/o altri passaggi del ciclo di replicazione del virus. 3CLpro è stato implicato nella scissione delle proteine di segnalazione immunitaria umana, indicando il suo potenziale di modulare le risposte immunitarie dell'ospite [61]. È interessante notare che abbiamo rilevato una significativa riduzione nei livelli di mRNA di IFN β e IFN λ 1, nonché di chemiochine e citochine proinfiammatorie, rispetto alle cellule infette non trattate.

Inoltre, poiché GRP78 semplifica l'ingresso del virus tramite ACE2 [15], abbiamo studiato se il trattamento con TL1228 influenza i livelli di espressione dei recettori dell'ospite dopo l'infezione, ma anche sui mediatori infiammatori. È interessante notare che è emersa una significativa riduzione dei livelli di trascrizione di ACE2, probabilmente correlata all'interazione di TL1228 con GRP78, che a sua volta torna ai livelli basali dopo il trattamento. C'è un'esigenza essenziale di efficacia terapeutica nel somministrare facilmente i farmaci nelle vie aeree. La somministrazione di composti tramite aerosol è un approccio importante per trattare condizioni patologiche che colpiscono principalmente i polmoni. La possibilità di somministrare piccole molecole che inibiscono l'ingresso del virus apre nuove possibilità per la prevenzione e il trattamento di agenti infettivi come SARS-CoV-2.

Pensando alla trasposizione del trattamento con TL1228 alla vita quotidiana in vivo, abbiamo eseguito gli esperimenti con un dispositivo in grado di consentire la nebulizzazione del composto. TL1228 si è rivelato efficace dopo la vaporizzazione in modo significativo, riducendo la percentuale di cellule infette come dimostrato con il saggio della Luciferasi. Questa potrebbe essere una grande opportunità per portare, tra le terapie anti-Covid, un trattamento non invasivo in grado di raggiungere le vie respiratorie e di facile utilizzo anche nei pazienti pediatrici, come misura preventiva contro la manifestazione della malattia COVID-19.

TL1228 apre la strada a potenziali approcci profilattici (ad esempio, spray nasale) o trattamenti combinati per l'infezione da SARS-CoV-2, sebbene siano necessarie ulteriori ricerche. Ha dimostrato una certa efficacia antivirale contro le varianti di Omicron, indicando che lo sviluppo futuro di composti più potenti in questa classe potrebbe trarre vantaggio dalle proprietà multivalenti, migliorando potenzialmente la resistenza alla fuga virale.

Conclusioni

In conclusione, abbiamo identificato e caratterizzato l'attività antivirale e il meccanismo d'azione di TL1228 nell'inibizione dell'ingresso virale, come suggerito dalle analisi di simulazione del docking molecolare.

Nel complesso, anche se sono necessarie ulteriori ricerche per comprendere meglio il meccanismo d'azione del composto, i nostri risultati evidenziano che colpire gli chaperoni ausiliari dell'ospite, come GRP78 (essenziale per l'ingresso e la replicazione virale), potrebbe offrire nuove strategie per combattere SARS-CoV-

Quanto velocemente svanisce l'immunità COVID?

di Cassandra Willyard/Nature

La vaccinazione, l'infezione da SARS-CoV-2 e una combinazione di entrambe forniscono differenti gradi di protezione la cui durata può variare da alcuni mesi a qualche anno

A tre anni dall'inizio della pandemia, il sistema immunitario della stragrande maggioranza degli esseri umani ha imparato a riconoscere SARS-CoV-2 attraverso la vaccinazione, l'infezione o, in molti casi, entrambe le cose. Ma quanto rapidamente svaniscono questi tipi di immunità?

Nuovi dati suggeriscono che l'immunità "ibrida", frutto sia della vaccinazione che di un attacco di COVID-19, può fornire una protezione parziale contro la reinfezione [per almeno otto mesi](#). Inoltre, secondo le stime di una metanalisi, offre una protezione superiore al 95 per cento contro malattie gravi o ricoveri ospedalieri per un periodo compreso [tra sei mesi e un anno dopo un'infezione o una vaccinazione](#). L'immunità acquisita con la sola vaccinazione di richiamo sembra svanire un po' più rapidamente.

Ma la durata dell'immunità è molto più complessa di quanto suggeriscano i numeri. Quanto a lungo il sistema immunitario può respingere l'infezione da SARS-CoV-2 dipende non solo da quanto l'immunità diminuisce nel tempo, ma anche da quanto bene le cellule immunitarie riconoscono il loro bersaglio. "E questo ha più a che fare con il virus e con il suo grado di mutazione", afferma Deepta Bhattacharya, immunologo all'University of Arizona College of Medicine di Tucson. Se una nuova variante trova il modo di sfuggire alla risposta immunitaria esistente, anche un'infezione recente potrebbe non garantire la protezione.

L'era Omicron

Omicron ha presentato proprio questo scenario. A fine 2021 e a inizio 2022, le principali sottovarianti di Omicron che stavano causando infezioni erano BA.1 e BA.2. A metà 2022, l'ondata di BA.5 si stava rafforzando in alcuni paesi, facendo crescere la prospettiva secondo cui coloro che erano stati già colpiti da Omicron potessero presto essere colpiti di nuovo. I dati forniscono ora un'idea del rischio di reinfezione nel tempo.

In uno studio, i ricercatori che hanno esaminato la banca dati nazionale portoghese delle infezioni hanno studiato le persone vaccinate che si sono infettate durante l'ondata BA.1/BA.2. L'analisi ha mostrato che 90 giorni dopo l'infezione, questa popolazione aveva un'elevata protezione immunitaria: il rischio di contrarre l'infezione da BA.5 era solo un sedicesimo di quello delle persone vaccinate ma mai infettate. In seguito, l'immunità ibrida contro l'infezione è diminuita bruscamente per alcuni mesi e poi si è stabilizzata, fornendo infine una protezione per otto mesi dopo l'infezione, la durata dello studio.

[Un altro studio](#) ha preso in esame 338 operatori sanitari vaccinati in Svezia, alcuni dei quali avevano anche avuto una precedente infezione da SARS-CoV-2. Gli autori hanno scoperto che i lavoratori con immunità ibrida avevano un certo livello di protezione contro l'infezione da BA.1, BA.2 e BA.5 per almeno otto mesi. Il tampone nasale di questi lavoratori ha rivelato alti livelli di anticorpi "mucosali", che si ritiene siano uno scudo migliore contro l'infezione rispetto agli anticorpi che circolano nel sangue.

[Uno studio in Qatar](#) ha confrontato i rischi di infezione di persone che non avevano mai preso SARS-CoV-2 con quelli di persone che avevano avuto una precedente infezione da Omicron o da una variante precedente. Entrambi i gruppi includevano persone vaccinate e non vaccinate. I risultati mostrano che in tutti i casi le infezioni più recenti forniscono una protezione maggiore rispetto a quelle più vecchie. Ma poiché il virus continua a evolversi, gli autori non sono riusciti a capire se queste differenze siano dovute al calo dell'immunità, alla crescente capacità del virus di eludere la risposta immunitaria o, più probabilmente, a una combinazione delle due cose.

Tregua dall'infezione

Nel complesso, gli studi suggeriscono che l'immunità ibrida fornisca una certa protezione contro l'infezione per almeno sette o otto mesi, e probabilmente più a lungo. "È un buon risultato", afferma Charlotte Thålin, immunologa al Karolinska Institutet di Stoccolma e autrice dello studio svedese.

Altri dati suggeriscono che nelle persone la cui immunità deriva solo dalla vaccinazione, una dose di richiamo fornisce una protezione contro l'infezione di durata relativamente breve. Alcuni ricercatori israeliani hanno

studiato più di 10.000 operatori sanitari che non erano stati precedentemente infettati; tutti hanno ricevuto tre o quattro dosi del vaccino prodotto da Pfizer e BioNTech. Gli autori [hanno scoperto](#) che l'efficacia della quarta dose contro l'infezione è diminuita rapidamente. Infatti, dopo quattro mesi, la quarta dose non era migliore di tre dosi nel prevenire l'infezione.

Tuttavia, "stiamo parlando di una malattia che definiamo relativamente lieve", afferma il coautore dello studio Gili Regev-Yochay, epidemiologo allo Sheba Medical Center Tel Hashomer di Ramat Gan, in Israele. Nessuna delle persone coinvolte nello studio ha sviluppato una forma grave di COVID-19.

E chi non è stato vaccinato? [Un altro studio](#) effettuato in Qatar suggerisce che, se il virus non cambia, l'immunità contro la reinfezione basata sull'infezione può durare fino a tre anni. Ma questa immunità può svanire più rapidamente se il virus muta. Gli autori hanno studiato i dati di persone non vaccinate che sono state infettate con una variante pre-Omicron. Quindici mesi dopo, quelle infezioni avevano un'efficacia inferiore al dieci per cento nel proteggere dall'infezione da Omicron. È molto più rischioso affidarsi all'immunità da infezione che immunizzarsi.

Ma è quasi impossibile applicare i risultati dello studio per prevedere il rischio di infezione di un individuo in futuro. L'immunità dipende da una serie di fattori, tra cui la genetica, l'età e il sesso. Inoltre, il rischio di infezione passato non è necessariamente un buon predittore del rischio di infezione futura, poiché si verificano continuamente nuove varianti.

L'opportunità del richiamo

Non è ancora chiaro come la crescente immunità ibrida globale influenzerà i tempi e la frequenza dei picchi di infezione. Né è chiaro come questo influenzerà le decisioni dei funzionari sanitari su quando offrire le future dosi di richiamo.

Per le persone ad alto rischio di sviluppare una grave forma di COVID-19, potrebbe essere ragionevole sottoporsi a richiami frequenti. Gli individui più giovani senza fattori di rischio che vivono in regioni in cui il virus circola liberamente "potrebbero già avere una protezione molto significativa che potrebbe non richiedere richiami frequenti", afferma Luís Graça, immunologo della facoltà di medicina dell'Università di Lisbona e coautore dello studio portoghese. Un'altra opzione potrebbe essere quella di somministrare un richiamo quando i livelli di anticorpi scendono al di sotto di una certa soglia, afferma Regev-Yochay.

Thålin si rende conto di quanto possano essere frustranti gli avvertimenti e l'incertezza, ma afferma che è improbabile che i ricercatori riescano a trovare una risposta in tempi brevi. "Il virus si evolve molto velocemente", afferma. "Quello che è vero oggi potrebbe non esserlo domani."

https://www.lescienze.it/news/2023/02/08/news/covid-19_sars-cov-2_vaccinazione_immunita_protezione_infezione_malattia_grave-11274511/

la Repubblica

Mpox, allarme degli scienziati: "Blocchiamo subito il virus o sarà pandemia"

Donatella Zorzetto

Un articolo degli accademici mondiali pubblicato su Plos Global Public Health avverte: "Il vaiolo delle scimmie si diffonde oltre l'Africa, i leader devono agire per fermarlo ora. Servono vaccini per contenere l'epidemia"

Il 2024 ha già visto nascere nel mondo 17 epidemie di malattie pericolose: in particolare quelle innescate dal virus Marburg, dal vaiolo delle scimmie (Mpox) e dall'ultimo ceppo di influenza aviaria, fanno preoccupare gli scienziati. "Sono un duro promemoria della vulnerabilità del mondo alle pandemie", ha

scritto [l'organizzazione mondiale della Sanità \(Oms\)](#) nel nuovo [rapporto del Global Preparedness Monitoring Board \(Consiglio di monitoraggio della preparazione globale\)](#), che mette in guardia da “una serie di rischi che aumentano la probabilità di nuove pandemie”.

Il rapporto, lanciato al [Summit mondiale della Salute](#) che si è tenuto a Berlino, chiede un approccio collettivo e delinea 15 fattori chiave del rischio di pandemia, classificati in cinque gruppi: sociale, tecnologico, ambientale, economico e politico.

E proprio sul vaiolo delle scimmie, mentre l'epidemia di Mpox continua a devastare l'Africa, i leader sanitari e gli scienziati di tutto il mondo stringono i tempi e incalzano i governi ad adottare misure urgenti per fermare la diffusione del virus.

Due anni fa le prime avvisaglie del pericolo

Lo stanno facendo gli scienziati di istituzioni accademiche, tra cui il Burnet Institute, con un articolo pubblicato su [PLOS Global Public Health](#), intitolato "La negligenza ha portato a un virus più pericoloso che ora si sta diffondendo oltre i confini, danneggiando e uccidendo persone. I leader devono agire per fermare l'Mpox ora". Sono i fatti, secondo gli esperti, a dimostrarlo. Quando il Mpox (causato dal virus del vaiolo delle scimmie) Clade 2b due anni fa si è diffuso inaspettatamente nei Paesi ricchi, dopo essere stato ignorato per anni nei Paesi africani, l'Oms ha dichiarato una prima emergenza di sanità pubblica di interesse internazionale (Pheic). La reazione a caldo è stata questa: la comunità internazionale ha investito velocemente per contenere l'epidemia, attraverso vaccini, ricerche sui trattamenti e mobilitazione con la comunità a rischio, in gran parte gay, bisessuali e uomini che hanno rapporti sessuali con uomini (Gbsm).

Paesi africani dimenticati

Ma due anni dopo, i Paesi africani, dove l'Mpox continua a rappresentare una minaccia, sono stati dimenticati. Una seconda emergenza è stata dichiarata dall'Oms nell'agosto 2024 per supportare un maggiore coordinamento internazionale. Ma, spiegano gli scienziati, “nonostante alcuni progressi, come le donazioni di vaccini e l'approvazione di un test rapido, la risposta rimane inadeguata”. E proseguono: “I vaccini continuano a rimanere fuori dalla portata dei cittadini perché sono immagazzinati dai Paesi ricchi, la sorveglianza e la diagnosi sono limitate e i trattamenti non sono disponibili”.

In azione più ceppi Mpox

L'epidemia regionale è stata causata da più ceppi di Mpox, che si sono diffusi in diverse comunità, anche attraverso le famiglie, e hanno colpito i bambini. Ma la cosa che più preoccupa è la diffusione del Clade 1. La maggior parte dei casi è stata segnalata nella Repubblica Democratica del Congo, con casi evidenziati anche in 18 Paesi in Africa, Svezia e Thailandia, diffusi attraverso i viaggi. Dall'inizio dell'anno, sono stati segnalati più di 30.000 casi sospetti in tutta la regione, superando il numero totale del 2023.

Ma nello stesso tempo il ceppo Clade 2 del virus Mpox è in aumento, con l'Australia che ha registrato il secondo numero più alto di casi al mondo ad agosto, spingendo a rinnovare gli allarmi sanitari.

Rischio diffusione incontrollata

Il direttore e amministratore delegato di Burnet, il professor Brendan Crabb, tra gli autori della pubblicazione, ha sottolineato che “non è equo, né intelligente permettere alla malattia di diffondersi rapidamente e in modo incontrollato in Africa o nelle comunità a rischio in tutto il mondo”.

“È un fallimento sia morale che di salute pubblica non fare tutto il possibile per contenere la diffusione dell'MPox - ha proseguito -. Se abbiamo imparato qualcosa dalla lezione del Covid, è che risposte eque e guidate dalla comunità sono fondamentali per fermare le epidemie e prevenire le pandemie”.

Cosa succede se il virus si diffonde in modo incontrollato? Mpox può mutare e infettare più persone, provocando morbilità e mortalità e creando una minaccia globale più grande. "L'accesso a strumenti come i vaccini è stato inadeguato nei Paesi endemici - ha aggiunto Crabb -. Dobbiamo cambiare questa situazione se vogliamo combattere la diffusione di questi tipi di malattie e prevenire future pandemie”.

Cosa fare

Dunque cosa bisogna fare per invertire la rotta? Gli esperti lanciano un invito all'Oms e agli Stati membri, nonché ai leader mondiali, a “rispondere in modo efficace, coordinato a livello internazionale ed equo per contenere l'epidemia, accelerando al contempo la ricerca e salvaguardando le popolazioni vulnerabili della regione”. In particolare affermano: "L'Mpox è una crescente crisi sanitaria regionale in Africa e, senza un'azione urgente per fermare le epidemie quando e dove si verificano, ci sono tutte le ragioni per credere che continuerà a diffondersi oltre i confini, anche in altri continenti".

Finora, secondo [l'Africa Centers for Disease Control](#), sono state promesse solo 280.000 dosi di vaccino Mpox per fronteggiare l'epidemia, una cifra molto inferiore ai 10 milioni di dosi necessarie per contenerla.

Caccia ai finanziamenti

Ma i finanziamenti disponibili sono solo una minima parte del necessario per controllare l'epidemia e rappresentano una frazione dei costi finali di una pandemia o di una malattia endemica a livello globale, che è ciò che l'Mpox diventerà se non verrà controllato.

"Vogliamo che i governi, l'Oms e la comunità globale facciano tutto il possibile per sostenere gli sforzi internazionali volti a limitare la diffusione dell'Mpox laddove è attualmente al suo peggio, per minimizzare il suo impatto a livello locale e globale", ha concluso Crabb.

Intanto un primo impegno in questo senso è arrivato dall'Australia: il Burnet Institute e i suoi partner dell'Australian institute for infectious disease (AIID) e dell'Australian global health alliance si impegnano a sostenere il governo nei suoi sforzi per rispondere in modo efficace alla crisi sanitaria.

Lopalco: “Un grido d’allarme”

Sull’argomento interviene l’epidemiologo Pier Luigi Lopalco. Che sottolinea: “Il grido d’allarme lanciato dagli esperti non è una generica chiamata alla responsabilità. Combattere Mpox in Africa non ha solo il significato di agire in ragione della morale e dell’equità, ma molto più banalmente ed egoisticamente per evitare il diffondersi di un nuovo virus a livello mondiale”.

“Questo patogeno ha già dimostrato la capacità di mutare e diventare più contagioso - conclude Lopalco -. Se i Paesi ricchi non vogliono investire sull’Africa, lo facciano per la salute dei loro stessi cittadini”.

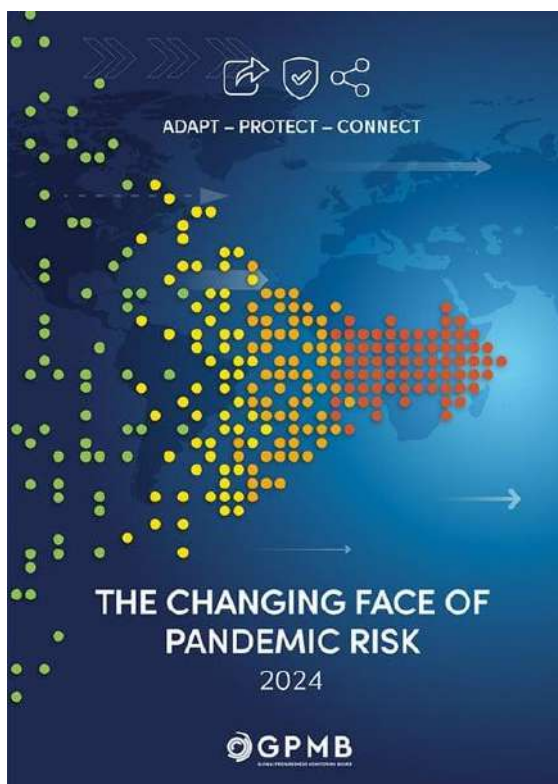
https://www.repubblica.it/salute/2024/10/23/news/mpox_allarme_pandemia_blocco_virus-423571130/?ref=RHLF-BG-P15-S1-T1

Casa / Rapporti / M / articolo

Il volto mutevole del rischio pandemico: rapporto 2024

Adattare - Proteggere - Connettere

14 ottobre 2024 | Documento tecnico



Il rapporto GPMB del 2024, *The changing face of pandemic risk*, è un invito all'azione per leader globali, decisori politici, professionisti sanitari e comunità per costruire un futuro più sicuro e resiliente. Delinea i principali fattori trainanti del rischio pandemico e fornisce una tabella di marcia per rafforzare le nostre difese.

<https://www.gpmb.org/reports/m/item/the-changing-face-of-pandemic-risk-2024-report>

Danni da alcol: quasi un decesso su 10 nella Regione europea dell'Oms. La campagna di sensibilizzazione e l'appello ai governi per politiche di contrasto

L'alcol è responsabile di quasi un decesso su 10 nella regione europea dell'Oms: per la precisione dell'8,8% delle morti complessive e anche a partire da questi dati una nuova campagna dell'Ufficio regionale per l'Europa dell'Organizzazione mira a cambiare la situazione.

Nel dettaglio, l'alcol è collegato a oltre 200 malattie, tra cui almeno sette tipi di cancro, compresi i tumori al seno e al colon. Eppure, nonostante questi gravi rischi per la salute e gli esiti dannosi, meno della metà degli europei è consapevole del legame tra alcol e cancro.

Ad esempio mentre il mondo celebra a ottobre il mese della sensibilizzazione sul cancro al seno - va sottolineato - rilevano gli esperti Oms - che secondo un recente studio solo il 21% delle donne in 14 paesi europei è consapevole del legame tra il consumo di alcol e il rischio di sviluppare il cancro al seno, rischio che inizia già con bassi livelli di consumo di alcol.

La nuova campagna regionale "Ridefinisci l'alcol", nata per colmare queste lacune informative condividendo le ultime ricerche sugli impatti dell'alcol sulla salute e incoraggiando discussioni aperte sui danni spesso trascurati, invita gli europei a riflettere sulle loro relazioni personali e sociali con l'alcol, sollecitando una riconsiderazione del ruolo dell'alcol nella vita quotidiana, nelle celebrazioni e nelle tradizioni.

La campagna mira ad aumentare la consapevolezza sui rischi per la salute e sui pericoli nascosti associati al consumo di alcol e ispirare scelte più sane.

«Oltre ai suoi effetti fisici, l'alcol contribuisce anche a problemi sociali più ampi - spiega il dottor Gauden Galea, consigliere strategico del direttore regionale per l'Europa dell'Oms e direttore dell'Iniziativa speciale sulle malattie non trasmissibili e l'innovazione -. Il consumo di alcol è un fattore chiave che contribuisce alla violenza, compresa la violenza sessuale e di genere, gli incidenti stradali e altre forme di danno che colpiscono non solo i bevitori ma più ampiamente le loro famiglie e comunità.

In definitiva, le persone devono avere la possibilità di fare scelte informate sulla propria salute e sul proprio comportamento.

Ecco perché la campagna "Ridefinisci l'alcol" condivide informazioni basate sull'evidenza e incoraggia le persone a ripensare le proprie abitudini e relazioni con l'alcol, sollecitando allo stesso tempo i decisori politici e le autorità sanitarie a contribuire a realizzare un cambiamento culturale più ampio nel modo in cui l'alcol viene visto e regolato. nella società.

«Le scelte individuali sono importanti ma non bastano - afferma ancora Gauden Galea -. Nella nostra regione l'alcol è troppo economico, troppo disponibile e troppo pubblicizzato. Dobbiamo creare ambienti in cui le decisioni più sane siano più facili per tutti. Un prodotto che causa tanti danni come l'alcol dovrebbe essere regolamentato in modo più severo.

Sappiamo cosa è necessario fare, ma abbiamo bisogno che i decisori diano priorità alla salute pubblica. Attraverso la collaborazione con politici, comunità e sostenitori della salute, "Ridefinire l'alcol" promuove un ambiente che rende più facile per le persone ridurre il consumo di alcol, contribuendo a un'Europa più sicura e più sana».

La campagna di comunicazione fa parte del progetto Evidence into Action Alcohol dell'Oms/Unione Europea (UE) (EVID-ACTION), lanciato nel 2022. Il progetto, cofinanziato dall'Ue, mira a tradurre la ricerca in politiche attuabili per ridurre l'alcolismo. danni correlati in 30 paesi europei e contribuisce agli obiettivi del piano europeo di lotta contro il cancro.

<https://www.sanita24.ilsole24ore.com/art/europa-e-mondo/2024-10-02/danni-alcol-quasi-decesso-10-regione-europea-dell-oms-campagna-sensibilizzazione-e-l-appello-governi-politiche-contrasto-085953.php?uuid=AGFEU3K&cmpid=nlqf>



Ministero della Salute, Istituto Superiore di Sanità
Cabina di Regia istituita con DM Salute del 29 maggio 2020 e s.m.i.

Monitoraggio Fase 3 Report settimanale

Settimana 76

Monitoraggio Fase 3
(Circolare del Ministero della Salute n. 14253 del 5 maggio 2023)

Acquisizione dati: 16 ottobre 2024

Impatto

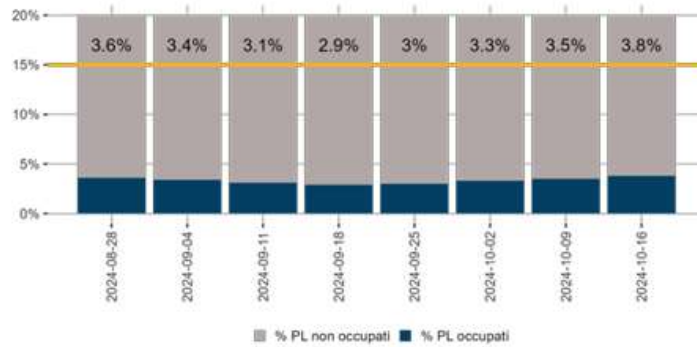
- Al 16/10/2024 l'occupazione dei posti letto in area medica è pari a 3,8% (2.355 ricoverati), in lieve aumento rispetto alla settimana precedente (3,5% al 09/10/2024) (tab.1, fig.1). In lieve aumento anche l'occupazione dei posti letto in terapia intensiva, pari a 1,0% (86 ricoverati), rispetto alla settimana precedente (0,8% al 09/10/2024) (tab.2, fig.2).
- I tassi di ospedalizzazione (fig.3, fig.4) e mortalità (fig.5) sono più elevati nelle fasce di età più alte (tasso di ospedalizzazione nelle fasce 80-89 e >90 anni rispettivamente pari a 107 e 157 per 1.000.000 ab., tasso di ricovero in terapia intensiva nelle fasce 60-69, 70-79 e 80-89 anni rispettivamente pari a 1, 2 e 2 per 1.000.000 ab. e tasso di mortalità nelle fasce 80-89 e >90 anni rispettivamente pari a 5 e 20 per 1.000.000 ab.).

Diffusione

- L'indice di trasmissibilità (Rt) calcolato con dati aggiornati al 16 ottobre 2024 e basato sui casi con ricovero ospedaliero, al 08/10/2024 è pari a 1,06 (1,00-1,13), in lieve aumento rispetto alla settimana precedente (Rt= 0,93 (0,87-0,99) al 01/10/2024) (fig.6). Per dettagli sulle modalità di calcolo ed interpretazione dell'Rt si rimanda all'approfondimento disponibile sul sito dell'Istituto Superiore di Sanità (https://www.iss.it/coronavirus//asset_publisher/1SRKHcJJQ7E/content/faq-sul-calcolo-del-rt).
- L'incidenza di casi COVID-19 diagnosticati e segnalati nel periodo 10/10/2024 - 16/10/2024 è pari a 19 casi per 100.000 abitanti, stabile rispetto alla settimana precedente (20 casi per 100.000 abitanti nella settimana 03/10/2024 - 09/10/2024) (tab.3).
- L'incidenza settimanale (10/10/2024 - 16/10/2024) dei casi diagnosticati e presenta un andamento eterogeneo nelle diverse Regioni/PPAA rispetto alla settimana precedente. L'incidenza più elevata è stata riportata nella regione Lombardia (35 casi per 100.000 abitanti) e la più bassa in Sicilia (0,5 casi per 100.000 abitanti) (tab.3).
 - Le fasce di età che registrano il più alto tasso di incidenza settimanale sono 80-89 e >90 anni. L'incidenza settimanale è stabile nella maggior parte delle fasce d'età (fig.7). L'età mediana alla diagnosi è di 61 anni, in lieve aumento rispetto alla settimana precedente.
 - La percentuale di reinfezioni è il 46% circa, in lieve diminuzione rispetto alla settimana precedente (fig.8).

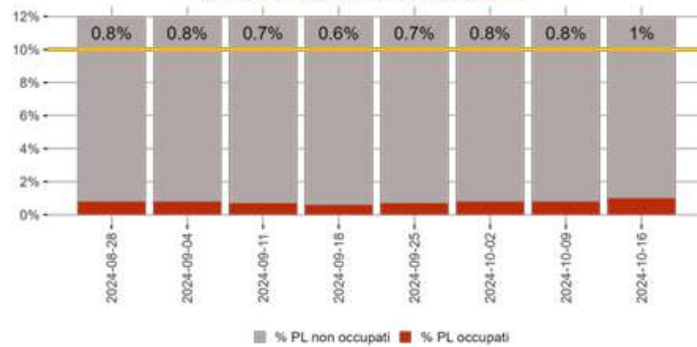
Varianti

- Dati preliminari relativi al mese di settembre 2024 (al 13/10/2024) evidenziano la co-circolazione di differenti sotto-varianti di JN.1 attenzionate a livello internazionale, con una predominanza di KP.3.1.1 (fig.9, fig.10). In crescita, inoltre, la proporzione di sequenziamenti attribuibili al lignaggio ricombinante XEC.



Denominatore: Posti letto totali

Figura 1 - Tasso di occupazione dei posti letto in Area Medica da pazienti con COVID-19 per giorno del monitoraggio settimanale



Denominatore: Posti letto totali

Figura 2 - Tasso di occupazione dei posti letto in Terapia Intensiva da pazienti con COVID-19 per giorno del monitoraggio settimanale

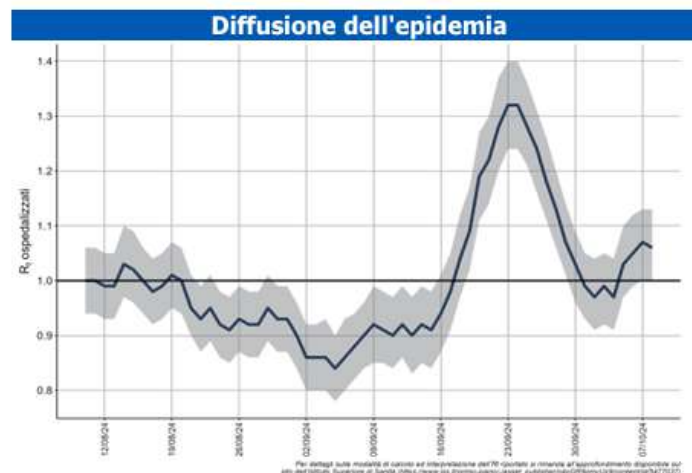


Figura 6 - Andamento giornaliero di Rt ospedalizzazioni nazionale, calcolato con dati estratti il 16 ottobre 2024

<https://www.quotidianosanita.it/allegati/allegato1729245376.pdf>

Il ritorno di una emergenza: mpox.

Claudia Cosma, medico in formazione specialistica, Igiene e Medicina Preventiva, Università degli Studi di Firenze.

Alla vigilia di Ferragosto l'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) ha dichiarato per la seconda volta in 3 anni l'emergenza di sanità pubblica di rilevanza internazionale per il mpox, precedentemente noto come "vaiolo delle scimmie" o "monkeypox" (1).

L'Mpox (precedentemente denominato monkeypox o vaiolo delle scimmie) è una malattia infettiva zoonotica causata dal virus monkeypox (MPXV) e identificata per la prima volta nell'uomo nel 1970 nei villaggi rurali delle zone delle foreste pluviali dell'Africa centrale e occidentale, quando invece il vaiolo era nelle fasi finali dell'eradicazione. Il MPXV è un virus a DNA a doppio filamento appartenente alla famiglia Poxviridae, genere Orthopoxvirus(3).

Esistono due cladi geneticamente distinti del MPXV: il Clade I (precedentemente clade dell'Africa centrale, bacino del Congo) e il Clade II (precedentemente clade dell'Africa occidentale). Il Clade II si suddivide inoltre in Clade IIa e IIb. Il Clade I, anch'esso suddivisibile nel **Clade Ia e Ib, è clinicamente più severo, a maggiore trasmissibilità interumana e a maggiore letalità.**

L'infezione può essere asintomatica o manifestarsi mediante eruzioni cutanee dolorose, talvolta associate a febbre, cefalea, brividi, dolori muscolari, linfadenopatia generalizzata; nei casi più severi, la malattia può portare alla morte (4).

A partire da novembre 2022, il nome "monkeypox" è stato cambiato in "mpox", per scongiurare che ogni possibile segno di stigma potesse ricadere verso i Paesi africani (2), Congo in testa, che sventuratamente sono diventati l'epicentro dell'epidemia .

Cambio di nome, avvenuto nell'ambito di una revisione delle strategie di sanità pubblica. Non altrettanto reattiva ed efficace, d'altro canto, sembra essere stata la risposta dell'OMS e neppure delle stesse autorità sanitarie nazionali nel fare in modo che sulle popolazioni si abbattesse il meno possibile la circolazione del virus e le sue conseguenze sanitarie.

La prima epidemia globale di mpox è iniziata nel 2022, portando l'OMS a dichiarare un'emergenza sanitaria pubblica internazionale a luglio.

Da allora, i casi si sono diffusi in oltre 120 paesi, con più di 100.000 contagi. Nella sola Repubblica Democratica del Congo (RDC), nel 2022, su oltre 15500 casi registrati, ma l'estrema fragilità del sistema sanitario lascia sospettare un numero di infezioni indubbiamente superiore, si sono verificati 550 decessi.

Sempre nella RDC da gennaio 2023 sono stati riportati oltre 27000 casi sospetti di mpox e oltre 1300 decessi (5).

Sono diverse le specie animali che sono state identificate come suscettibili al MPXV, che è diffuso in particolare tra primati e piccoli roditori, prevalentemente in Africa.

Ciò include scoiattoli di corda, scoiattoli arboricoli, ratti marsupiali del Gambia, ghiri, primati non umani e altre specie. Tuttavia, permangono delle incertezze su quali siano i serbatoi naturali del virus e su come venga mantenuta la sua circolazione in natura (sebbene si sospetti che i roditori rivestano un ruolo determinante).

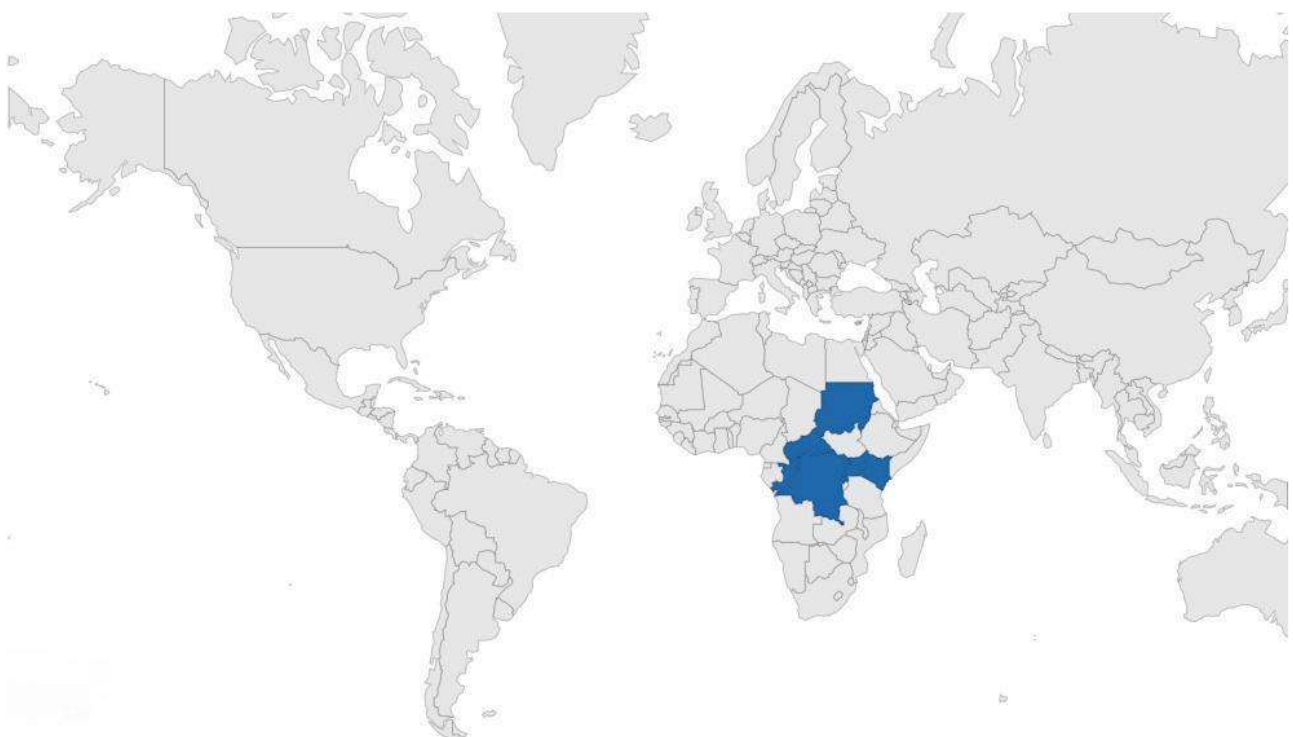
Il virus raramente si trasmette per via aerea, il contagio avviene prevalentemente attraverso il contatto diretto con lesioni cutanee o fluidi corporei infetti. In un Paese come la RDC dove gli sfollati della guerra si contano a centinaia di migliaia nei campi profughi, le condizioni ambientali favoriscono la diffusione di focolai epidemici.

Questo è accaduto, peraltro, con il “clade II”, un ceppo relativamente meno virulento che dopo aver messo in fibrillazione mezzo mondo, Europa ed America comprese durante la primavera ed estate 2022, ha conosciuto nei mesi successivi una diffusione attenuata, tanto da far pensare che il ciclone fosse ormai alle spalle. Da settembre dello scorso anno, in maniera forse non imponderabile, ha fatto però capolino **un nuovo ceppo connotato da maggiore severità e da una migliore capacità di trasmissione intraumana**: il “clade I”, che ha dunque iniziato a circolare in Congo e poi in Est Africa portando alla dichiarazione d’emergenza deliberata un mese fa (5).

Figura 1. CDC 2024: Countries reporting mpox by **clade II** since January 1, 2024.



Figura 2. CDC 2024: Countries reporting mpox by **clade I** since January 1, 2024.



Questa decisione ha avuto come vantaggio la possibilità di una “prequalifica” da parte dell’OMS (processo che valuta la qualità, sicurezza ed efficacia di un vaccino) per il vaccino Jynneos (MVA-BN) prodotto dall’azienda farmaceutica danese Bavarian Nordic, status che spiana la strada alle autorità nazionali di regolamentazione ad accelerare le approvazioni aumentando così l’accesso al vaccino (6).

Tuttavia, bisogna considerare come il Congo e molti Paesi africani dipendano da organizzazioni umanitarie come UNICEF e Gavi (*Global Alliance for Vaccination and Immunization*), due enti che per poter procedere all’acquisto e alla distribuzione di vaccini necessitano del placet dell’agenzia delle Nazioni Unite: purtroppo, il meccanismo burocratico si è ben presto inceppato.

L’amministratore delegato di Bavarian Nordic, Paul Chaplin, sostiene di avere avviato i primi contatti con l’OMS già ad agosto 2022, per poi consegnare nelle mani degli esperti di Ginevra un dossier sul vaccino a maggio 2023.

Fino ad agosto di quest’anno, tuttavia, a parte la revisione della nomenclatura del virus, non sembrano essere stati compiuti progressi significativi. Manchevolezze riportate alla fine di agosto da Stephanie Nolen per il New York Times.

Due anni fa, si legge nell’articolo della reporter che ha raccontato proprio sul posto l’emergenza, il governo congolese aveva iniziato a richiedere l’invio di vaccini: purtroppo, però, le dosi sono rimaste impigliate nella tela bizantina degli iter burocratici della Agenzia.

L’OMS ha preferito attendere ulteriori verifiche, probabilmente per cautela e per evitare di compromettere la propria reputazione nei confronti dei Paesi in via di sviluppo (7).

Il governo del Congo, d’altro canto, ha mostrato alcune difficoltà nel prendere decisioni tempestive riguardo alla gestione della crisi sanitaria: l’ente di vigilanza sui farmaci ha atteso fino al 27 giugno di quest’anno prima di dare il via libera all’uso del Jynneos e del vaccino Lc16, quest’ultimo di produzione giapponese e con requisiti di conservazione particolarmente sfidanti, considerato che deve essere conservato a una temperatura di almeno -20 gradi. Il ministro della Salute ha giustificato il ritardo sottolineando le numerose emergenze in corso sollevando non poche perplessità fra i potenziali donatori.

Attualmente, ci sono opportunità per migliorare la situazione, con mezzo milione di dosi di vaccino previsto in arrivo entro la fine dell’anno attraverso l’iniziativa Gavi, e altri 4 milioni promesse per il 2025.

Tuttavia, il CDC (Centri per il controllo e la prevenzione delle malattie) africano avverte, che comunque ce ne vorranno 10 milioni per superare la situazione più critica (8). L

a speranza è che il vaccino, che secondo quanto segnalato dall’OMS ha un’efficacia del 76% con una dose e dell’82% con una doppia immunizzazione, risponda bene anche con la variante attualmente in circolazione.

Il passaggio dal “clade II” al “clade I” del mpox ha fatto svanire l’effetto dell’antivirale fino a quel momento utilizzato: il tecovirimat.

Uno scenario che può in qualche modo fornire un’attenuante all’approccio cauto e basato su dati solidi della OMS prima di procedere con l’approvazione di nuovi vaccini.

Di certo la catena di titubanze, se non di errori, messa in mostra finora riporta in auge il dibattito su cosa dovremmo aver imparato dopo la pandemia.

È di stimolo, in proposito, l’analisi affidata a una letter to the editor, pubblicata sul Lancet, dei ricercatori Branda, Ceccarelli, Ciccozzi e Scarpa (9).

Con mpox, scrivono, si sta riproponendo lo stesso problema di accesso alle cure e ai vaccini dell’era pandemica e questo malgrado proprio in Africa, ancor prima della COVID-19, la risposta svogliata dopo un focolaio importante di Ebola nel 2014 portò all’epoca il virus a diffondersi pesantemente fino al 2016 con conseguenze catastrofiche.

Cosa si può imparare da quell’esperienza e dal caso più recente del Sars-CoV-2?

I ricercatori italiani, oltre a porre l’accento in più di un passaggio sull’importanza di coinvolgere le comunità come fattore che fa crescere la resilienza, chiamano i Paesi ad alto reddito affinché promuovano una strategia

di salute pubblica basata sull'equità e sull'inclusione, sul trasferimento di tecnologia e conoscenze per la produzione di vaccini, farmaci e dispositivi medici.

È essenziale promuovere la costruzione di capacità locali e investire in sistemi sanitari sostenibili, garantendo che le comunità siano attivamente coinvolte nei processi decisionali. Contestualmente esortano a investire sulla prevenzione e su un migliore sistema di allerta.

L'auspicio per una maggiore equità nella salute globale è senza dubbio encomiabile, ma è fondamentale capire come tali obiettivi possano tradursi in azioni concrete.

Sebbene si siano sprecati gli appelli a condividere la tecnologia o ad allocare la produzione di vaccini nei Paesi più poveri, è emerso come un'implementazione efficace richieda più di semplici dichiarazioni. Ceccarelli, Ciccozzi, Scarpa individuano come obiettivo un nuovo ruolo dell'industria farmaceutica nel rapporto fra pubblico e privato per consentire un migliore accesso a medicine e vaccini senza compromettere gli incentivi all'innovazione. Solo attraverso un'azione collettiva e coordinata potremo affrontare le sfide future della salute globale, assicurando che nessuno venga lasciato indietro.

<https://www.saluteinternazionale.info/2024/09/il-ritorno-di-una-emergenza-mpox/>



La bronchiolite diseguale

Marco Geddes da Filicaia

È disponibile un farmaco molto efficace contro la bronchiolite, un'impegnativa patologia pediatrica.

L'Agenzia del Farmaco lo colloca in fascia C, cioè a pagamento (1.150,00 €), ma in farmacia è introvabile.

La ditta produttrice tratta con le Regioni, che si muovono in ordine sparso, proponendo prezzi più contenuti. Un vero pasticcio sulla salute dei bambini.

Un antipasto di quello che succederà con l'Autonomia differenziata.

Questa storia del farmaco/vaccino per la bronchiolite è assai esplicativa di dove è andato il nostro Paese e l'eguaglianza per un diritto (anzi il diritto) fondamentale indicato dalla nostra Costituzione nell'articolo 32 e dove approderà con l'Autonomia differenziata, tema a cui abbiamo dedicato una sessione del nostro [2° Seminario Laboss tenutosi a San Domenico di Fiesole](#) (Firenze) ai primi di settembre.

La riforma del Titolo V ha dato la stura, per così dire, non a una accorta applicazione secondo caratteristiche regionali di condivise norme e orientamenti nazionali, ma a un contenzioso continuo a livello di Corte Costituzionale (circa milleottocento sentenze di contenziosi fra Stato e Regioni!), in larga misura proprio su questioni sanitarie, nonché a un processo centrifugo che l'Autonomia differenziata intende accentuare e rendere di fatto irreversibile.

La bronchiolite e polmonite da virus respiratorio sinciziale è una questione di notevole rilievo, specie nei periodi autunnali – invernali che comporta, secondo i dati diffusi dalle Società di pediatria, oltre a un notevole affollamento dei pronto-soccorsi, a 15.000 ricoveri, 3.000 ricoveri in terapia intensiva e 16 decessi [\[1\]](#).

Vi sono varie strategie farmacologiche per ridurre la incidenza della patologia e la sua gravità [\[2\]](#), fra cui anche un recente vaccino da iniettare alla madre nel terzo trimestre di gravidanza, con un passaggio di anticorpi da madre a neonato e un conseguente effetto protettivo; ha tuttavia un limitato numero di adesioni nei paesi in cui è in atto e inoltre un recente studio ha evidenziato rischi di parti prematuri [\[3\]](#).

L'anno scorso un "vaccino", il Beyfortus (principio attivo Nirsevimab), prodotto da Astra Zeneca – Sanofi, consistente in un anticorpo monoclonale (che pertanto dà una immunizzazione passiva della durata di circa cinque mesi), approvato dall'EMA è già stato utilizzato da alcune nazioni, fra cui Francia e Spagna.

L'Aifa che da tempo "balbetta" (citazione da Garattini), su richiesta del produttore Sanofi lo ha collocato fra i farmaci a pagamento, cioè in fascia C, vale a dire non compreso nei LEA e non soggetta quindi, per tale prodotto, a problemi di sfondamento della spesa farmaceutica e del conseguente payback!

Il prodotto è stato registrato al prezzo di 1.150,00 €. Per ottenerlo è necessaria la prescrizione di centri ospedalieri o di specialisti: pediatra, neonatologo, cardiologo, pneumologo, infettivologo, cardiocirurgo, allergologo, igienista[4].

Ma al momento il farmaco è introvabile; se uno si presenta in farmacia con regolare prescrizione specialistica si sente rispondere che il farmaco non è in distribuzione. Intanto la Sanofi tratta con le Regioni, proponendo prezzi assai più contenuti, come ha già fatto in Spagna fra le diverse Comunità, in relazione all'entità della popolazione a cui verrà offerto. Le Regioni infatti lo possono acquistare, poiché, grazie a quel processo centrifugo avviato dal Titolo V, possono già disporre prestazioni extra-Lea purché extra-fondo, cioè a carico dei loro bilanci regionali.

È, con ogni evidenza una grande confusione che favorisce sostanzialmente l'industria farmaceutica data l'assenza di una trattativa nazionale dovuta al collocamento in fascia C e alla assenza di un coordinamento fra Regioni – anticipo dei tempi che ci attendono con l'Autonomia.

Il presidente della Regione Lombardia Attilio Fontana ignora, o fa finta di ignorare la normativa vigente che gli consente di acquistare farmaci di fascia C. Intervistato da Maurizio Giannattasio sul Corriere della Sera, Fontana, al fine di chiarire i benefici dell'Autonomia differenziata afferma: *“Le faccio un esempio banale. Esiste il problema del virus respiratorio sinciziale che riguarda soprattutto neonati e bambini. Il pronto soccorso sono pieni. Noi vogliamo fare una campagna vaccinale ma non possiamo anche se abbiamo le risorse perché non rientra nei Lea, i livelli essenziali di assistenza. Per quale motivo non possiamo farlo? Non chiediamo un euro a nessuno”*.

Siamo di fronte al presidente della più grande Regione italiana, persona esperta al suo secondo mandato, che si avvale peraltro di un capace professionista quale assessore alla sanità: Guido Bertolaso.

Al signor Fontana non passa per la mente che sia inconcepibile che solo i bambini che vivono in Lombardia siano protetti e si riduca l'affollamento solo dei pronto soccorso lombardi (con una riduzione di ospedalizzazione per bronchiolite del 70%, come evidenziato in Spagna dove la somministrazione dell'anticorpo monoclonale è gratuito fin dall'anno scorso).

Invece i bambini che vivono in altre regioni si collocano in due categorie: quelli i cui genitori possono permettersi il farmaco – e hanno la capacità di trovarlo (quando sarà disponibile...) – pagandolo di tasca propria, e quelli che si ammaleranno con maggiore frequenza. Il 30- 40% dei bambini che si ammala, in particolare se hanno necessitato di ricovero, possono presentare episodi ricorrenti di broncospasmo fino all'età scolare e in certi casi vi può essere un'evoluzione verso l'asma.

Al signor Fontana, chiaramente consapevole dei problemi che la bronchiolite comporta anche per il servizio sanitario, non è venuto in mente di chiedere al Ministro e al Governo (nel quale vanta peraltro una qualche conoscenza) di incontrare le Regioni nella sede istituzionale, per rendere erogabile il farmaco, per assumere un provvedimento adeguato, per classificare il farmaco in fascia A?

Il tutto gli serve infatti per sottolineare la necessità di Autonomia differenziata che non gli permette di acquistare il farmaco (cosa che può già fare), ma gli permetterà di pianificare le vaccinazioni su base regionale, di trattare Regione per Regione con le case farmaceutiche, di regolamentare la somministrazione sotto il profilo organizzativo e retributivo (negli ambulatori pubblici, in quelli privati, con i gettonisti?) come gli pare. Evidentemente tale problematica non aveva suscitato qualche attenzione neanche nel Ministero, da cui è partita una ineccepibile circolare con la quale afferma, o semplicemente ricorda che: *“Le Regioni in piano di rientro dal disavanzo sanitario (Lazio, Abruzzo, Molise, Campania, Calabria, Sicilia) non possono garantire la somministrazione dell'anticorpo monoclonale Nirsevimab, classificato in fascia C da Aifa in quanto trattasi di prestazione extra Lea”*.

Le altre, invece, lo potranno erogare, ma a carico dei propri bilanci.

Bisogna dare merito a Fontana di dire “pane al pane e vino al vino” e spiegarci così con chiarezza, grazie a questa chiara esemplificazione “in corpore vili”, quale è quello dei neonati non lombardi, cosa si intenda per Autonomia differenziata e quale sarà il destino della sanità italiana.

Lo scenario che ci fa intravedere con l'Autonomia è, nel caso specifico, sostanzialmente il seguente: la Regione Lombardia acquista per proprio conto il farmaco e lo dà ai bambini di fascia di età x; la Regione Friuli Venezia Giulia, lo acquista (a prezzo più alto date le minori dosi), e lo offre gratuitamente a tutti i bambini di fascia di età y, ripetendo la somministrazione dopo 6 mesi (la durata dell'effetto si stima infatti contenuta)

sulla base di proprie linee guida; la Regione Liguria lo rende disponibile gratuitamente con criterio analogo alla Lombardia, ma solo a chi ha un reddito sotto una determinata soglia, in base a criteri ISEE.

Toscana, Emilia – Romagna, Veneto, Umbria e Marche decidono di procedere unitariamente, anche con l'acquisto congiunto spuntando una cifra significativamente ridotta rispetto alle altre Regioni, ma ancora relativamente più alta di quanto ottenuto da altri paesi (Spagna).

Decidono inoltre di ripetere la vaccinazione, nei neonati pretermine o con problematiche cardiache dopo 6 mesi; Sardegna, Sicilia e Campania si avviano ad acquistarlo, ma le scorte disponibili sono finite, mentre in alcune Regioni il farmaco non è utilizzato per scassa adesione e ritardi nella campagna di somministrazione. Le altre non nominate Regioni si arrangeranno... La Corte dei Conti interviene in relazione ai costi ingiustificati di acquisto di alcune Regioni... la Magistratura avvia una indagine...

Un'ottima prospettiva, non c'è che dire!

Intanto un'ondata di indignazione sta spingendo il Ministero a rimediare alla (legittima) circolare, forse collocando il farmaco, tramite Aifa, in fascia A; con che criterio sarà somministrato e da chi non è dato di sapere: a tutti i neonati o a quelli a rischio? Con una nuova somministrazione dopo 6 mesi per quelli a rischio? Con quale trattativa con Sanofi e a quale prezzo?

Una discreta confusione, ma non preoccupatevi. Questo non è nulla in confronto a quanto ci aspetta con l'Autonomia differenziata.

<https://www.saluteinternazionale.info/2024/10/la-bronchiolite-diseguale/>

EDITORIALE - Online il primo, 11 ottobre 2024

Resistenza antimicrobica: un'emergenza sanitaria globale

Medicina respiratoria Lancet

Informazioni sull'articolo

Scarica PDF Citare Condividere Imposta avviso Ottieni i diritti Ristampe

Mentre i leader mondiali si riunivano all'Assemblea generale delle Nazioni Unite a New York il 26 settembre 2024, il punto focale dell'incontro era l'emergenza sanitaria globale della resistenza antimicrobica (AMR). I rappresentanti dei capi di Stato e di governo hanno concordato [dichiarazioni](#) sulla necessità di un'azione immediata per preservare la nostra capacità di curare le infezioni, obiettivi per migliorare la prevenzione delle infezioni e obiettivi di finanziamento di 100 milioni di dollari USA, per aiutare a raggiungere almeno il 60% dei paesi che hanno finanziato piani d'azione nazionali sull'AMR entro il 2030.

Una [recente analisi](#) pubblicata su *The Lancet* ha stimato che oltre un milione di decessi sono attribuibili all'AMR batterica e gli autori hanno utilizzato modelli statistici per prevedere che oltre 39 milioni di persone potrebbero morire di infezioni resistenti agli antibiotici nei prossimi 25 anni. Sebbene il numero di decessi per AMR sia diminuito di oltre il 50% dal 1990 al 2021 nei bambini di età inferiore ai 5 anni (in gran parte a causa della prevenzione delle infezioni), il numero di decessi negli adulti di età superiore ai 70 anni è aumentato di

oltre l'80%. Questa scoperta è particolarmente preoccupante dato che l' [ONU prevede](#) che entro il 2080 le persone di età pari o superiore a 65 anni supereranno in numero i bambini di età inferiore ai 18 anni. Gli autori concludono che, oltre all'importanza della prevenzione delle infezioni, della vaccinazione e della riduzione dell'uso inappropriato di antibiotici, la ricerca su nuovi antibiotici e trattamenti è fondamentale.

La necessità di nuovi modi per trattare le infezioni resistenti è evidenziata dalla gestione delle infezioni da *Pseudomonas aeruginosa* nelle persone con fibrosi cistica. La [Cystic Fibrosis Foundation](#) e il [NIH](#) stanno supportando la ricerca su trattamenti unici che funzionano in modo diverso dagli antibiotici tradizionali e alcuni dati iniziali di uno di questi studi sono stati presentati alla conferenza nordamericana sulla fibrosi cistica, tenutasi dal 26 al 28 settembre 2024. La terapia batteriofagica utilizza virus specializzati per uccidere i ceppi batterici lasciando intatte le cellule non bersaglio. Lo [studio di fase 2a di BX004-A](#) ha riportato che tre (14%) di 21 individui che hanno ricevuto BX004-A avevano una coltura dell'espettorato PsA negativa al giorno 10, rispetto a nessuno (0%) di 10 con placebo. Sebbene si tratti di dati iniziali, è incoraggiante vedere la ricerca su queste terapie innovative.

Per proteggere l'efficacia degli antibiotici attualmente disponibili, gli operatori sanitari devono continuare a essere giudiziosi nel momento e nel tipo di antibiotici che prescrivono. [Un punto di vista pubblicato in questo numero della rivista](#) sottolinea l'importanza di ridurre l'uso non necessario di antibiotici anti-anaerobici nel trattamento empirico della sepsi. Robert Kullberg e colleghi sostengono che, sebbene gli anaerobi siano raramente il patogeno causale della sepsi, alcuni medici preferiscono "prevenire e non dispiacersi" e includere la terapia anti-anaerobica nel trattamento empirico della sepsi. Essi suggeriscono che non solo questo può aumentare la resistenza agli antibiotici, ma danneggia anche il microbiota intestinale e potrebbe causare esiti peggiori per i pazienti con sepsi.

Un modo per evitare di prescrivere antibiotici inappropriati è l'identificazione precoce dei patogeni batterici, ma attualmente questo si basa principalmente su colture microbiologiche, che possono richiedere 24-48 ore. [Uno studio randomizzato controllato](#) ha dimostrato che l'uso di una PCR rapida batterica multiplex mirata a Gram-negativi di lavaggio broncoalveolare in pazienti ricoverati in ospedale con polmonite potrebbe ridurre la durata della terapia antibiotica inappropriata. Sono necessarie ulteriori ricerche sull'accuratezza dei diversi test PCR e sui motivi per cui i prescrittori potrebbero non aderire agli algoritmi di trattamento; in questo studio la raccomandazione relativa al trattamento antibiotico dai risultati della PCR è stata implementata solo in due terzi dei pazienti.

Una delle aree più comuni per la prescrizione di antibiotici è la malattia respiratoria nell'assistenza primaria ed è fortemente associata allo sviluppo di resistenza agli antibiotici. Uno [studio](#) ha esplorato l'uso di spray nasali e interventi comportamentali per la malattia respiratoria acuta nell'assistenza primaria. Lo studio ha scoperto che gli spray nasali salini o in gel o un intervento comportamentale hanno ridotto l'uso di antibiotici rispetto alle cure abituali. Interventi semplici come questi, soprattutto se ampliati, potrebbero avere un impatto diffuso sulla lotta contro la resistenza agli antibiotici.

Sebbene l'AMR colpisca persone di tutte le età e sia presente in ogni Paese, il peso è sproporzionato sulle persone nei Paesi a basso e medio reddito e in circostanze vulnerabili. Inoltre, è chiaro che lo sviluppo e la proliferazione dell'AMR si verificano anche in [contesti ambientali](#), come corsi d'acqua, bestiame e produzione alimentare. Affrontare l'AMR richiede soluzioni e partnership globali, nonché una collaborazione multisettoriale tra organizzazioni pubbliche e private per guidare l'innovazione e il progresso. La comunità respiratoria e di terapia intensiva è in prima linea nella lotta contro l'AMR e ha un ruolo fondamentale da svolgere nella salvaguardia dell'attuale pipeline di antibiotici, sostenendo al contempo la ricerca di nuovi trattamenti.

[https://www.thelancet.com/journals/lanres/article/PIIS2213-2600\(24\)00331-X/fulltext?dgcid=raven_jbs_aip_email](https://www.thelancet.com/journals/lanres/article/PIIS2213-2600(24)00331-X/fulltext?dgcid=raven_jbs_aip_email)

Rafforzare la prevenzione e la preparazione e risposta alle pandemie. Promuovere un invecchiamento sano e attivo. Approccio One Health e lotta alla resistenza antimicrobica. Il documento finale del G7 Salute di G.R.

Ma anche trarre insegnamento dalle passate emergenze sanitarie globali, "promuovendo la salute come valore per le nostre società, investendo nella prevenzione, nella preparazione e nella risposta alle emergenze sanitarie, promuovendo la produzione regionale di prodotti sanitari e promuovendo l'accesso equo a servizi sanitari di qualità e a contromisure mediche a prezzi accessibili". Promuovere una vita in salute, l'attività fisica, una dieta equilibrata e contrastare l'uso di alcol e fumo tra i più giovani.

11 OTT -

"Riaffermiamo il nostro impegno ad accelerare i progressi verso il raggiungimento degli Obiettivi di Sviluppo Sostenibile relativi alla salute. Continueremo a far progredire la copertura sanitaria universale, anche attraverso politiche di prevenzione lungo tutto l'arco della vita e attraverso lo sviluppo e l'adozione di innovazioni sanitarie e nuove tecnologie per affrontare gli impatti sulla salute dei cambiamenti demografici e le esigenze sanitarie di una popolazione che invecchia".

Trarre insegnamento dalle passate emergenze sanitarie globali, "promuovendo la salute come valore per le nostre società, investendo nella prevenzione, nella preparazione e nella risposta alle emergenze sanitarie, promuovendo la produzione regionale di prodotti sanitari e promuovendo l'accesso equo a servizi sanitari di qualità e a contromisure mediche sicure, efficaci, di qualità garantita e a prezzi accessibili".

"Affrontare i determinanti economici, sociali e ambientali delle malattie, che continuano a colpire ampie fasce della popolazione, in particolare i gruppi più vulnerabili e svantaggiati. Ci impegniamo inoltre a promuovere la salute e i diritti sessuali e riproduttivi per tutti e a far progredire la salute materna, dei neonati, dei bambini e degli adolescenti, soprattutto per coloro che si trovano in condizioni di vulnerabilità".

E poi, attuazione efficace di un approccio One Health, lotta all'antibiotico resistenza e al cambiamento climatico.

Questi, in sintesi, i principali impegni inclusi nel documento finale approvato dai ministri della Salute riuniti in questi giorni ad Ancora per il G7.

Il documento è strutturato in tre grandi capitoli. Questi i contenuti principali.

Capitolo 1: Architettura della salute globale e preparazione e risposta alla prevenzione delle pandemie

Chiediamo di continuare a sostenere il **Fondo per le pandemie**, anche ampliando la base dei donatori, con il sostegno di nuovi donatori sovrani, filantropi e del settore privato. Chiediamo almeno 2 miliardi di dollari di nuovi impegni nei prossimi due anni e un importo almeno equivalente di cofinanziamento per sostenere l'attuazione del Piano strategico a medio termine del Fondo per le pandemie 2024-2029.

Consapevoli dell'obiettivo dell'**Unione Africana di produrre localmente il 60% dei vaccini africani entro il 2040**, sosteniamo la diversificazione regionale dello sviluppo e della produzione di MCM, comprese le iniziative regionali di produzione di vaccini, nonché la consegna dell'ultimo miglio, compresa la risoluzione delle barriere normative. Continueremo a sostenere gli sforzi per migliorare la capacità di produzione farmaceutica in Africa per far progredire l'UHC, rafforzare la PPR globale contro le pandemie e promuovere la crescita economica e l'innovazione. Abbiamo già stanziato più di 2,7 miliardi di dollari a sostegno dello sviluppo di un'industria regionale sostenibile e sottolineiamo l'importanza del continuo impegno dei partner africani e della mobilitazione delle risorse nazionali per sostenere questa agenda. Accogliamo con favore l'istituzione dell'acceleratore africano per la produzione di vaccini (AVMA) sulla base del sostegno alla preparazione alle pandemie e all'accesso equo ai vaccini.

Chiediamo inoltre di continuare a sostenere la produzione e l'accesso a vaccini, diagnostici e altri prodotti sanitari nella regione dell'America Latina e dei Caraibi, prendendo atto del partenariato UE-ALC sulla resilienza sanitaria e l'accesso ai prodotti sanitari, in risposta alle priorità UE-CELAC 2024-2027.

Ci impegniamo a **porre fine all'HIV, alla tubercolosi e alla malaria come minacce per la salute pubblica entro il 2030**, continuando a sostenere con forza il Fondo Globale per la lotta all'AIDS, alla tubercolosi e alla malaria

in vista del suo prossimo ciclo di ricostituzione, nonché a sostenere gli sforzi per eliminare le malattie tropicali trascurate e sradicare la poliomielite come minacce per la salute pubblica entro il 2030, e a contrastare gli effetti del cambiamento climatico sulle malattie infettive, comprese le recenti epidemie di colera e dengue, che hanno un impatto sproporzionato su coloro che vivono in situazioni di vulnerabilità ed emarginazione. Lodiamo inoltre gli sforzi dell'Iniziativa Globale per l'Eradicazione della Polio e chiediamo di mantenere forti gli sforzi per raggiungere l'eradicazione entro il 2030.

Continuiamo a ribadire l'urgente necessità di promuovere l'innovazione e di **rafforzare e accelerare la ricerca e lo sviluppo (R&S) e la produzione**, anche promuovendo il rafforzamento normativo e studi clinici inclusivi, ben progettati e ben implementati, con popolazioni di studio diverse.

Ci impegniamo a far progredire l'UHC e a investire in sistemi sanitari resilienti, nella fornitura di servizi di assistenza sanitaria di base e in una forza lavoro sanitaria qualificata, anche attraverso l'Accademia dell'OMS, il G20 Public Health Workforce Laboratorium e l'UHC Knowledge Hub. Sosteniamo inoltre il ruolo dell'Hub dell'OMS per l'intelligence sulle pandemie e le epidemie per una sorveglianza collaborativa volta a ridurre al minimo l'impatto delle minacce pandemiche ed epidemiche.

Capitolo 2: Invecchiamento sano e attivo attraverso la prevenzione e l'innovazione lungo tutto l'arco della vita

Le politiche per la salute e la governance partecipativa sono le pietre miliari della promozione della salute e della prevenzione per ottenere una vita lunga e sana. Riconosciamo l'importanza di integrare i determinanti sociali, economici, occupazionali e ambientali della salute e le considerazioni sull'equità sanitaria in tutti i nostri sforzi. Sottolineiamo l'importanza di un **invecchiamento sano e attivo attraverso la prevenzione lungo tutto l'arco della vita** con interventi basati sull'evidenza, anche promuovendo una prospettiva di economia del benessere che pone la salute al centro del benessere sociale.

Riconosciamo il diritto di tutti al godimento del più alto livello raggiungibile di salute fisica e mentale e adotteremo misure collettive per promuovere l'accesso universale a servizi sanitari completi in ogni fase della vita, rafforzando i sistemi sanitari verso l'assistenza sanitaria primaria, compresa la salute materno-infantile e la salute sessuale e riproduttiva completa e i diritti per tutti, in particolare per le persone che vivono in situazioni vulnerabili ed emarginate.

Sottolineiamo che gli obiettivi chiave per uno stile di vita sano e per la **prevenzione delle malattie non trasmissibili (MNT)** sono entrambi azioni intersettoriali di promozione della salute, che comprendono diete sane, attività fisica, un ambiente sano, un sano equilibrio tra lavoro e vita privata e la prevenzione dell'uso nocivo di alcol per affrontare i determinanti della salute. Riconosciamo anche i danni del consumo di prodotti del tabacco e la necessità di proteggere le generazioni presenti e future dalle devastanti conseguenze sanitarie, sociali, ambientali ed economiche del consumo di tabacco e dell'esposizione al fumo di tabacco, nonché dalla dipendenza da nicotina, e di garantire un elevato livello di protezione della salute per le nostre popolazioni, per contribuire a consentire un invecchiamento sano della società e ridurre i decessi prevenibili. Come strumento di prevenzione, riconosciamo anche l'importanza di proteggere, in particolare, i giovani dal consumo di prodotti del tabacco e dalla dipendenza da nicotina.

Sottolineiamo l'importanza di un'**alimentazione sana, varia, equilibrata** e che segua modelli dietetici scientificamente fondati, per quanto possibile, su una diversità di alimenti, compresi quelli coltivati localmente, privi di contaminazioni e prodotti in modo sostenibile, per affrontare tutte le forme di malnutrizione, compresa la denutrizione e l'obesità, e realizzare progressivamente il diritto a un'alimentazione adeguata nel contesto della sicurezza alimentare nazionale.

Sottolineiamo il **ruolo essenziale dell'attività fisica**, come fattore protettivo per il benessere fisico e mentale e come misura preventiva e terapeutica. Sottolineiamo inoltre l'importanza di ridurre lo stile di vita sedentario, quale principale fattore di rischio per le MNT, e chiediamo una maggiore promozione dell'attività fisica da parte delle politiche di salute pubblica e dei piani nazionali per l'attività fisica a tutte le età, a seconda dei casi. Le scuole, i luoghi di lavoro e gli ambienti di vita sono un contesto importante per migliorare l'attività fisica.

Sottolineiamo che la **vaccinazione è una misura preventiva essenziale** e ribadiamo il ruolo cruciale dell'immunizzazione di routine e delle campagne, a sostegno dell'Agenda 2030 dell'OMS sull'immunizzazione. La vaccinazione è essenziale per prevenire la trasmissione delle malattie infettive, l'insorgenza e il

contenimento di focolai ed epidemie e per ridurre il peso della resistenza antimicrobica. È anche una delle misure più importanti per ridurre la mortalità e la morbilità lungo tutto l'arco della vita, soprattutto tra i bambini. Sottolineiamo la necessità di vaccini sicuri, efficaci, di qualità garantita, accessibili e disponibili tempestivamente.

Sfruttare le tecnologie digitali è essenziale per innovare e mantenere aggiornati i servizi sanitari, sostenendo un'assistenza sanitaria più efficiente, inclusiva, resiliente, equa e sostenibile, verso il raggiungimento dell'UHC e degli obiettivi sanitari globali, in particolare l'SDG 3. Inoltre, l'integrazione di tecnologie sanitarie digitali all'avanguardia può migliorare la sorveglianza delle malattie e consentire una rapida ed efficace risposta alle emergenze sanitarie.

Gli strumenti, le tecnologie e i servizi di **sanità digitale** possono migliorare l'assistenza sanitaria di base e promuovere l'equità quando sono adeguatamente integrati nei percorsi di cura. Ciò può ridurre il carico amministrativo per gli operatori sanitari, consentire il monitoraggio a distanza e ridurre la pressione sugli ospedali, con l'obiettivo di ottenere un accesso più equo all'assistenza sanitaria collegando meglio gli ospedali con i servizi sanitari locali.

Un impatto importante sull'innovazione è atteso anche dagli ulteriori progressi dell'**intelligenza artificiale (IA)**. Il nostro obiettivo è facilitare la diffusione di un'IA incentrata sull'uomo, etica, equa, sicura e affidabile, che fornisca benefici tangibili a pazienti, operatori sanitari e sistemi sanitari.

Capitolo 3: L'approccio One Health

La salute degli esseri umani, degli animali, delle piante e degli ecosistemi è interdipendente e dobbiamo affrontare una serie di sfide sanitarie trasversali a questi settori, tra cui la resistenza antimicrobica e l'impatto dei cambiamenti climatici sulla salute. L'approccio One Health fornisce un quadro potente per ottimizzare in modo sostenibile i risultati sanitari riconoscendo questa interconnessione.

L'attuazione dell'approccio è essenziale per garantire che tutti i settori e le parti interessate lavorino insieme in modo efficace e intersettoriale, anche per affrontare la triplice crisi planetaria del cambiamento climatico, della perdita di biodiversità e dell'inquinamento.

Rimaniamo profondamente preoccupati per l'emergere e la diffusione della **resistenza antimicrobica**, in particolare della resistenza agli antibiotici, ma anche della resistenza ai farmaci antimicotici, antivirali e antiparassitari.

Riconosciamo la necessità che tutti i Paesi dispongano di Piani d'Azione Nazionali sulla resistenza antimicrobica (PAN) multisettoriali e prioritari, che attuino l'Approccio One Health, con finanziamenti adeguati a carico dei bilanci nazionali. Affermiamo il valore del monitoraggio e della valutazione per migliorare le politiche e i programmi, dare priorità alle attività e agli investimenti, informare il processo decisionale e promuovere la responsabilità a livello nazionale, regionale e internazionale.

Ribadiamo con grande preoccupazione che la **crisi climatica** è anche una crisi sanitaria urgente con impatti sugli ecosistemi, sulla salute umana, sulla salute animale e sulla produzione alimentare. Abbiamo bisogno di una risposta internazionale collettiva e coordinata che segua l'approccio One Health.

https://www.quotidianosanita.it/governo-e-parlamento/articolo.php?articolo_id=124982

G7 Health Ministers' Communiqué

Ancona, October 10-11, 2024

Preamble

1. We, the G7 Health Ministers, convened in Ancona, Italy, on October 10th - 11th, 2024, at a time of profound global challenges. Regions worldwide are grappling with interconnected security, demographic, socio-economic and political issues, all of which are intensified by the impacts of climate change.
2. We condemn in the strongest possible terms Russia's illegal, unjustifiable and unprovoked war of aggression against Ukraine, which has caused devastating impacts for the Ukrainian people, including mass displacement and severe humanitarian need. We underscore the significant disruptions of the Ukrainian health system. We are committed to supporting the government of Ukraine in their continued effort to protect the health of the Ukrainian people. We reiterate our strongest condemnation of the brutal terrorist attacks conducted by Hamas against Israel on 7 October 2023. We deplore all losses of civilian lives and are deeply concerned by the impact of the conflict on civilians in Gaza and in the region, who need effective humanitarian assistance and access to food, basic hygiene, health and dignity. We reiterate the absolute need for the civilian population in Gaza to be protected and that there must be full, rapid, safe, and unhindered humanitarian access, as a matter of absolute priority. We are also deeply concerned about the situation in Lebanon. We remain seriously concerned also about armed conflicts still affecting many other countries, such as Sudan. We call on the parties to take active steps to reduce tensions and ensure the safety of all civilians, including humanitarian personnel. We also urge them to protect civilian infrastructure and health care facilities, in particular.

<https://www.quotidianosanita.it/allegati/allegato1728649584.pdf>

COMMENTO - Online per la prima volta il, 26 settembre 2024

Rafforzare la terapia intensiva: affrontare le sfide e cogliere le opportunità

Elie Azoulay  Maurizio Cecconi · di Jan J De Waele

[Affiliazioni e note](#) ▾ [Informazioni sull'articolo](#) ▾

La pandemia di COVID-19 ha evidenziato l'urgente necessità di rafforzare l'Unione sanitaria europea, poiché gli stati membri hanno mostrato una preparazione non uniforme e una scarsa collaborazione.

La terapia intensiva non è riconosciuta come una specialità nell'allegato V della direttiva 2005/36/CE, ostacolando la libera circolazione degli intensivisti in Europa. ¹

Sorprendentemente, trasferire i pazienti tra i paesi durante la crisi del COVID-19 è stato più facile che spostare gli operatori sanitari attraverso questi stessi confini, ² evidenziando la necessità di un'organizzazione sanitaria transnazionale. 4 anni dopo, le unità di terapia intensiva (UTI) in tutta Europa sono ancora sottoposte a un'enorme pressione, con risorse e personale al limite.

Un'altra pandemia esporrebbe le stesse debolezze in termini di capacità e preparazione, ma in misura peggiore rispetto al 2020. Prima dello scoppio, la capacità delle UTI variava ampiamente in Europa.

Nonostante gli sforzi per espandere la capacità delle UTI, la carenza di personale era un problema più grande della disponibilità di posti letto. ³ Per mitigare questo problema, l'UE e la European Society of Intensive Care Medicine (ESICM) hanno avviato un programma di formazione sui prerequisiti di base per medici e infermieri che solitamente non lavorano in terapia intensiva. ⁴

Un coordinamento più forte a livello UE per allocare pazienti e personale oltre confine è fondamentale per costruire sistemi di terapia intensiva più resilienti.

Gli sforzi collaborativi con il Parlamento europeo, l'OMS e altri stakeholder internazionali sono essenziali per condividere le migliori pratiche, coordinare le risposte e migliorare la preparazione per future crisi sanitarie.

[https://www.thelancet.com/journals/lanres/article/PIIS2213-2600\(24\)00294-7/abstract?dgcid=raven_jbs_aip_email](https://www.thelancet.com/journals/lanres/article/PIIS2213-2600(24)00294-7/abstract?dgcid=raven_jbs_aip_email)

Careggi, AOU Marche e Humanitas gli ospedali con le migliori performance.

Agenas presenta il nuovo Programma nazionale esiti. Ricoveri in aumento, ma ancora troppe differenze a livello inter e intra-regionale

Ester Maragò

Il nuovo report mostra nel 2023 un aumento dei ricoveri programmati e diurni. Ancora in affanno invece i ricoveri urgenti. Boom di interventi per il trattamento tumore maligno della mammella che supera addirittura l'asticella del 2019. Aumenta la tempestività di accesso entro 90' all'angioplastica coronarica nei pazienti con infarto. In Sicilia la struttura "più" veloce. A guidare gli ospedali con le migliori performance in più aree: l'AOU Careggi seguita dall'AOU delle Marche e dall'Istituto Clinico Humanitas di Rozzano.

29 OTT -

Mollano gli ormeggi gli ospedali italiani ormai liberi, chi più chi meno, dalla zavorra della pandemia. Nel 2023 i ricoveri tornano a essere quasi 8 milioni (+312mila rispetto al 2022) accorciando quindi ulteriormente le distanze dai livelli pre-pandemici (-10% rispetto al 2019). Vento in poppa in particolare per i ricoveri programmati e quelli diurni, rispettivamente con appena un -3% e -4% dai livelli pre Covid. Sono invece ancora in affanno i ricoveri urgenti: rispetto al 2019, il gap è rimasto sostanzialmente invariato e si conferma una riduzione del 12%.

Sul fronte qualità, cresce il numero degli ospedali con livelli di eccellenza per almeno il 50% dell'attività svolta: + 33% rispetto al 26% del 2022.

Tuttavia il tallone d'Achille, non è più il divario Nord-Sud Italia, ma una eccessiva frammentazione nei volumi di attività che si traduce in una allarmante differenza intra-regionale e spesso anche inter-aziendale. Preoccupa infatti, in alcuni ambiti, la preponderanza di strutture a volume molto basso di prestazioni non allineate agli standard indicati dal Dm 70 e dalle linee guida internazionali. Strutture che mal si sposano con out-come di qualità e lontane dall'assicurare i Lea.

Qualche esempio? Migliora l'offerta delle performance assistenziali per il trattamento tumore maligno della mammella che supera addirittura l'asticella del 2019: il numero delle strutture con alti volumi di attività aumenta, ma ce ne sono ancora ben 201 sotto la soglia indicata dal Dm 70, e quindi a rischio.

Nel cardiovascolare vanno bene i tempi di accesso alla PTCA entro 90 minuti, tra gli indicatori di efficienza del sistema. Recuperano gli interventi di Bypass aorto-coronarico isolato e totale, "procedura tracciante" della qualità dell'assistenza in cardiocirurgia, sui quali pesa però la parcellizzazione dell'offerta. Il risultato?

Anche in questo caso ci sono troppe strutture con bassi o bassissimi volumi di attività.

Anche sul fronte delle fratture di femore negli over65 operate entro le 48 ore, indicatore paradigmatico della qualità del processo assistenziale in ambito traumatologico, cresce la percentuale di pazienti che entrano in camera operatoria nei tempi previsti, eppure oltre la metà delle strutture rimane ben al di sotto dello standard del 60% indicato dal Dm 70, e con un'ampia variabilità intra-regionale.

Ultimo ma non ultimo, 137 punti nascita sono ancora sotto la soglia minima dei 500 parti l'anno, un numero di prestazioni troppo basso che non garantisce la sicurezza della mamma e del bambino.

Questo in sintesi il quadro delineato dagli analisti di Agenas che hanno presentato oggi a Roma presso il Cnel i risultati dell'Edizione 2024 del Programma nazionale esiti (Pne). Un Pne che, in linea con il trend degli ultimi anni, si perfeziona sempre di più e stringe le maglie per valutare con accuratezza gli out come degli ospedali pubblici e privati.

Anche per questa edizione parlare di classifiche non è più un tabù: le strutture con performance di eccellenza sono ormai sotto i riflettori grazie all'utilizzo sempre più accurato una sorta di "radar" in grado di intercettare la qualità delle attività ospedaliere, ossia il treemap, modalità sintetica che attraverso indicatori di volume, processo ed esito evidenzia le criticità delle realtà assistenziali per singola struttura.

E quest'anno sul podio di Agenas troviamo l'Ao Careggi con le migliori performance e in più aree, seguita l'Azienda Ospedaliero Universitaria delle Marche e dall'Istituto Clinico Humanitas di Rozzano.

"Il sistema del Pne è unico al mondo e produce dei dati non contestabili, andiamo a vedere il comportamento dei professionisti e mettendo insieme i dati riusciamo a definire il comportamento delle singole aziende. Nel 2023 il sistema è ripartito dopo l'emergenza. Ci sono eccellenze al Nord, ma iniziano ad esserci anche al Sud e il divario si sta riducendo. Per la prima volta la Calabria che per anni è stata maglia nera dei Lea non lo è più", e ha fatto un "notevole il balzo in avanti con reparti con situazioni di buona sanità. Merito del commissario Occhiuto. Anche la Sicilia ha fatto un buon balzo in avanti, vuol dire che è stato fatto un buon lavoro". Ha spiegato Domenico Mantoan, direttore generale Agenas, parlando con i giornalisti a margine della presentazione.

Indicatori e ospedali sotto la lente.

Sotto la lente di Agenas è finita l'attività assistenziale effettuata nel 2023 in 1.363 ospedali pubblici e privati e anche quella dal 2015 al 2022. Gli analisti hanno messo in campo per questa nuova edizione, 10 indicatori in più rispetto all'anno precedente, per un totale di 205 indicatori di cui: 180 relativi all'assistenza ospedaliera (70 di esito/processo, 88 di volume e 22 di ospedalizzazione) e 25 relativi all'assistenza territoriale, valutata indirettamente in termini di ospedalizzazione evitabile (14 indicatori), esiti a lungo termine (7) e accessi impropri in pronto soccorso (4).

Si conferma quindi un sistema in continua evoluzione e sempre più "chirurgico": attualmente sono in sperimentazione 8 nuovi indicatori, di cui 3 in ambito oncologico (pancreas, polmone e stomaco), 2 in ambito neurologico (ictus) e 3 in ambito cardiologico (relativi all'infarto acuto del miocardio).

Per quanto riguarda il treemap (mappa ad albero) - l'atout vincente del Pne che consente ad operatori sanitari, manager e decisori politici di avere una visione rapida dei dati delle strutture ospedaliere e definire strategie di azione in maniera appropriata - sono 20 gli indicatori selezionati per 8 aree cliniche (cardio-circolatorio, nervoso, respiratorio, chirurgia generale, chirurgia oncologica, gravidanza e parto, osteomuscolare, nefrologia) attraverso i quali sono state passate al setaccio 950 delle 1.363 strutture analizzate dal Pne (il 70% del totale, era il 66% nel 2022), pari a circa il 90% dei ricoveri nelle aree cliniche considerate. Le strutture per le quali è stato possibile valutare, almeno con un indicatore, tutte e 8 le aree cliniche sono state 171; di queste, 2 hanno raggiunto livelli di qualità alti o molto alti per tutte le aree.

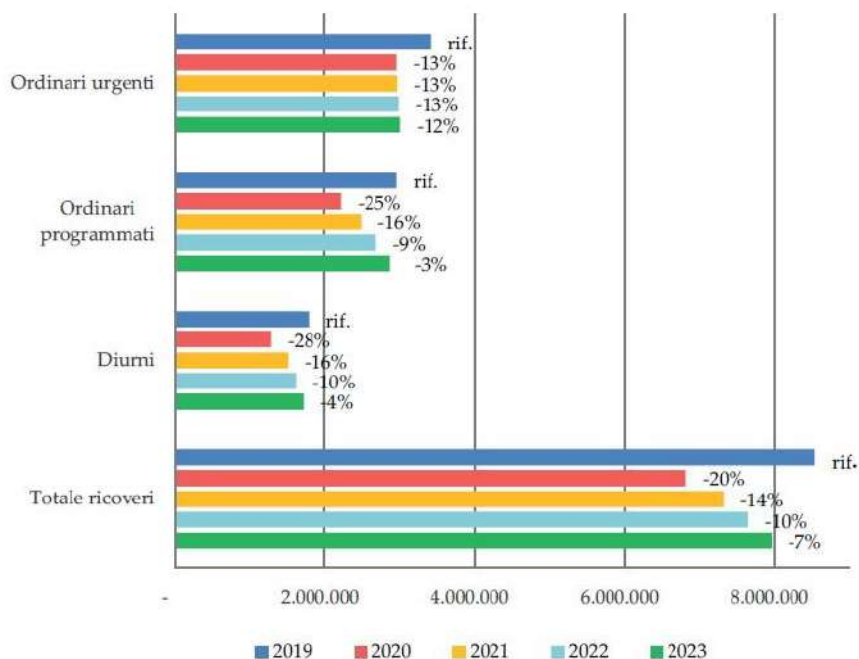
Vediamo quali sono i dati più rappresentativi dello "stato di salute" delle strutture ospedaliere Ospedalizzazioni in recupero.

Come già sottolineato, nel 2023, il quadro d'insieme indica una crescita delle ospedalizzazioni, che tornano a essere quasi 8 milioni (312mila in più rispetto al 2022). Il recupero, calcolato rispetto al 2019, ha riguardato specificamente i ricoveri programmati (-3%) e quelli diurni (-4%), mentre è rimasto sostanzialmente invariato il *gap* sui ricoveri urgenti, per i quali si conferma una riduzione del 12%.

Rientra nei ranghi l'attività programmata delle strutture private accreditate, rispetto al comparto pubblico che si è risvegliato dopo lo shock pandemico. Un'attività che si era intensificata durante la partita contro il Covid 19 grazie alla delocalizzazione dei pazienti e/o delle équipe chirurgiche con l'obiettivo di recuperare prestazioni elettive non effettuate durante il lockdown. Dal 44% nel periodo pre-pandemico è passata al 46% nel 2020 per raggiungere il picco massimo del 47% nel 2021 e riassetarsi nel 2023 al 45.

Un andamento analogo si è registrato anche a carico dei ricoveri diurni, in cui la quota a carico del settore privato è cresciuta dal 28% nel periodo pre-pandemico al 31% del 2021, per poi scendere al 29% nel 2022 e nel 2023.

Volumi e variazioni percentuali dei ricoveri durante il periodo pandemico rispetto ai livelli pre-pandemici, per regime e tipologia di ricovero. Italia, 2019-2023



Area cardio e cerebrovascolare

Infarto miocardico acuto. Trend in crescita dei ricoveri per IMA dopo la battuta di arresto del 2020 seppur con valori lievemente inferiori a quelli del 2022 (circa 900 ricoveri in meno e 5,1%, pari a 5.700 ricoveri in meno rispetto al 2019).

Migliora la mortalità a 30 giorni dall'ammissione in ospedale: ha registrato nel 2023 una percentuale del 7,1%, in calo rispetto al 2022 (7,8%) e con un riallineamento al trend pre-pandemico. Emerge però anche una certa variabilità intra-regionale, più accentuata in Molise e Campania.

Il Pn 2024 ha poi considerato separatamente le due tipologie di infarto STEMI e NSTEMI. È emerso come per la prima, caratterizzata da una maggiore gravità, ci sia stato un pieno riallineamento al trend pre-pandemico, mentre per gli NSTEMI il gap si è non ancora pienamente riassorbito: in particolare, i ricoveri nel 2023 sono diminuiti del 12% in meno (-8mila ricoveri) rispetto all'atteso in base al trend pre-pandemico.

Angioplastica coronarica (Ptca) entro 90 minuti nei pazienti con infarto (Stemi) Migliora la tempestività di accesso all'angioplastica coronarica (Ptca) in pazienti affetti da infarto miocardico acuto con soprallivellamento del tratto ST (Stemi), uno tra gli indicatori di efficienza del sistema: rimasta complessivamente costante nel triennio pandemico è passata da un valore mediano del 57% nel 2022 al 63% nel 2023.

Dai dati emerge una importante eterogeneità territoriale, tuttavia sono molte le regioni che superano la soglia del 60% indicata nel Dm 70/2015, tra queste spiccano il Veneto, le Marche e l'Emilia Romagna. Una marcata variabilità intra-regionale è invece emersa in Umbria, Friuli Venezia Giulia, Campania e Calabria. Allarme rosso in Liguria e Sardegna.

In particolare delle strutture valutate con il Treemap, sono 17 quelle al Nord con più di 100 casi trattati ogni anno e alti livelli di performance registrati negli ultimi 4 anni (10 quelle che hanno migliorato i loro out come nell'ultimo anno), e ben 18 quelle al Centro e Sud Isole (11 quelle in miglioramento nell'ultimo anno, di 4 al Centro e 7 al Sud e Isole).

A capitanare la classifica totale delle strutture con le migliori performance è una struttura della Sicilia il presidio ospedaliero Barone Romeo di Messina con il 90,33% dei casi trattati entro 90 minuti dal primo accesso, seguito dall'Ospedale del Cuore Pasquinucci (Massa Carrara) con l'85% e dal Presidio ospedaliero di Chiari a Brescia con l'83,5% dei casi trattati nei tempi previsti.

Nello specifico, al Nord troviamo 3 strutture del Piemonte, 5 della Lombardia, 1 rispettivamente della Pa di Trento e Bolzano 1 in Liguria e 6 in Emilia Romagna (17 in totale)

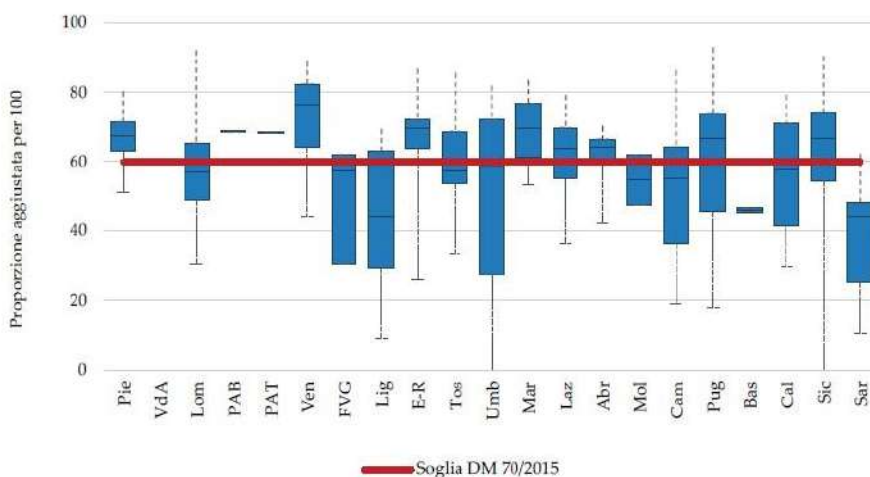
Ospedale Maria Vittoria (To), Ospedale Santa Croce (To), Ospedale degli Infermi (Bl), Ospedale Sondrio (So), Ospedale Bolognini (Bg), PO di Chiari (Bs), Fondazione Poliambulanza (Bs), Ospedale C. Poma (Mn), Ospedale Centrale di Bolzano, PO S. Chiara (Tn), Ospedale Sant'Andrea (Sp), Ospedale Maggiore C.A. Pizzardi (Bo), Ospedale Santa Maria delle Croci (Ra), Ospedale Morgagni-Pierantoni (Fc), Ospedale Infermi (Rn), Nuovo Ospedale Civile S. Agostino – Este (MO), Azienda Ospedaliero-Universitaria (Fe)

Al Centro-Sud e Isole sono in totale 18 le strutture: 1 in Toscana e in Umbria, 2 nella Marche, 4 nel Lazio, 1 in Campania, 2 in Puglia, 1 in Calabria 5 in Sicilia e 1 in Sardegna.

Ospedale del Cuore G. Pasquinucci (MS), Ospedale San Giovanni Battista Foligno (PG), Stabilimento di Pesaro, Stabilimento di Macerata, Presidio Ospedaliero Nord (LT), Ospedale F. Spaziani (FR), Policlinico Casilino (RM), AOU Policlinico Tor Vergata (RM), PO Maria SS. Addolorata (SA), Casa di Cura Villa Verde Srl (TA), Casa di Cura Città di Lecce, AOU Mater Domini (CZ), PO S. Giovanni di Dio (AG), PO Giovanni Paolo II (AG), PO Barone-Romeo Patti (ME), PO S. Antonio Abate (TP), Ospedale Civico di Palermo, Policlinico Monserrato (CA).

Maglia nera invece a 14 strutture con volumi superiori ai 100 casi trattati in un anno che non riescono ad assicurare la Ptca entro i 90 minuti dal primo accesso, dal peggiore al meno peggio: Aou Giaccone Palermo (Sicilia), ospedale San Giuliano Napoli (Campania), Monaldi Napoli (Campania), Stabilimento Santissima Annunziata Sassari (Sardegna), Ospedale San Paolo Savona (Liguria), Po Riuniti Reggio Calabria (Calabria), PO Smm sede Udine (Friuli Venezia Giulia), Irccs San Raffaele Milano (Lombardia), Stabilimento ospedaliero Sanremo Imperia (Liguria), Ospedale Casa sollievo della sofferenza Foggia (Puglia), Nuovo ospedale di Prato Santo Stefano (Toscana), policlinico Umberto I Roma (Lazio), Aoor San Giovanni di Dio e Ruggi d'Aragona (Salerno), Istituto auxologico italiano San Luca Milano (Lombardia).

STEMI: proporzione di trattati con PTCA entro 90' dall'accesso in struttura di ricovero, per Regione/P.A. Italia, 2023



Bypass aorto-coronarico isolato e totale. Per quanto riguarda i bypass aorto-coronari (BAC) isolati (ossia non associato a interventi su valvole o endoarteriectomie), considerati “procedura tracciante” della qualità dell’assistenza in cardiocirurgia, dopo l’importante battuta di arresto durante la pandemia, la forbice si è ulteriormente accorciata, con uno scarto dal trend pari al 5,5% (circa 750 ricoveri in meno).

Sul fronte dei volumi di attività qualcosa si muove ma gli standard pre pandemici non sono ancora stati raggiunti pienamente: le strutture che superano la soglia minima dei 200 interventi/anno indicata dal Dm 70/2015, sono 18 pari al 35% del volume complessivo dei ricoveri: era al 24% nel 2022, al 37% nel 2019.

L’edizione 2024 ha puntato i riflettori anche sul totale dei BAC (inclusi quindi quelli associati a interventi su valvole o endoarteriecto), cartina al tornasole dell’expertise maturata dai cardiocirurghi, in questo caso le strutture con volumi uguali o superiori alla soglia salgono a 38, pari al 60% della casistica complessiva.

La mortalità a 30 giorni da un intervento di BAC isolato, si è progressivamente ridotta da 1,9% nel 2022 a 1,5% nel 2023, ma rimane ancora dunque al di sotto della soglia del 4% indicata dal DM 70. È allarme rosso in Campania, Sicilia e Sardegna, regioni in cui nel 2023 si supera la soglia del 4%.

Le 18 strutture che hanno effettuato 200 o più interventi di BAC isolato sono:

Policlinico Universitario "Agostino Gemelli" (Roma), Aoor "San Giovanni di Dio e Ruggi D'Aragona" (Salerno), Stabilimento "Umberto I - G. M. Lancisi" (Ancona), Villa Maria Cecilia Hospital di Cotignolan(Ravenna), P.O. "SS. Annunziata" (Chieti), "Ospedale del Cuore G. Pasquinucci" (Massa Carrara), Aou Mater Domini (Catanzaro), Aou Careggi (Firenze), Ospedale di Treviso, Aou Sant'Andrea (Roma), Policlinico Universitario "Campus Biomedico" (Roma), Casa di cura Montevergine (Avellino), Ospedale di Mestre (Venezia), Hesperia Hospital (Modena), Po Cattinara e Maggiore (Trieste) AOU Parma, Ospedale civile di Legnano (Milano), PO Gaspare Rodolico (Catania).

Sono invece 15 le strutture con più bassi volumi di attività di Bac totale (meno di 100 interventi l'anno):

Casa di cura Pio XI (Roma), Irccs Multimedica (Milano), Fondazione Cnr- Rt G. Monasterio (Pisa), Istituto clinico San Rocco spa (Brescia), Irccs Ospedale Galeazzi Sant'Ambrogio (Milano), Casa di cura Policlinico Monza e Brianza, Torino nord emergenza San Giovanni Bosco (Torino), Fondazione Poliambulanza (Brescia), Policlinico di Monza spa, Presidio clinico Novara, AO di Perugia, fondazione Irccs Ca' Granda ospedale maggiore (Milano), centro cardiologico Fondazione Monzino (Milano), Ao Santa Maria Terni, Ospedale San Carlo di Nancy (Roma), Ospedale privato accreditato Villa Torri Bologna.

Figura 16

Bypass aorto-coronari (isolati e totali): distribuzione delle strutture per classi di volume di intervento. Italia, 2023

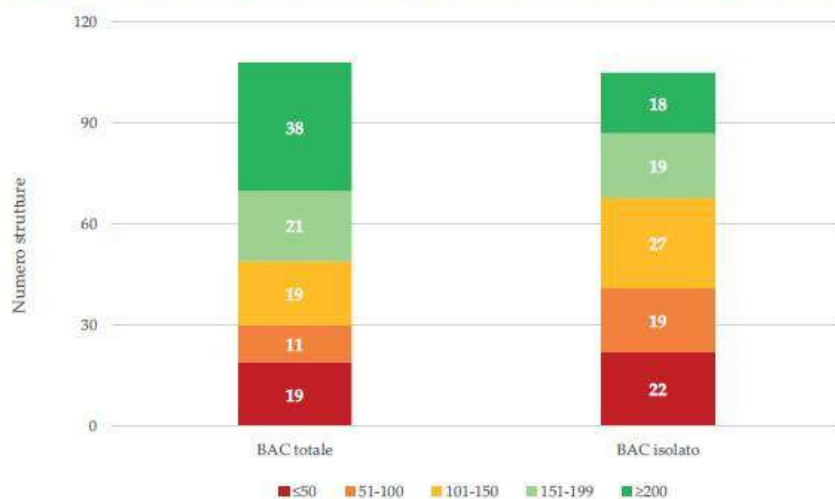
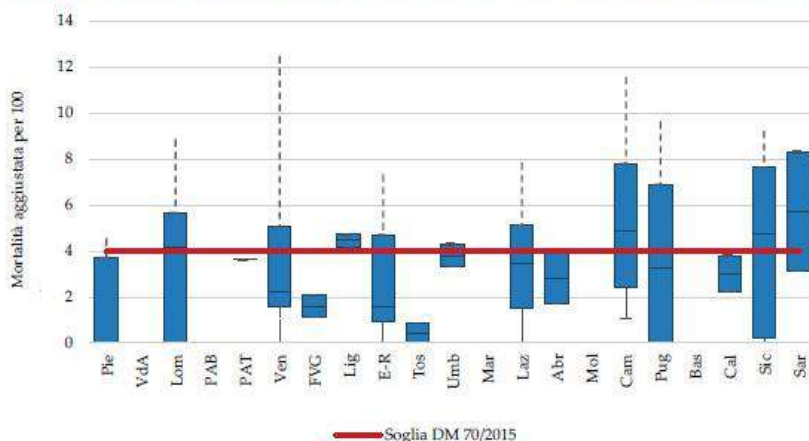


Figura 17

Bypass aorto-coronarico isolato: mortalità a 30 giorni (con nuove variabili cliniche), per Regione/P.A. Italia, 2023



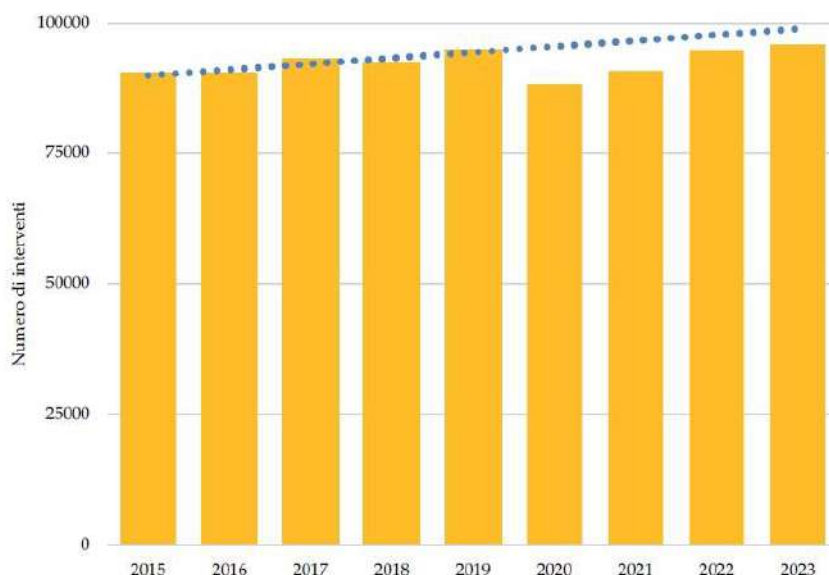
Ictus ischemico I ricoveri per questa patologia tempo di pendente, dopo la contrazione registrata nel 2020 (-11% rispetto all'atteso) e il parziale recupero nel biennio successivo sono ulteriormente cresciuti nel 2023, con riallineamento pressoché totale al trend pre pandemico (-2,0%).

Per quanto riguarda la mortalità a 30 giorni dal ricovero per ictus ischemico, si è registrata nel 2023 un'ulteriore riduzione rispetto all'anno precedente, con un valore di 9,4% (era 10,7% nel 2022), pressoché in linea con il trend.

Area muscolo-scheletrica

Frattura del collo del femore operata in 48 ore. Aumentano i ricoveri chirurgici per frattura di femore (95.808 in totale): 1.200 in più rispetto al 2022, e con un lieve disallineamento sul valore atteso (-3,0%, corrispondente a circa 3mila ricoveri in meno). Lieve miglioramento anche della concentrazione dei volumi con 420 strutture che hanno raggiunto la soglia dei 75 interventi/annui indicata dal Dm 70. Tuttavia 182 strutture (9 in più rispetto al 2022) hanno volumi di attività particolarmente esigui (0,5% della casistica totale).

Numero di interventi per frattura del collo del femore. Italia. 2015-2023



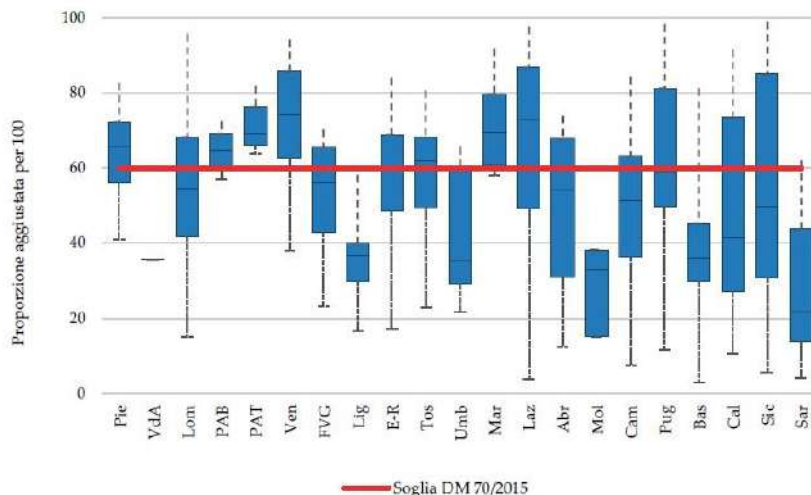
Ma è sulla tempestività di accesso all'intervento chirurgico che si gioca la partita dell'efficienza delle strutture e la qualità del processo assistenziale in ambito traumatologico. Nel 2023 aumenta lievemente la percentuale di pazienti over65 operati entro le 48 ore: in media il 59%, contro il 53% del 2022 e il 48% del 2021, ma oltre la metà delle strutture rimane ben al di sotto dello standard del 60% indicato dal Dm 70, e con un'ampia variabilità intra-regionale: le Regioni con le migliori performance sono guidate dal Veneto, bene anche il Lazio con qualche macchia in alcune strutture, e le provincie di Trento e Bolzano. Grandi criticità in Calabria, Liguria, Basilicata, Umbria Molise e Sardegna.

Sono 14 le strutture di eccellenza, valutate con il sistema treemap, che hanno mantenuto in particolare altissimi standard negli ultimi quattro anni con pazienti entrati in camera operatoria entro le 48 ore dal primo accesso e volumi di attività superiori ai 100 casi: Ospedale di Monopoli (Bari), Ospedale Sandro Pertini (Roma), Po San Giovanni di Dio (Agrigento), Ospedale di San Donà di Piave (Venezia), Ospedale San Paolo (Roma), Ospedale di Feltre (Belluno), Po Trigona (Siracusa), Ao San Camillo Forlanini (Roma), Stabilimento di Jesi (Ancona), Irccs Policlinico San Donato (Milano), Ospedale di Venere (Bari), Ospedale di Portogruaro (Venezia), Ospedale Versilia (Lucca), Ospedale Guzzardi (Ragusa).

Al contrario sono 14 le strutture con volumi superiori ai di 100 casi nelle quali i pazienti non entrano in camera operatoria entro le 48 dal primo accesso: Presidio ospedaliero di Matera (Basilicata), PO Sirai (Sardegna), Policlinico Monserrato Cagliari (Sardegna), Fondazione istituto San Raffaele Giglio Palermo (Sicilia), Ospedale

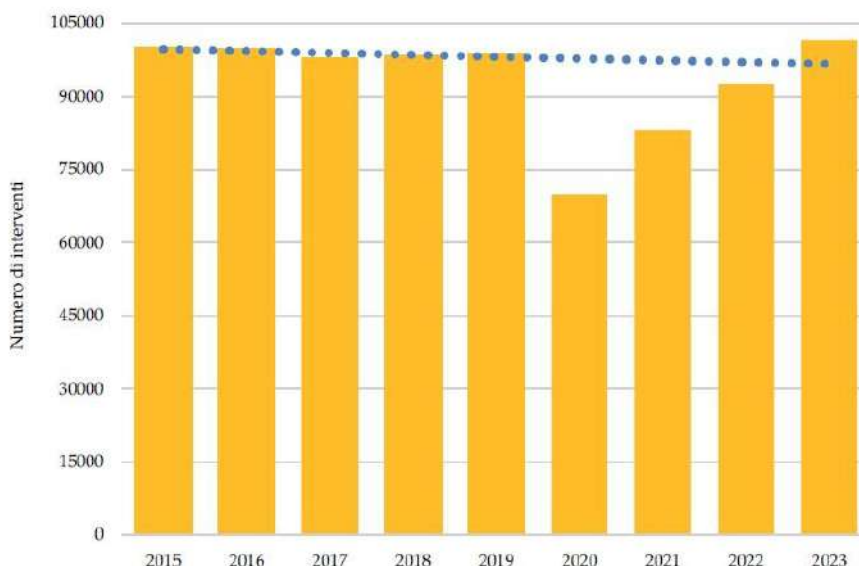
civile san Giovanni di Dio Crotona (Calabria), PO Clinicizz. SS Annunziata Chieti (Abruzzo), Ospedale civile di Legnano (Lombardia), Plesso ospedaliero S. Timoteo Campobasso (Molise), Casa di cura Villa dei fiori srl Napoli (Campania), Presidio ospedaliero Nord Latina (Lazio), PO San Martino (Sardegna), PO NS di Bonaria (Sardegna), Ospedale San Paolo Savona (Liguria), Ospedale basso Ionio Catanzaro (Calabria).

Frattura del collo del femore in pazienti di età ≥65 anni: proporzione di interventi chirurgici entro 48 ore, per Regione/P.A. Italia, 2023



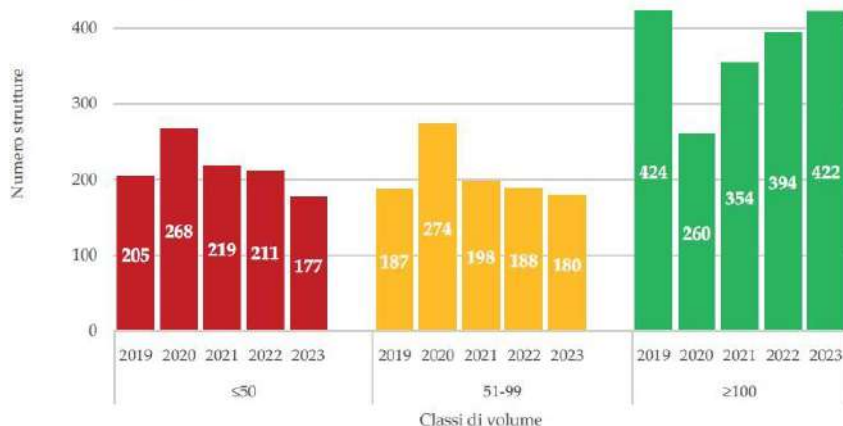
Colecistectomia laparoscopica. Indicatore paradigmatico per misurare le performance ospedaliere della chirurgia a bassa complessità, la colecistectomia in laparoscopia associata alla degenza ospedaliera più breve è considerata l'approccio di prima scelta nel trattamento dei casi non complicati di calcoli biliari. Dopo la una drastica riduzione dei volumi di attività nel 2020 e una ripresa importante negli anni successivi, il 2023 diventa il miglior anno di sempre, con 101.700 interventi (9mila in più del 2022) che hanno superato il trend pre pandemico (+5,2% rispetto al valore atteso). Ma non solo, nel 2023 è aumentata anche la quota degli interventi in Day Surgery: ben 28.666 interventi, pari a 5mila in più rispetto al 2022, e di poco inferiori all'atteso (-3,9%).

Numero di interventi di colecistectomia laparoscopica. Italia, 2015-2023



È anche cresciuto il numero di strutture ospedaliere che hanno raggiunto o superato la soglia minima dei 100 interventi/anno indicata dal Dm 70: sono 422 strutture rispetto alle 394 del 2022, per un volume corrispondente al 91% della casistica complessiva (era 80% nel 2022). Tuttavia 177 strutture non superano l'asticella dei 50 interventi l'anno (per una quota di casistica del 4%)

Colecistectomia laparoscopica: distribuzione delle strutture per classi di volume di interventi. Italia, 2019-2023

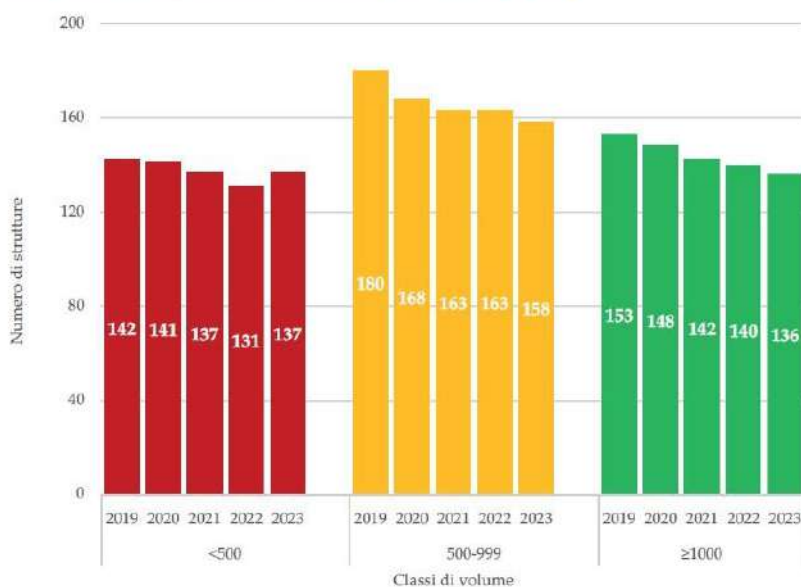


Area perinatale

Punti nascita Nell'Italia colpita dall'inverno demografico, il numero di parti continua a diminuire nel post-pandemia, seppur in misura minore rispetto al trend prepandemico: 381.766 parti nel 2023, 11.700 meno del 2022.

Circa un terzo dei punti nascita effettuano meno di 500 parti l'anno. Uno scenario nero al quale si aggiunge un'altra criticità: nel 2023 il quadro si è presentato in leggero peggioramento rispetto agli anni precedenti, si è infatti ridotto il numero di strutture che hanno raggiunto la soglia dei mille parti/anno: 136 nel 2023, per un valore corrispondente al 62% dei casi (erano 140 nel 2022), ed è aumentato quello delle strutture sotto l'asticella dei 500 parti/anno: 137 punti nascita nel 2023, in cui si concentra l'8% della casistica nazionale (erano 131 nel 2022). Tutte strutture che in base all'Accordo Stato-Regioni del 2010 avrebbero dovuto chiudere i battenti.

Distribuzione dei punti nascita per classi di volume di parti. Italia, 2019-2023

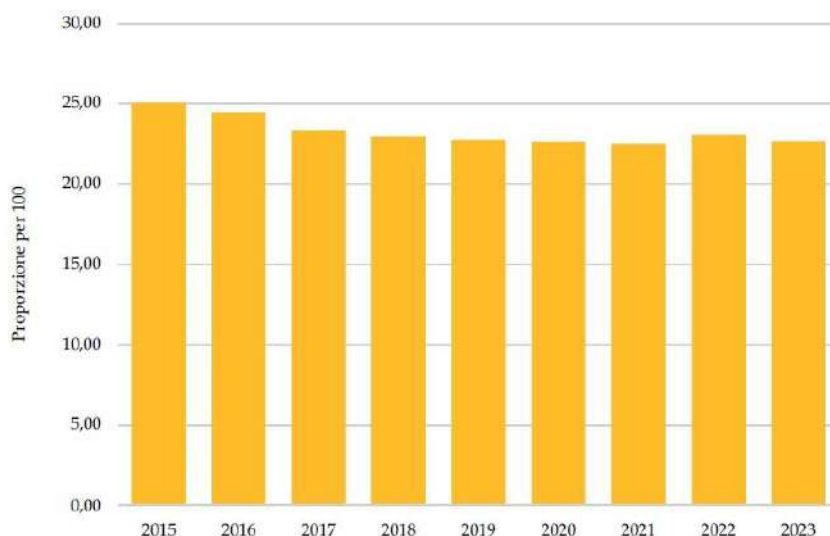


Parti con taglio cesareo altro tallone d'Achille è il ricorso al TC primario, nonostante si sia progressivamente ridotto, passando da una media del 25% nel 2015 al 22% nel 2021, senza che l'emergenza pandemica abbia influito in modo significativo. Nel 2023 la percentuale è in leggera risalita (23%), valori ben lontani dalle soglia del 10-15% indicata dall'Oms.

Come già emerso nelle precedenti edizioni del PNE, si conferma una marcata eterogeneità inter-regionale, con uno spiccato gradiente Nord-Sud e una variabilità intra-regionale. Ad esempio, in alcune regioni

Campania, Sicilia, Puglia, Lazio e Lombardia, si contano ancora strutture con percentuali di TC oltre il 40%. E parlando di ricorso al taglio cesareo, come sempre il privato accreditato spopola.

Proporzione di parti con taglio cesareo primario. Italia, 2015-2023



Appropriatezza in ambito perinatale e variabilità regionale Una valutazione complessiva dell’appropriatezza clinica è possibile attraverso una lettura combinata dell’indicatore Tc con il pregresso TC (VBAC) e la proporzione di episiotomie. È emerso un trend crescente del ricorso al VBAC, anche se con valori ancora complessivamente molto bassi (si è passati dall’8% del 2015 al 12% nel 2023). Di contro, si è fortemente ridimensionato negli anni il ricorso all’episiotomia, più che dimezzata in poco meno di un decennio (dal 24% nel 2015 all’11% nel 2023).

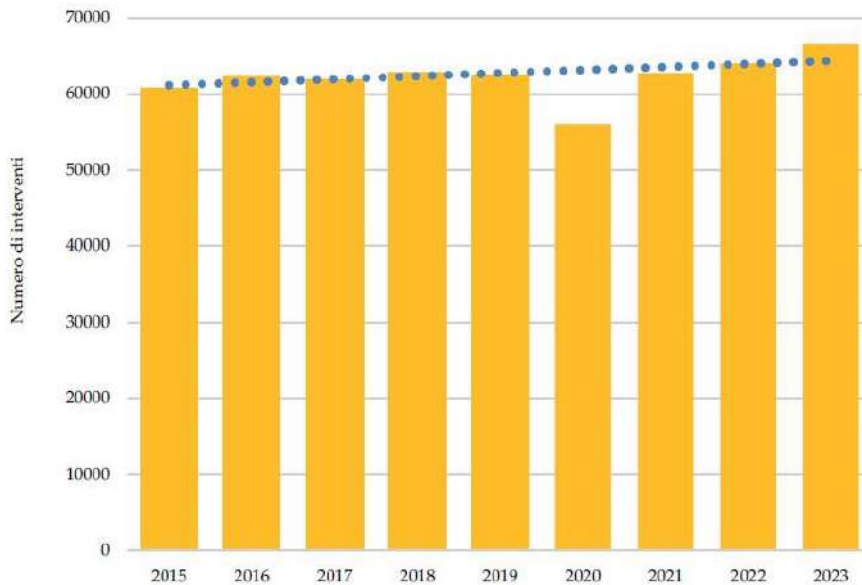
Permane ancora una marcata variabilità inter e intra-regionale nei livelli di appropriatezza clinica, con la presenza di un gradiente Nord-Sud a svantaggio delle regioni meridionali.

Chirurgia oncologica

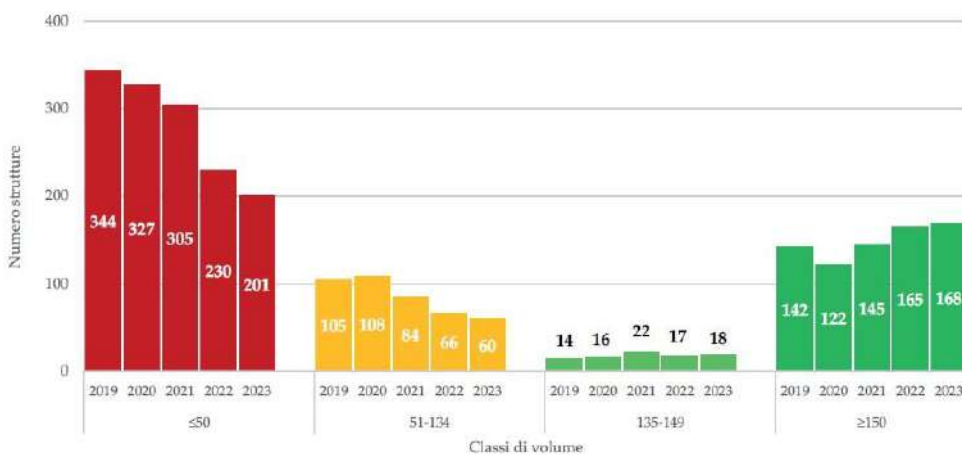
Tumore maligno della mammella Nel quadro generale delle performance ospedaliere il fiore all’occhiello sono le Breast Unit: gli interventi per carcinoma mammario dopo il crollo del 2020 hanno fatto registrare un ulteriore incremento nel 2023 con 66.532 ricoveri chirurgici, 2.500 in più rispetto al 2022, e addirittura una crescita del 3,4% (circa 2.200 ricoveri in più) rispetto al trend pre pandemico.

Qualità ed efficienza del sistema sono poi confermate dall’elevato numero di strutture con un alto volume: sono 168 (erano 165 nel 2022) quelle con volume di attività uguale o superiore a 150 interventi/anno pari all’85% del totale dei casi trattati (era 84% nel 2022). Prendendo in considerazione la soglia “calmierata” dei 135 interventi/anno sono ben 186 quelle che la raggiungono, per un valore di casistica dell’89%. Rimangono però ancora delle criticità: nonostante dal 2019 si sia ridotto il numero di strutture con meno 50 interventi/anno, ce ne sono ancora ben 201 sotto questa soglia.

Numero di interventi per tumore maligno della mammella. Italia, 2015-2023



Tumore maligno della mammella: distribuzione delle strutture, per classi di volume di interventi. Italia, 2019-2023



Trend in costante crescita per gli interventi chirurgici per il carcinoma del colon, secondo tumore maligno in Italia per numero di ospedalizzazioni: 26.154 ricoveri chirurgici nel 2023 (612 in più rispetto al 2022) e completo riallineamento al trend pre-pandemico.

Aspetto critico è la frammentazione della casistica in strutture con un numero di interventi basso o molto basso, indicatore negativo per gli esiti di salute: 183 strutture in Italia avevano volumi di attività uguali o superiori ai 50 interventi annui, (il 66% dei casi totali); 207 quelle con 45 interventi/anno (il 71%).

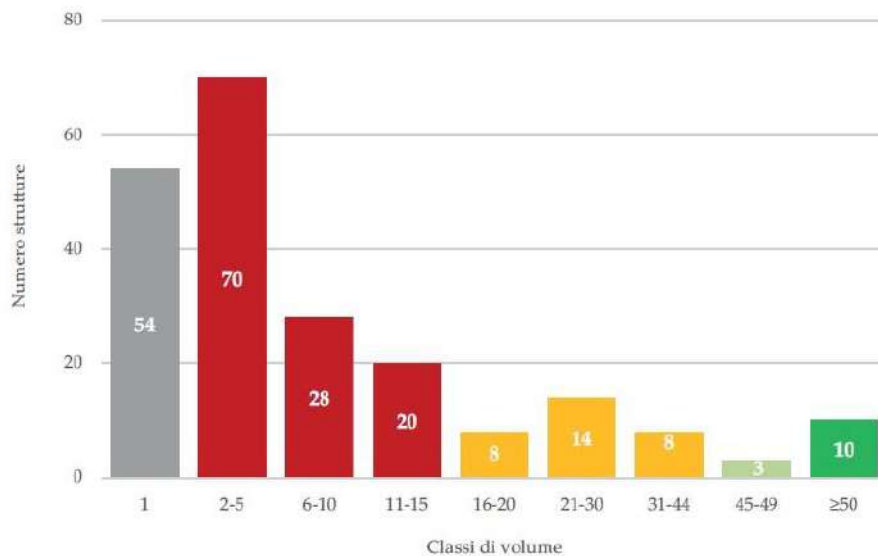
Luci e ombre sul carcinoma del pancreas. L'unico a non aver subito uno stop durante la pandemia. Nel 2023 il numero degli interventi è ulteriormente aumentato (3.053), portandosi al di sopra del valore atteso (+5,5%), un risultato offuscato, evidenziano gli analisti del Pnc, dalla grande frammentazione della casistica in strutture con volumi bassi o molto bassi a fronte dell'elevata complessità dell'intervento chirurgico per il quale si richiede grande *expertise*.

Nel 2023, solo 10 strutture presentavano volumi di attività uguali o superiori a 50 interventi effettuati in un anno (il 45% dei casi totali); 3 quelle con la soglia calmierata pari a 45 interventi.

Le 10 strutture con più di 50 interventi l'anno sono: l'Aou Verona Borgo Roma (Veneto), l'Irccs San Raffaele di Milano (Lombardia), l'Aou Pisana (Toscana), l'Istituto clinico Humanitas di Milano (Lombardia), Casa di cura

Pederzoli (Verona), Policlinico universitario Agostino Gemelli di Roma (Lazio), l'Irccs Policlinico Sant'Orsola di Bologna (Emilia Romagna), Aou Padova (Veneto), L'ospedale Ca' Granda-Niguarda di Milano (Lombardia) e l'ospedale Mauriziano Umberto I di Torino (Piemonte).

Tumore maligno del pancreas: distribuzione delle strutture per classi di volume. Italia, 2023



L'Audit per il miglioramento della qualità

Il treemap rappresenta uno strumento operativo per identificare aree critiche rispetto alle quali avviare un percorso di audit sulla qualità dei dati e sul percorso clinico organizzativo. Un passaggio strategico per migliorare le performance

Nel 2023 sono stati effettuati 404 audit distribuiti in 239 strutture, prevalentemente concentrati nelle aree cliniche "Gravidanza e Parto" (soprattutto in relazione ai parti vaginali dopo TC e alle episiotomie nei parti vaginali), "Cardiocircolatorio" e "Osteomuscolare", relativamente alla tempestività degli interventi dopo frattura del femore nei pazienti over 65.

Grazie alle azioni di audit 62 strutture segnalate lo scorso anno, hanno superato le criticità evidenziate.

In particolare, 7 strutture sono passate da un livello molto basso di aderenza a standard di qualità a un livello alto o molto alto:

Ospedale Maggiore C.A. Pizzardi (BO), Azienda Ospedale Università di Padova, Ospedale Di Circolo S. L. Mandic - Merate (LC), Casa di Cura I.N.I. Srl - Grottaferrata (RM), Ospedale Mons. R. Di Miccoli (BT), Ospedale della Valdinievole di Pescia (PT), Ospedale Civile Villa d'agri Marsicovetere (PZ).

https://www.quotidianosanita.it/studi-e-analisi/articolo.php?articolo_id=125336

Con le nuove lauree specialistiche gli infermieri potranno prescrivere trattamenti assistenziali. Fnopi: “È una svolta epocale per la professione”. Ma i medici protestano: “Siamo sconcertati”

Scoppia la polemica dopo l'annuncio della nascita di 3 aree di specializzazione infermieristiche che aprirà per la prima volta in Italia la strada della prescrizione infermieristica di trattamenti assistenziali e tecnologie specifiche. Schillaci approva, mentre la Fnomceo è critica. Ma la Fnopi chiarisce: “Nessuno sta toccando le prerogative dei medici”.

14 OTT -

Gli infermieri potranno prescrivere trattamenti assistenziali e tecnologie specifiche (tra i quali presidi sanitari e ausili) per garantire continuità e sicurezza delle cure. È ciò che potrebbe accadere dopo la nascita delle 3 aree di specializzazione infermieristiche: in Cure Primarie e Sanità pubblica, in Cure Pediatriche e Neonatali e in Cure Intensive e nell'Emergenza. L'annuncio è stato al Consiglio Nazionale della Fnopi cui ha preso parte il Ministro della Salute **Orazio Schillaci** che ha annunciato la novità in arrivo.

“Stiamo lavorando a un progetto complessivo che guarda al futuro della sanità italiana e al ruolo cruciale che gli infermieri ricoprono oggi e che svolgeranno nell'assistenza sul territorio - ha dichiarato Schillaci -. La vostra professionalità e il vostro contributo sono insostituibili per garantire qualità alla sanità pubblica. Grazie a voi, il nostro servizio sanitario potrà affrontare con maggiore forza e preparazione le sfide future, rispondendo in modo efficace alle esigenze dei cittadini”.

Per la FNOPI si tratta di “una svolta epocale, attesa da anni, che concretizza un proficuo dialogo con i ministri Orazio Schillaci e Anna Maria Bernini, sin dal loro insediamento, e con tutte le Direzioni generali coinvolte, a partire da quella delle Professioni sanitarie e delle Risorse umane del Servizio Sanitario Nazionale, diretta da Mariella Mainolfi, e quella degli Ordinamenti della formazione del MUR, diretta da Gianluca Cerracchio.

I medici non ci stanno: “La prescrizione presuppone una diagnosi e la diagnosi è di competenza del medico”

“Apprendiamo, da notizie di stampa, che, con l'introduzione delle nuove lauree specialistiche per infermieri, si apre la strada alla prescrizione infermieristica di trattamenti assistenziali e tecnologie specifiche, come i presidi e gli ausili. Siamo sconcertati e rammaricati per non essere stati interpellati - così come prevederebbe la Legge, a tutela della Salute pubblica - su questa delicata materia, che presuppone un passaggio di competenze specialistiche”. Ha commentato il Presidente della Fnomceo, la Federazione nazionale degli Ordini dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri, **Filippo Anelli**, dopo le dichiarazioni rilasciate dal Ministro della Salute Orazio Schillaci, ospite al Consiglio nazionale della Fnopi, la Federazione degli Ordini delle Professioni infermieristiche.

“La prescrizione presuppone una diagnosi – spiega Anelli – e la diagnosi è di competenza del medico. Una competenza che il medico non si arroga, ma che gli viene conferita dalla Legge, secondo il suo percorso di studi. La diagnosi è un atto medico complesso, che ha come fondamento tutta una serie di conoscenze che coinvolgono l'intero percorso di studi e non si esauriscono in uno o due esami universitari”.

“La Legge stessa prevede – continua il numero uno dei medici italiani – che per attribuire a una professione nuove competenze vadano ascoltate le altre professioni coinvolte. Non comprendiamo dunque perché non siamo stati chiamati ai tavoli di confronto e abbiamo dovuto apprendere del progetto a cose fatte. Ci sentiamo inoltre non ascoltati e non considerati dal Ministro Orazio Schillaci e dai rappresentanti del Ministero, e questo ci sembra tanto più scorretto e ingrato in un momento in cui i medici, nonostante le gravissime carenze del sistema, continuano a sostenere il Servizio sanitario nazionale”.

“Attendiamo – conclude Anelli - di esaminare il provvedimento, che non conosciamo: laddove fossero attribuite ad altri professionisti competenze esclusive del medico, saremmo costretti a valutarne l'impugnazione”.

La replica Fnopi: “Nessuna invasione di competenze”

“La possibilità di prescrizione che viene riconosciuta agli infermieri riguarda presidi e ausili e tutto quanto legato al processo di assistenza infermieristica. Qualora fosse necessario, ribadisco che gli infermieri italiani non intendono minimamente appropriarsi della diagnosi medica che resta esclusiva della professione medica insieme al percorso terapeutico medico. Ma da 30 anni esiste la diagnosi infermieristica assistenziale prevista per norma: basta leggere il Profilo. Nessuno sta toccando le prerogative dei medici, anzi è un arricchimento per il lavoro d’equipe che va nella direzione della gestione della complessità e che impatta su tutto il sistema salute”.

Il Veneto favorevole alla prescrizione infermieristica.

“Si tratta di una decisione che non possiamo non condividere, coerente con il recente piano strategico per affrontare la carenza di personale sanitario approvato dalla Giunta Regionale con deliberazione n.960 del 13 agosto 2024”. Così l’assessore alla Sanità, **Manuela Lanzarin**, ha commentato l’annuncio del ministro della Salute Orazio Schillaci.

“L’iniziativa del ministero, promossa e sostenuta dalla FNOPI, che l’ha definita una svolta epocale, attesa da anni, – ha aggiunto l’assessore - si orienta infatti alla valorizzazione della professione infermieristica, contribuendo allo sviluppo di competenze e all’ampliamento delle prospettive di carriera professionale, tanto più necessaria in un momento in cui si manifesta, come da noi più volte sottolineato, una crisi di attrattività verso questa professione. Si tratta di un provvedimento che potrà contribuire, assieme alle altre azioni indicate nel Piano della Regione Veneto, a trattenere i professionisti nel servizio sanitario pubblico, rispondendo contestualmente ai bisogni di una popolazione sempre più anziana, affetta da patologie croniche e aspettative di assistenza crescenti”.

Anche la FNO TSRM e PSTRP è favorevole.

“Esprimiamo apprezzamento per la nascita delle lauree magistrali a indirizzo clinico per gli Infermieri, un passo concreto verso la revisione della formazione universitaria di secondo livello delle professioni sanitarie. Un progetto, quello portato avanti dalla FNOPI e i Ministeri competenti, a cui sin da subito abbiamo guardato con interesse, condividendone presupposti e gli obiettivi. Confidiamo che il risultato raggiunto contribuisca, da una parte, a rendere più attrattiva e gratificante la professione infermieristica e, dall’altra, a consentirle di rispondere sempre meglio ai bisogni di salute e di benessere dei cittadini, in una logica interprofessionale. Il processo di valorizzazione delle professioni sanitarie portato avanti dal Ministero della salute interessa anche le nostre. Ultima importante testimonianza ne è il tavolo interministeriale di cui, oltre alla nostra Federazione nazionale e al Ministero della salute, fanno parte il MUR, il CUN, la CRUI e la Conferenza permanente delle classi di laurea delle professioni sanitarie.

Dopo i tre temi che abbiamo indicato come prioritari, condivisi con le Commissioni di albo nazionali, al tavolo porteremo anche le nostre proposte di revisione della formazione magistrale per le professioni TSRM e PSTRP”.

https://www.quotidianosanita.it/lavoro-e-professioni/articolo.php?articolo_id=124990

Assistente Infermiere. Nursing Up e Cnai: “Così si va verso una soluzione precaria che rischia di aggravare la carenza di personale”

Governo e Regioni, ignora il parere negativo della maggior parte di sindacati, associazioni, società scientifiche e della comunità internazionale, Chi ha sostenuto queste norme dovrà renderne conto” avvertono i sindacati in una nota congiunta commentando il provvedimento che sarà discusso oggi in Conferenza Stato Regioni

Pubblicato a 3 ottobre 2024

“Sulla questione dell’Assistente Infermiere, prendiamo amaramente atto che le nostre fondate proteste, così come quelle di altre organizzazioni, non hanno avuto effetto. Le numerose evidenze e perplessità sollevate dai sindacati, dalle associazioni e dalle società scientifiche riguardo ai rischi di questa nuova figura non sono state sufficienti a fermare Governo e Regioni, che hanno deciso di proseguire senza considerare la qualità delle cure e la già fragile stabilità del sistema sanitario. Nonostante la raccolta firme promossa da CNAI e sostenuta da Nursing Up che ha raccolto in pochi giorni quasi 13 mila sottoscrizioni, e il parere fortemente critico espresso anche dalla comunità internazionale, che si è appellata alle nostre istituzioni per un cambio di rotta, la figura dell’Assistente Infermiere si sta concretizzando”.

È quanto dichiarano Antonio De Palma, Presidente di Nursing Up, e Walter De Caro, Presidente di CNAI commentando il documento all’ordine del giorno della Conferenza Stato-Regioni di questa mattina potrebbe introdurre ufficialmente l’Assistente Infermiere nel sistema sanitario italiano

“Governo e Regioni hanno ignorato i pareri negativi degli esperti nazionali ed internazionali tra cui quello Federazione Europea degli Infermieri (EFN). Il decreto potrebbe essere approvato, segnando un momento cruciale per una riforma che, secondo noi, rischia di compromettere ulteriormente il già precario sistema sanitario” hanno sottolineato

“Continueremo a lottare – proseguono i due leader – per chiamare alle proprie responsabilità coloro che, parlando a nome degli infermieri, hanno sostenuto questa pericolosa realtà, nonostante la netta opposizione della maggior parte dei colleghi, preoccupati per la sicurezza dei pazienti e il futuro dell’infermieristica in Italia”.

“In questo momento storico, l’introduzione della nuova figura senza una revisione complessiva del sistema, e senza un’adeguata valorizzazione economica e professionale di infermieri, ostetriche e altre professioni sanitarie (legge 43/2006), potrebbe essere grave e dannosa”.

Il decreto sull’Assistente Infermiere appare come una scorciatoia per evitare investimenti necessari, a lungo attesi e mai realizzati. “È preoccupante che la stessa FNOPI, che oggi sostiene l’introduzione dell’Assistente Infermiere, appoggi una figura ibrida e dalla formazione insufficiente, che farebbe regredire l’assistenza di anni “.

“Studi autorevoli, come RN4CAST ITALIA, dimostrano che la mortalità si riduce del 30% quando almeno il 60% del personale assistenziale ha una formazione specifica infermieristica. Le principali criticità sollevate dalla comunità scientifica includono:

- La formazione degli Assistenti Infermieri potrebbe non essere sufficientemente rigorosa, compromettendo la qualità dell’assistenza e la sicurezza dei pazienti.
- La mancanza di esperienza e competenze adeguate potrebbe aumentare il rischio di errori clinici.

L'esperienza internazionale e gli studi scientifici dimostrano inequivocabilmente che la qualità dell'assistenza e la riduzione della mortalità sono strettamente correlate alla presenza di infermieri laureati e con una solida formazione, non con l'introduzione di figure poco formate e a basso costo".

È evidente che l'introduzione di questa figura dovrebbe avvenire solo dopo:

-Aver consolidato il ruolo degli Operatori Socio Sanitari (OSS), nel rispetto della funzione infermieristica.
-Aver permesso al personale infermieristico di esprimere appieno il proprio potenziale, eliminando vincoli alla pratica libero-professionale e attuando la pratica infermieristica avanzata con prescrizione farmacologica.

- Aver migliorato la retribuzione di infermieri, ostetriche e altre professioni sanitarie.- Aver investito nella formazione infermieristica, incentivando la partecipazione ai corsi con esonero dalle tasse e percorsi retribuiti di transizione università-lavoro.

- Aver coinvolto attivamente sindacati, associazioni infermieristiche e società scientifiche.

"Insomma, in Italia, ciò di cui abbiamo bisogno sono infermieri laureati. Questa non sembra essere una riforma orientata a migliorare il sistema, ma piuttosto un tentativo grossolano di coprire le falle create dalla carenza di personale, senza risolvere il problema alla radice. L'introduzione di una figura ibrida con una formazione accelerata e competenze limitate rischia di non garantire la qualità dell'assistenza necessaria, e ci sorprende che Governo e Regioni non lo comprendano. Si rischiano contenziosi legali e un aumento degli errori clinici. Comprendiamo l'urgenza di affrontare la carenza di personale, ma la proposta di introdurre l'Assistente Infermiere, oggi e nella sua attuale versione, potrebbe rivelarsi un rimedio peggiore del male", concludono De Palma e De Caro.

https://www.quotidianosanita.it/lavoro-e-professioni/articolo.php?articolo_id=124765



FNOPI, Ministero della Salute e OMS insieme per lo sviluppo della professione infermieristica

Pubblicato: 11 ottobre 2024

Riunire professionisti, ricercatori, società scientifiche, rappresentanti dei cittadini, responsabili politici e altri stakeholder del settore per condividere le migliori pratiche, la ricerca innovativa e la collaborazione internazionale, nell'ottica di elevare lo standard della cura infermieristica a favore dei professionisti, degli assistiti e dei sistemi della salute.

Sono questi gli obiettivi alla base di **Sfide e priorità della professione infermieristica in Europa e nel Mondo**, secondo evento internazionale promosso l'11 ottobre dalla FNOPI con il patrocinio del Ministero della Salute nella sede dell'Auditorium ministeriale di via Giorgio Ribotta, a Roma.

L'evento ha visto l'importante coinvolgimento dell'[Organizzazione Mondiale della Sanità](#) grazie alla partecipazione di **Margrieta Langins, Nursing and Midwifery Advisor at the World Health Organization-Europe** e al contributo inviato da **Giorgio Cometto, Health Workforce Department, World Health Organization a Ginevra**.

Un momento di confronto istituzionale importante **che sancisce anche l'avvio del percorso di accreditamento di FNOPI e del CERSI come centro collaborante dell'Organizzazione Mondiale della Sanità**. La giornata segue il [2nd International Congress of Nursing Regulators del](#) 10 ottobre e ha dato la possibilità alla Federazione di comunicare la propria dimensione internazionale attraverso la presentazione di linee strategiche rispetto ad alcune tematiche ritenute prioritarie per lo sviluppo della professione.

La presidente FNOPI, **Barbara Mangiacavalli**, in apertura, ha posto l'accento sull'azione intrapresa a partire dal 2021 dalla Federazione "per rafforzare collegamenti internazionali, promuovere una voce comune della professione infermieristica in Europa e avviare un confronto proficuo con le istituzioni nell'interesse dei professionisti e dei cittadini".

Sotto il coordinamento del consigliere nazionale FNOPI, **Carmelo Gagliano** e del Chief Nursing Officer FNOPI, **Alessandro Stievano**, la mattinata è entrata nel vivo ospitando numerosi contributi internazionali. Il primo è stato quello di **Giorgio Cometto** che ha illustrato le linee guida realizzate dall'Organizzazione Mondiale della Sanità rivolte agli Enti regolatori delle professioni infermieristiche fornendo indicazioni alla folta platea composta dai presidenti dei 102 Ordini italiani, rappresentanti delle società scientifiche e referenti infermieristici internazionali.

A Cometto è seguita [Margrieta Langins](#). Nella sua relazione sulle opportunità di rafforzare la regolamentazione nell'assistenza infermieristica ha sostenuto che sfide da vincere riguardano la prima formazione, la formazione professionale continua, mobilità, la salute digitale (compresa l'intelligenza artificiale), la tecnologia, il burnout e salute mentale.

"Per me è una grande opportunità essere qui – ha detto – e ringrazio la FNOPI per avermi dato la possibilità di condividere con tutti i presenti gli obiettivi dell'Organizzazione mondiale della Sanità. Mi auguro che in futuro si possa lavorare sempre più strettamente con la Federazione e con il suo Centro di ricerca CERSI".

Mircea Timofte, presidente del Romanian Order of Nurses, Midwives, and Medical Assistants ha sottolineato l'importanza di fare network a livello europeo e globale. "A livello nazionale, europeo o globale, la nostra capacità di connetterci, collaborare e imparare gli uni dagli altri è ciò che darà forma al futuro della professione infermieristica – ha detto – Nel cammino che ci attende, mi impegno a continuare a costruire e rafforzare le nostre reti, puntando sempre all'eccellenza e lavorando insieme per affrontare le sfide che abbiamo di fronte. Solo rimanendo uniti e connessi possiamo davvero avere un impatto duraturo sull'assistenza infermieristica in Europa e oltre".

L'iter di costruzione di un centro collaborante dell'Organizzazione mondiale della Sanità che dovranno intraprendere da FNOPI e CERSI è stato illustrato da **Thomas Kearns**, Codirettore del WHO Collaborating Centre RCSI. Nel suo intervento Kearns ha fornito informazioni importanti rispetto a un'attività che consiste "su richiesta dell'OMS, nel fornire consulenza tecnica per lo sviluppo della forza lavoro infermieristica, di linee guida professionali per il personale sanitario e di assistenza e di un programma di formazione alla leadership dell'OMS per infermieri".

Sulla pratica avanzata e specialistica sono intervenuti i professori irlandesi **Fiona Timmins e Jonathan Drennan** che hanno evidenziato come l'infermiere specialista, da anni operativo in Irlanda, sia alla base dell'evoluzione della professione. La sessione pomeridiana ha ospitato, invece, una tavola rotonda, moderata dal responsabile della Comunicazione, **Silvestro Giannantonio**, alla quale, insieme ai referenti del comitato centrale **Beatrice Mazzoleni e Maurizio Zega**, hanno partecipato **Americo Cicchetti**, Direttore generale della Programmazione del Ministero della Salute e **Theodoros Koutroubas**, CEO dell'European Nursing Council.

Koutroubas è stato protagonista delle due giornate internazionali, con le sue proposte e con la sua visione rispetto al posto che l'infermieristica deve occupare in Europa. Durante la tavola rotonda ha più volte rimarcato che **"gli Enti regolatori hanno il ruolo di portare avanti le politiche professionali a tutela dei cittadini e devono esercitarlo appieno"**. "Come Ministero della Salute – ha affermato a chiusura di giornata **Cicchetti che con FNOPI e il Centro di Ricerca CERSI ha avviato una stretta collaborazione in termini di supporto alla ricerca infermieristica soprattutto nella misurazione delle prestazioni** – puntiamo a dare risposta all'esigenza di attuare un'integrazione organizzativa che permetta di rimettere in connessione

l'ospedale e il territorio, quindi tra attività di assistenza per acuti e attività di assistenza primaria da potenziare. E su questo è fondamentale il ruolo delle professioni sanitarie, dal punto di vista gestionale”.

<https://www.fnopi.it/2024/10/11/infermieristica-europa-mondo/>



FNOPI: “Lauree magistrali a indirizzo clinico e prescrizione infermieristica, una riforma epocale”

Publicato 12 ottobre 2024

Nascono tre nuove lauree specialistiche in Cure Primarie e Sanità pubblica, in Cure Pediatriche e Neonatali e in Cure Intensive e nell’Emergenza.

Ad annunciarlo, nel corso del Consiglio Nazionale della FNOPI in corso a Roma è il ministro della Salute, Orazio Schillaci, intervenuto davanti a una platea formata dai presidenti dei 102 Ordini provinciali per illustrare i recenti provvedimenti assunti dal Governo in favore del personale sanitario, a partire dal decreto-legge contro le aggressioni.

“Stiamo lavorando a un progetto complessivo che guarda al futuro della sanità italiana e al ruolo cruciale che gli infermieri ricoprono oggi e che svolgeranno nell’assistenza sul territorio – ha dichiarato Schillaci -. La vostra professionalità e il vostro contributo sono insostituibili per garantire qualità alla sanità pubblica. Grazie a voi, il nostro servizio sanitario potrà affrontare con maggiore forza e preparazione le sfide future, rispondendo in modo efficace alle esigenze dei cittadini”.

All’istituzione delle tre aree di specializzazione, che prossimamente saranno recepite dalla revisione della classe di laurea da parte del MUR, la Federazione lavora da anni con i Ministeri della Salute e dell’Università. L’obiettivo è offrire più opportunità formative e sbocchi di carriera agli infermieri in possesso della laurea triennale abilitante. Si finalizza così un modello di assistenza infermieristica disegnato sulle reali necessità dei cittadini. Nel contempo, si apre per la prima volta in Italia la strada della prescrizione infermieristica di trattamenti assistenziali e tecnologie specifiche (tra i quali presidi sanitari e ausili) per garantire continuità e sicurezza delle cure.

Per la FNOPI si tratta di “una svolta epocale, attesa da anni, che concretizza un proficuo dialogo con i ministri Orazio Schillaci e Anna Maria Bernini, sin dal loro insediamento, e con tutte le Direzioni generali coinvolte, a partire da quella delle Professioni sanitarie e delle Risorse umane del Servizio Sanitario Nazionale, diretta da Mariella Mainolfi, e quella degli Ordinamenti della formazione del MUR, diretta da Gianluca Cerracchio”.

<https://www.fnopi.it/2024/10/12/lauree-magistrali-prescrizione/>

11 ottobre 2024;31(10):6085–6095.

Un approccio fenomenologico alla tossicità finanziaria: l'effetto collaterale economico del cancro

N. Panattoni, E. Di Simone, E. Renzi, F. Di Carlo, F. Fabbian, M. Di Muzio, A. Rosso, F. Petrone, A. Massimi

Pubblicato: 11 ottobre 2024

doi:10.3390/curroncol31100454

Il peso economico delle malattie croniche come il cancro potrebbe avere un impatto negativo sulla salute e sulla qualità della vita dei pazienti.

La gestione quotidiana della malattia comporta esigenze economiche che i pazienti spesso affrontano direttamente, il che può portare a una vera e propria tossicità, definita semplicemente come tossicità finanziaria.

Questo studio mira a esplorare le esperienze, le emozioni, le opinioni e i sentimenti dei pazienti oncologici correlati al fenomeno della tossicità finanziaria. È stato condotto uno studio descrittivo qualitativo fenomenologico attraverso interviste faccia a faccia con pazienti oncologici adulti.

Il campione ($n = 20$) era composto prevalentemente da donne (con un'età media di 58 anni) con cancro al seno e in trattamento chemioterapico.

Gli argomenti più rilevanti emersi dalle esperienze dei pazienti sono stati l'impatto sul lavoro, la distanza dal centro di cura, gli sforzi economici, l'impatto sulla qualità della vita e il supporto degli operatori sanitari durante il percorso sanitario.

Dall'analisi fenomenologica delle interviste sono emersi tre temi principali e sette sottotemi correlati.

Questo studio ha fornito un'interpretazione fenomenologica della tossicità finanziaria nei pazienti adulti affetti da cancro e sottolinea che questo problema coinvolge anche le famiglie o i caregiver. I problemi finanziari sembrano rilevanti per coloro che soffrono di cancro e dovrebbero essere inclusi in una valutazione di routine da parte degli operatori sanitari.

<https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC11505948/>

quotidiano**sanità**.it

Ocse. Le spese per l'assistenza agli anziani si moltiplicheranno di 2,5 volte entro il 2050. Necessarie politiche di invecchiamento in salute

La percentuale di anziani che necessitano di assistenza è destinata ad aumentare del 30% entro il 2050. La Corea registrerà l'aumento più elevato (4,4 punti percentuali), seguita dalla Grecia (2,2 punti percentuali) e dall'Italia (1,9 punti percentuali). Crescerà il rischio di povertà per i sempre più anziani che dovranno affrontare spese dirette per l'assistenza. Politiche di invecchiamento in salute potrebbero avere un impatto molto positivo per quei Paesi, come l'Italia, con un rapido invecchiamento della popolazione.

L'invecchiamento della popolazione sta accelerando, mettendo ulteriore pressione sulle capacità fiscali dei paesi di fornire un'adeguata assistenza a lungo termine (LTC). Secondo il rapporto dell'Ocse Health at a Glance 2023, nel 2021 più di 242 milioni di persone avevano 65 anni e più nei paesi Ocse, di cui oltre 64 milioni avevano almeno 80 anni. La quota di persone anziane continuerà ad aumentare, con la quota media Ocse di coloro che hanno 80 anni e più destinata a raddoppiare dal 4,8% al 9,8%.

Con l'avanzare dell'età, la salute fisica e mentale degli individui spesso peggiora. Sviluppano difficoltà nello svolgimento delle attività quotidiane e necessitano di servizi di assistenza per tali attività. La domanda di LTC dovuta all'invecchiamento è ulteriormente intensificata dalla diminuzione dell'offerta di assistenti familiari o informali, poiché nuclei familiari più piccoli, parenti che vivono lontano e una maggiore partecipazione femminile al mercato del lavoro limitano il bacino di potenziali assistenti informali a disposizione delle persone anziane.

Il costo totale dell'LTC può essere molto elevato rispetto al reddito disponibile di una persona anziana. In assenza di prestazioni e servizi pubblici, la maggior parte delle persone anziane non sarebbe in grado di permettersi un'adeguata LTC. I costi possono essere particolarmente elevati per gli individui con gravi esigenze, con i costi totali dell'LTC che rappresentano tra una e quasi sette volte il reddito medio nazionale nei vari paesi. Le persone anziane con redditi più bassi potrebbero avere difficoltà a permettersi l'assistenza, anche se più della metà dei paesi trattati in questo rapporto hanno meccanismi di verifica progressiva del reddito progettati per alleviare il peso su questi individui.

In media, la percentuale di anziani che necessitano di assistenza è destinata ad aumentare in tutti i Paesi analizzati. Si prevede un aumento del 30% entro il 2050, pari a 1,2 punti percentuali. Tuttavia, l'entità di questo aumento varia notevolmente tra i Paesi. La Corea registrerà l'aumento più elevato (4,4 punti percentuali), seguita dalla Grecia (2,2 punti percentuali) e dall'Italia (1,9 punti percentuali), soprattutto a causa del più rapido invecchiamento della popolazione. All'estremo opposto, l'Ungheria e gli Stati Uniti registreranno gli aumenti più contenuti (rispettivamente 0,15 e 0,35 punti percentuali).

L'aumento del numero di persone con esigenze gravi potrebbe essere parzialmente mitigato da un invecchiamento sano. Nello scenario di invecchiamento, la percentuale di anziani con esigenze gravi quasi triplicherà, passando dallo 0,6% all'1,5% entro il 2050. La Corea dovrebbe registrare l'aumento più consistente (2 punti percentuali), seguita da dalla Grecia e dall'Italia (oltre 1,5 punti percentuali ciascuno). Solo gli Stati Uniti registreranno un aumento inferiore a 0,5 punti percentuali. L'invecchiamento in buona salute potrebbe ridurre questo aumento di una media di 0,6 punti percentuali grazie a un minore incremento della quota di individui con esigenze gravi. I vantaggi dell'invecchiamento in buona salute variano notevolmente da un Paese all'altro, con un impatto minimo, ad esempio, negli Stati Uniti e in Lituania, ma benefici significativi in Giappone, Corea e nei Paesi Ocse dell'Europa meridionale, dove i bisogni gravi e l'invecchiamento della popolazione sono più diffusi.

Nonostante i benefici e i servizi pubblici, i costi diretti in alcuni paesi possono essere gravosi, soprattutto per coloro che hanno gravi necessità e basso reddito. Gli elevati costi diretti per gli individui lasciano poca flessibilità nel pagare altre spese, come le spese per l'alloggio, l'abbigliamento e il cibo. Senza il sostegno pubblico, nella maggior parte dei Paesi i costi della LTC per gli anziani sarebbero inaccessibili. I costi dell'LTC possono rappresentare una sfida finanziaria sostanziale per le persone anziane, spesso consumando una parte consistente del loro reddito disponibile. Per le persone con esigenze gravi, equivalenti a 41,25 ore di assistenza settimanale, i costi possono essere pari a quasi sette volte il reddito mediano disponibile delle persone di 65 anni e più, a seconda del Paese. I costi più elevati si osservano in Svezia, Italia (Alto Adige) e Repubblica Ceca. Al contrario, in Paesi come la Grecia, la Repubblica Slovacca e la California (Stati Uniti), il costo dell'assistenza è più accessibile per chi ha il reddito mediano nazionale. Tuttavia, anche in questi Paesi, il costo è quasi pari o superiore al reddito mediano.

I sussidi e i servizi pubblici riducono i rischi di povertà associati ai costi LTC, ma non sempre in modo significativo. Senza tali servizi, tra il 42% e il 95% della popolazione anziana con esigenze LTC sarebbe a rischio povertà a causa degli elevati costi diretti. I sussidi e i servizi LTC riducono i rischi di povertà di quasi 30 punti percentuali nei vari paesi. I sistemi LTC di Danimarca, Paesi Bassi e Finlandia riducono i rischi di povertà attraverso sussidi e servizi pubblici di oltre 70 punti percentuali. Tuttavia, le riduzioni della povertà possono essere prossime allo zero in altri paesi. Inoltre, circa il 50% degli anziani con esigenze sarebbe ancora a rischio povertà anche dopo aver ricevuto sussidi e servizi pubblici in metà dei paesi analizzati in questo rapporto. Gli anziani con un reddito basso devono fare molto più affidamento sul loro patrimonio nella maggior parte dei Paesi e utilizzare addirittura la metà o più del loro patrimonio in Repubblica Ceca, Lettonia, Illinois, Italia, Polonia, Croazia, Lituania e Corea.

In tutti i Paesi analizzati, le donne sono esposte a un rischio di povertà più elevato dopo aver pagato i costi LTC anche con il sostegno pubblico, rispetto al tasso di base tra tutti gli anziani. In Paesi come il Lussemburgo, i Paesi Bassi e la Danimarca, dove il sostegno pubblico copre generalmente gran parte dei costi dell'assistenza domiciliare, le differenze di genere nei tassi di povertà sono relativamente basse. Le differenze sono ridotte anche in Repubblica Ceca e in Italia, dove il sostegno pubblico è generalmente meno efficace nel ridurre i livelli di povertà rispetto agli altri Paesi.

Con l'aumento della domanda di LTC, le pressioni di bilancio si intensificheranno nei paesi Ocse, soprattutto se si considerano le spese aggiuntive per finanziare un migliore accesso e l'adeguatezza dei benefici. Si prevede che la domanda di LTC aumenterà di oltre un terzo fino al 2050. Sulla base delle proiezioni delle persone anziane che necessitano di cure e delle pressioni per garantire l'accesso a più persone, si prevede che le spese correnti in tutta l'Ocse si moltiplicheranno di 2,5 volte entro il 2050. Se i paesi migliorassero ulteriormente la generosità dei loro sistemi LTC per ridurre gli attuali elevati costi diretti per gli individui e il significativo rischio di povertà, ciò potrebbe comportare un quadruplicamento delle spese LTC entro il 2050. Per affrontare questo problema l'Ocse suggerisce tre possibili opzioni.

Cercare fonti di finanziamento aggiuntive per LTC. Vale la pena prendere in considerazione l'ampliamento delle fonti per finanziare i sistemi LTC oltre il reddito da lavoro, garantendo al contempo un'adeguata condivisione intergenerazionale dell'onere. Anche l'esplorazione di opzioni innovative di contribuzione privata e meccanismi di prefinanziamento sono buoni punti di partenza. Ad esempio, la Slovenia ha avviato una riforma LTC nel 2023, che introdurrà un'assicurazione LTC per finanziare nuovi benefici e servizi. Sia la Germania che il Lussemburgo hanno incorporato un elemento di prefinanziamento nei loro sistemi LTC. In Francia e negli Stati Uniti sono disponibili l'assicurazione sulla vita e l'assicurazione di gruppo LTC.

Migliorare il targeting dei benefici e dei servizi LTC. Il targeting degli individui con esigenze elevate e risorse ridotte può promuovere l'adeguatezza in un contesto di risorse limitate. In diversi paesi, rendere la condivisione dei costi più progressiva lungo la distribuzione del reddito può portare a una spesa inferiore rispetto alla situazione attuale, senza un aumento della povertà. In altri paesi (Italia, Slovenia, Spagna, Grecia) il targeting dei benefici pubblici verso coloro con esigenze più elevate riduce la povertà mentre gli aumenti della spesa sono molto più piccoli rispetto alle politiche incentrate sulla riduzione dei soli costi diretti.

Migliorare l'efficienza e contenere i costi dell'LTC. Sia la promozione dell'invecchiamento sano che i miglioramenti della produttività potrebbero portare a una riduzione delle spese del 13% entro il 2050. Una migliore prevenzione, un uso più intelligente della tecnologia e la delega dei compiti tra i lavoratori sono alcune delle opzioni che i paesi stanno promuovendo per migliorare l'efficienza. Paesi come Danimarca e

Norvegia hanno introdotto visite domiciliari per promuovere un invecchiamento sano, mentre Australia, Giappone e Nuova Zelanda hanno anche promosso la riabilitazione per aiutare le persone anziane a recuperare la perdita di autonomia. Il Giappone e i paesi nordici hanno migliorato la produttività del lavoro attraverso l'uso della tecnologia, mentre i Paesi Bassi stabiliscono obiettivi di spesa per l'LTC e adeguano di conseguenza i prezzi massimi per servizi e fornitori.

https://www.quotidianosanita.it/studi-e-analisi/articolo.php?articolo_id=125443



<https://www.quotidianosanita.it/allegati/allegato1730290651.pdf>

Riforma Anziani: “Aziende sanitarie laboratorio di innovazione, nuovi modelli per raggiungere tutti a partire dai più fragili”

martedì 1° ottobre 2024

Presentato il volume “La persona anziana protagonista del suo tempo e della sua salute” con i modelli di presa in carico per le Asl

La Federazione italiana aziende sanitarie e ospedaliere (FIASO) ha presentato oggi al Ministero della Salute il volume, **“La persona anziana protagonista del suo tempo e della sua salute”**, edito da Edra, in cui sono raccolti e raccontati differenti modelli di presa in cura dei fragili anziani sperimentati e, dunque, replicabili nelle aziende del Servizio sanitario nazionale per l’implementazione della legge delega 33/2023 in favore delle persone anziane. La mattinata di lavori è stata aperta dal saluto del ministro della Salute, Orazio Schillaci, e dagli interventi del Presidente della Commissione per l’attuazione della riforma dell’assistenza sanitaria e sociosanitaria della popolazione anziana, Monsignor Vincenzo Paglia e del viceministro del Lavoro e delle Politiche sociali, Maria Teresa Bellucci.

Nel corso del 2024 si è infatti svolto un lungo e articolato confronto in seno alle oltre 50 aziende associate FIASO, che hanno aderito al Gruppo di lavoro ‘Assistenza agli anziani’, promosso dalla Federazione sul solco della Legge delega 33/2023, in materia di politiche in favore delle persone anziane, su cui il governo ha marzo ha emanato il decreto legislativo attuativo (Dlgs 29/2024 “Politiche attive in favore delle persone anziane”), coordinato dal vicepresidente vicario Paolo Petralia.

È nata dunque una comunità di pratica che ha permesso di raccogliere una serie di contributi di grande qualità a viva testimonianza dell’importante patrimonio di professionalità del Servizio sanitario nazionale e della sua capacità di innovare, guardare avanti e prendersi cura. I contributi sono stati la base su cui la Federazione, col supporto di un comitato scientifico formato da esperti di comprovata competenza, ha costruito due modelli di gestione, uno sulle cure diffuse “Virtual hospital” e l’altro sulla “Filiera assistenziale integrata”. Due direttrici meta progettuali lungo cui si sono sviluppati indicazioni e innovazioni grazie alle esperienze aziendali raccolte. Un utile vademecum di riferimento per le Aziende, che potranno implementare o rinnovare i propri servizi assistenziali e nuove attività di cura per il paziente anziano sul modello di quanto già realizzato altrove.

Migliore (FIASO): “Aziende sanitarie guidano il cambiamento, si parte dai più fragili per raggiungere tutti i cittadini”

“Le aziende sanitarie – spiega il presidente della Federazione, Giovanni Migliore – sono il più importante laboratorio di innovazione del Servizio sanitario nazionale anche riguardo ai nuovi modelli di presa in carico delle persone anziane, e testimoniano vivacità culturale e passione dei nostri professionisti che ogni giorno, tra mille difficoltà, si impegnano per tutelare la salute dei cittadini. Le sperimentazioni gestionali raccolte nel volume FIASO, che oggi presentiamo, dimostrano che il rinnovamento da tutti invocato nella sanità può essere realizzato solo grazie all’impegno del management sui processi organizzativi, e che la disponibilità di infrastrutture o di soluzioni tecnologiche particolarmente avanzate rappresentano solo un presupposto, certamente utile, ma non indispensabile per una reale trasformazione. Abbiamo accettato come FIASO la sfida della Riforma per l’assistenza alle persone anziane, cogliendo l’occasione per disegnare in modo pragmatico questa nuova modalità di presa in carico dei pazienti, a partire proprio da quelli più fragili e complessi. Siamo convinti che sia indispensabile estendere questo metodo di lavoro, per raggiungere anche tutti gli altri cittadini, le famiglie e i giovani, accelerando sul versante della prevenzione, unica opportunità per garantire sostenibilità. Oggi – evidenzia il presidente – grazie alle grandi infrastrutture di comunicazione è realmente possibile rinnovare le cure primarie in tutte le età della vita, ma occorre anche ribadire che le

riforme richieste dal DM 77 e la sanità di prossimità rimarranno sempre concetti astratti senza la declinazione territoriale che solo le aziende sanitarie possono assicurare. Dipende da noi. Se saremo in grado di abbandonare l'inerzia corporativa che ha caratterizzato le ultime stagioni del SSN, riusciremo a raggiungere l'obiettivo, al contrario, assisteremo con ignavia al declino più o meno lento di uno dei pilastri della nostra democrazia", conclude Migliore.

<https://www.fiaso.it/riforma-anziani-aziende-sanitarie-laboratorio-di-innovazione-nuovi-modelli-per-raggiungere-tutti-a-partire-dai-piu-fragili/>



Per le cure degli anziani la scommessa del virtual hospital

martedì 1° ottobre 2024

Salute 24
Le sfide del Servizio sanitario

«COME UN OSPEDALE DIFFUSO»
«Per virtual hospital intendiamo un ospedale diffuso, capace di operare in un'ottica di prossimità. Il Paese si sta finalmente dotando delle infrastrutture che servono a cominciare dalla fibrinazione del Pter sulla riorganizzazione dell'assistenza territoriale». Così Giovanni Migliore, presidente di Fiaso (manager delle Asl)

Per le cure agli anziani la scommessa del virtual hospital

Lo studio. Per evitare il trauma del ricovero le Asl propongono un modello che mette insieme ospedalizzazione domiciliare e servizi di telemedicina

Per virtual hospital intendiamo un ospedale diffuso, capace di operare in un'ottica di prossimità. Il Paese si sta finalmente dotando delle infrastrutture che servono. È tempo di concretizzare partendo dalle sperimentazioni in corso. Abbiamo costruito un metodo di lavoro che oggi guarda agli anziani ma è declinabile su tutta la popolazione.

FIASO

GIOVANNI MIGLIORE

Il Sole 24 ORE

Sul Sole24ore un'anticipazione del lavoro che nel corso del 2024 si è svolto in seno alle oltre 50 aziende associate Fiaso, che hanno aderito al Gruppo di lavoro 'Assistenza agli anziani', promosso dalla Federazione sul solco della Legge delega 33/2023, in materia di politiche in favore delle persone anziane.

Gli esiti sono stati raccolti nella pubblicazione: "La persona anziana protagonista del suo tempo e della sua salute", edito da Edra e presentato a Roma dal ministro della Salute, Orazio Schillaci, dal Presidente Fiaso, Giovanni Migliore con gli interventi del Presidente della Commissione per l'attuazione della riforma dell'assistenza sanitaria e sociosanitaria della popolazione anziana, Monsignor Vincenzo Paglia e della viceministro del Lavoro e delle Politiche sociali, Maria Teresa

<https://www.fiaso.it/rassegna-stampa-per-le-cure-degli-anziani-la-scommessa-del-virtual-hospital/>

PRESENTAZIONE DEL LIBRO

“ALLA RICERCA DEL FUTURO” La riforma dell’assistenza agli anziani non autosufficienti

Attesa da un quarto di secolo, la riforma dell’assistenza agli anziani non autosufficienti è stata introdotta nel nostro Paese con la Legge Delega 33/2023 e il successivo Decreto Attuativo 29/2024. Il dibattito su questi atti, sui loro pregi, sui loro difetti e sulle prospettive future vede in campo posizioni differenti.

Una valutazione, invece, raccoglie un diffuso consenso: i contenuti della riforma sono troppo poco noti rispetto alla rilevanza della materia.

Questo volume, dunque, nasce dall’intenzione del Patto per un Nuovo Welfare sulla Non Autosufficienza di promuovere la conoscenza della riforma e il confronto pubblico in merito. Il testo si propone come una guida – chiara e accessibile – che ne illustra gli elementi principali e ne analizza punti di forza e punti di debolezza.

Il libro è organizzato in quattro parti, di cui le prime tre corrispondono agli obiettivi della riforma:

- la costruzione di un settore unitario, il superamento dell’attuale frammentazione delle misure;
- la definizione di nuovi modelli d’intervento, adatti alle specificità della non autosufficienza di oggi;
- l’ampliamento dell’offerta di risposte, per colmare l’attuale carenza di servizi;
- una visione d’insieme sulla riforma e sulle sue prospettive.

Per assicurarne la massima accessibilità, il libro è acquistabile in cartaceo così come disponibile gratuitamente sul sito del Patto (www.pattononautosufficienza.it); possono essere scaricati sia il testo nel suo insieme sia i singoli capitoli.

Venendo agli autori e alle autrici, il capitolo 1 è di Cristiano Gori, il capitolo 2 di Cristiano Gori e Franco Pesaresi, il capitolo 3 di Fabrizio Giunco, il capitolo 4 di Laura Pelliccia, il capitolo 5 di Cristiano Gori e Franco Pesaresi, il capitolo 6 di Fabrizio Giunco, il capitolo 7 di Cristiano Gori e Rosemarie Tidoli, il capitolo 8 di Sergio Pasquinelli e Francesca Pozzoli, il capitolo 9 di Loredana Ligabue, il capitolo 10 di Franca Maino e Laura Pelliccia, il capitolo 11 di Cristiano Gori e il capitolo 12 di Cristiano Gori. Rosemarie Tidoli ha lavorato alla revisione e alla messa a punto dei capitoli mentre Cristiano Gori ha curato il coordinamento complessivo del progetto.

Manovra/ Incentivi fiscali per restare al lavoro

Claudio Testuzza

Sulle pensioni nella manovra di bilancio non vi sono novità sostanziali a fronte di alcuni ridotti aggiustamenti. In pratica vengono prorogati, per il 2025, gli interventi di flessibilità soprattutto delle uscite quali l'Ape sociale, quota 103, l'Opzione donna Tutti con le restrizioni e le modalità già previste per il 2024.

Accanto a queste agevolazioni, che in molti casi hanno rappresentato un aggravio per i conti dell'Inps e quindi dello Stato, si profilano misure per favorire, invece, la permanenza al lavoro.

Va delineandosi l'ipotesi di mandare in pensione i dipendenti sia privati che pubblici a 70 anni, su base volontaria e dietro incentivi per rimanere al lavoro.

In particolare il personale della pubblica amministrazione potrebbe quindi restare in servizio fino a 70 anni per attività di tutoraggio e di affiancamento ai nuovi assunti, con un criterio d'età addirittura superiore di quello previsto dalla tanta vituperata riforma Fornero.

Riforma che è stata, da alcuni politici, catalogata come un disastro avendo avuto l'obiettivo di porre il limite alle pensioni di vecchiaia a 67 anni rispetto ai 65 anni delle norme precedenti, e per quelle anticipate a 41/42 anni e dieci mesi e l'estensione il calcolo pensionistico con il sistema di calcolo contributivo per tutti. Nel 2014 il Governo impose la cessazione automatica a 67 anni per i dipendenti pubblici.

L'obiettivo era di sfoltire i ranghi della Pa.

Ora si valuta il contrario. Il rinvio della pensione sarebbe del tutto volontario e non porterebbe né all'innalzamento dei requisiti, né ad un cambio delle condizioni.

Arriva, invece, dal Ministro dell'Economia, la decisione che con la manovra sarà introdotto un innovativo meccanismo di incentivazione alla permanenza al lavoro, su base volontaria, con un incentivo significativo sul fronte fiscale. Si tratta, in pratica, della revisione del cosiddetto bonus Maroni che sarà sostenuto anche da un meccanismo di detassazione.

Già introdotto dalla legge di bilancio per il 2023, l'incentivo al posticipo del pensionamento era stato previsto per chi, lavoratore dipendente, avendo maturato i requisiti per la pensione anticipata flessibile (Quota 103) scegliesse di non pensionarsi e di proseguire l'attività lavorativa.

L'incentiva consiste nella possibilità di rinunciare all'accredito contributivo per la pensione e di ottenere l'importo equivalente in busta paga. In pratica le somme così corrisposte sono imponibili a fini fiscali ma non ai fini contributivi. La proposta odierna interverrebbe proprio sul fronte fiscale riducendone l'aggravio.

Ricordiamo che la versione originale del bonus Maroni, del 2004 e scaduta nel 2007, prevedeva che i contributi destinati alla pensione, nel sistema retributivo incidessero nella misura del 32,7 della retribuzione, finissero nella busta paga in regime di esenzione fiscale.

Ritardare la pensione dei dipendenti statali fino ai 70 anni riprende in pratica quello che è stato previsto per i medici dipendenti e convenzionati con il sistema sanitario nazionale a cui è stata data la possibilità di rimanere in servizio fino a 72 anni d'età.

Precedentemente, qualora il medico o l'odontoiatra dipendente, a 65 anni di età, avesse raggiunto il diritto alla pensione (cioè ha 42 anni e 10 mesi di anzianità contributiva più tre mesi di finestra se uomo e 41 anni e 10 mesi se donna), avrebbe dovuto essere collocato a riposo.

Quello dei 65 anni di età era un limite che per l'immaginario dei lavoratori coincideva con il raggiungimento dell'età pensionabile. Dopo i 65 anni, si diceva una volta, si va finalmente in pensione. Ma ormai sappiamo bene che non è più così. L'età per la pensione di vecchiaia è ormai di 67 anni, mentre, salvo canali di uscita eccezionali di solito poco convenienti, per la pensione anticipata occorrono 42 anni e 10 mesi di anzianità contributiva, più altri tre mesi di finestra, ed un anno in meno per le donne.

Il limite dei 65 anni mantiene però, ancora, una sua valenza per i dipendenti pubblici a tutti gli effetti. Il fatto è che l'articolo 12 della legge 20 marzo 1975, n. 70 (tuttora vigente) prevede appunto che il limite massimo d'età per la permanenza in servizio dei dipendenti degli enti pubblici è individuato dal compimento del 65°

anno di età in quanto: “ La cessazione del rapporto di impiego [...] può avvenire: [...] per collocamento a riposo dal primo del mese successivo a quello del compimento del 65° anno di età”.

Su questa base, in un momento successivo, è intervenuto l’articolo 2, comma 5, del decreto-legge 31 agosto 2013, n. 101, convertito dalla legge 30 ottobre 2013, n. 125, che ha fornito, poi, l’interpretazione autentica dell’articolo 24, comma 4, secondo periodo, del decreto-legge 6 dicembre 2011, n. 201, convertito dalla legge 22 dicembre 2011, n. 214.

Tale ultima norma, dunque, va interpretata “nel senso che per i lavoratori dipendenti delle pubbliche amministrazioni il limite ordinamentale, previsto dai singoli settori di appartenenza per il collocamento a riposo d’ufficio e vigente alla data di entrata in vigore del decreto-legge stesso, non è modificato dall’elevazione dei requisiti anagrafici previsti per la pensione di vecchiaia e costituisce il limite non superabile, se non per il trattenimento in servizio o per consentire all’interessato di conseguire la prima decorrenza utile della pensione ove essa non sia immediata, al raggiungimento del quale l’amministrazione deve far cessare il rapporto di lavoro o di impiego se il lavoratore ha conseguito, a qualsiasi titolo, i requisiti per il diritto a pensione”.

Per le novità proposte nella nuova legge di bilancio e i termini della detassazione per favorire la permanenza al lavoro, bisognerà, comunque, attendere, la definizione legislativa e il suo iter in Parlamento.

<https://www.sanita24.ilsole24ore.com/art/lavoro-e-professione/2024-10-18/manovra-incentivi-fiscali-restare-lavoro-093723.php?uuid=AGVllrc&cmpid=nlqf>



https://www.italialongeva.it/wp-content/uploads/2022/04/indagine-2022_italialongeva.pdf



Figura 2.1. Numero di anziani assistiti in ADI. Serie storica 2014-2021
 Fonte: Ministero della Salute (2022). Elaborazione di Italia Longeva

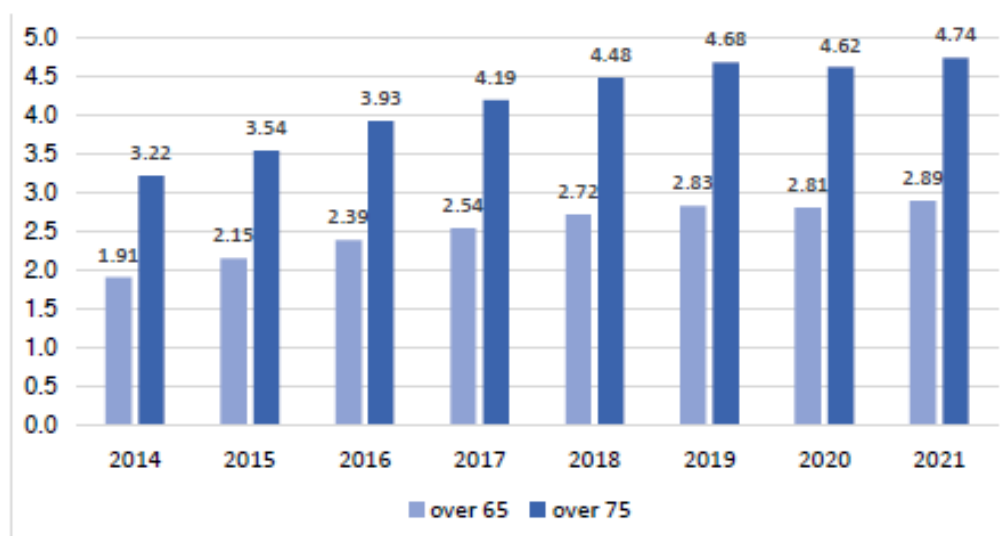


Figura 2.2. Percentuale di anziani assistiti in ADI. Serie storica 2014-2021
 Fonte: Ministero della Salute (2022). Elaborazione di Italia Longeva

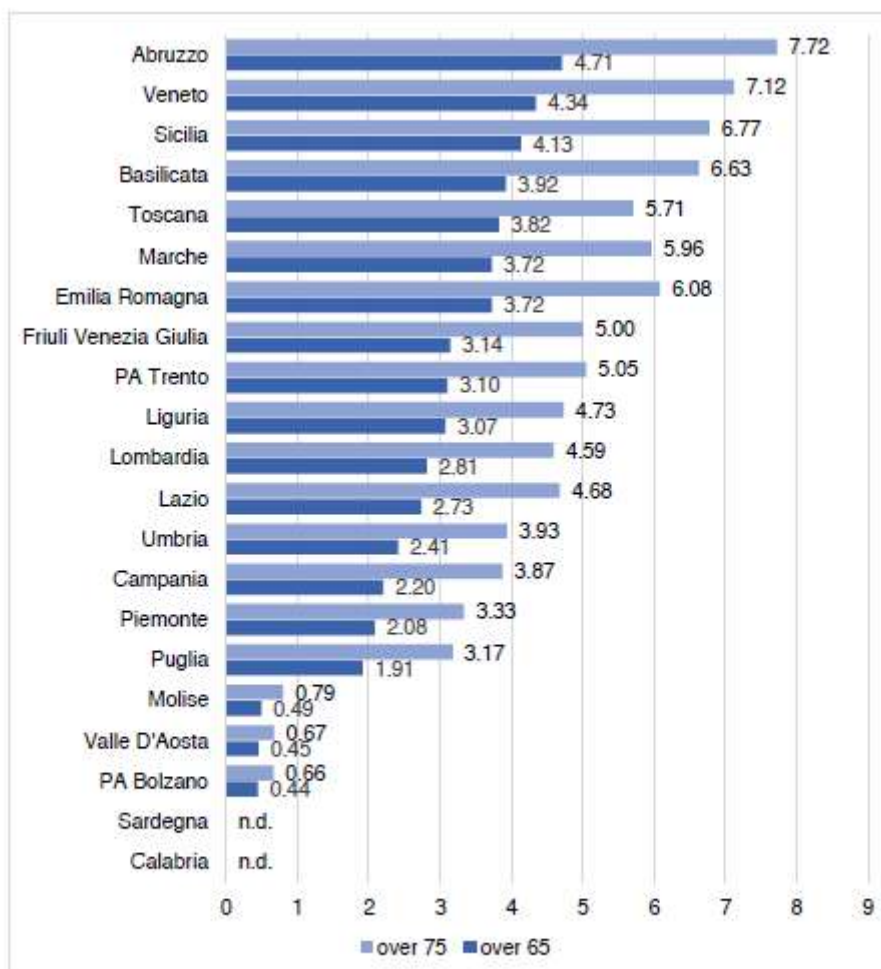


Figura 2.3. Percentuale di anziani over 65 assistiti in ADI. Dati relativi all'anno 2021

Fonte: Ministero della Salute (2022). Elaborazione di Italia Longeva

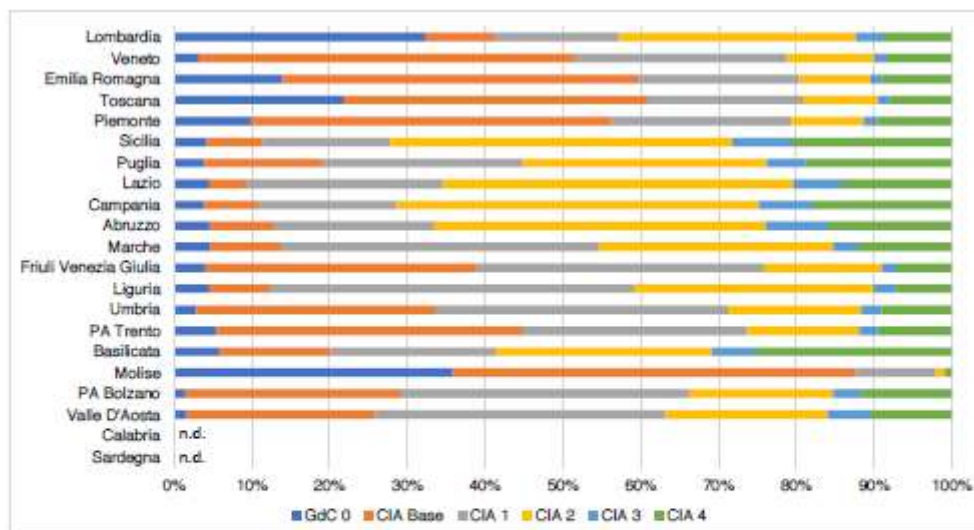


Figura 2.5. Cure domiciliari erogate (flusso SIAD) durante l'anno 2021

GdC=Giornate di presa in carico; CIA= Coefficiente di intensità assistenziale; n.d.= non disponibile.

Fonte: Ministero della Salute - N3S - Sistema Informativo per l'assistenza domiciliare (SIAD) - DM 17 dicembre 2008 e s.m.l. - anno 2021. Elaborazione a cura dell'Ufficio III - Direzione generale della digitalizzazione, del sistema informativo sanitario e della statistica

GdC 0: In questo caso, la data del primo e dell'ultimo accesso coincidono. CIA Base: tale livello non è assimilabile a quelli previsti dalla Commissione LEA, tuttavia si introduce, su specifica richiesta di alcune regioni, per misurare nell'assistenza domiciliare la numerosità dei PAI con CIA compresi tra 0 e 0,13. Questo livello viene inserito anche per evidenziare una necessaria distinzione dall'assistenza domiciliare prestazionale

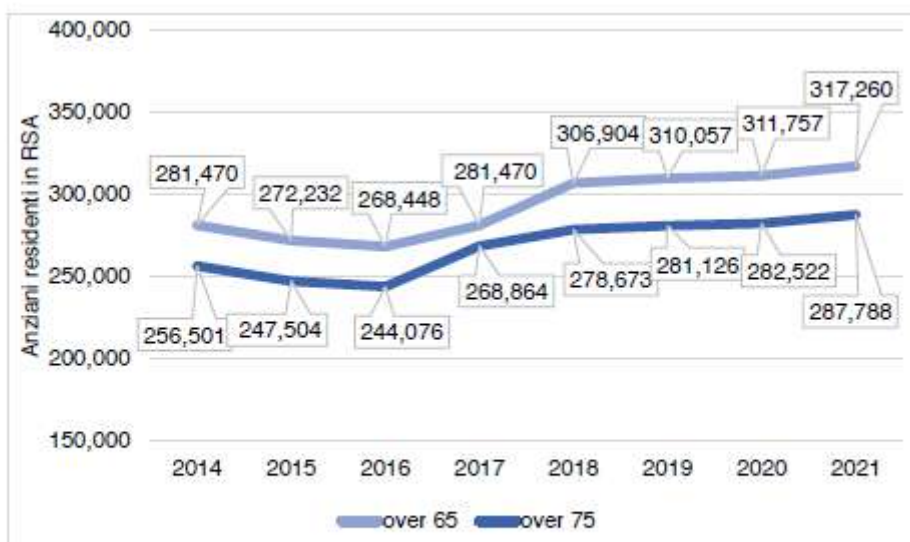


Figura 2.6. Numero di anziani residenti in RSA. Serie storica 2014-2021
Fonte: Ministero della Salute (2022). Elaborazione di Italia Longeva

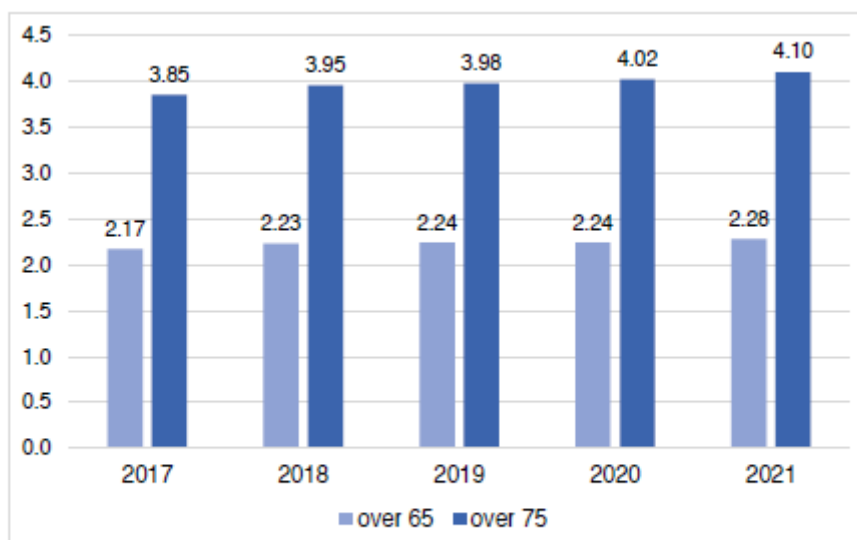


Figura 2.7 Percentuale di anziani residenti in RSA durante gli anni 2017-2021
Fonte: Ministero della Salute (2022). Elaborazione di Italia Longeva

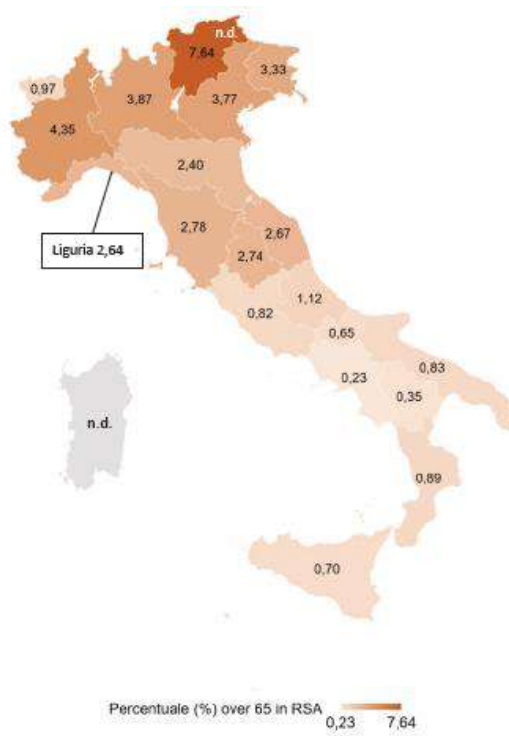


Figura 2.8. Numero (per 100) di anziani over 65 residenti in residenza sanitaria assistenziali (RSA) durante l'anno 2021
Fonte: Ministero della Salute (2022). Elaborazione di Italia Longeva.

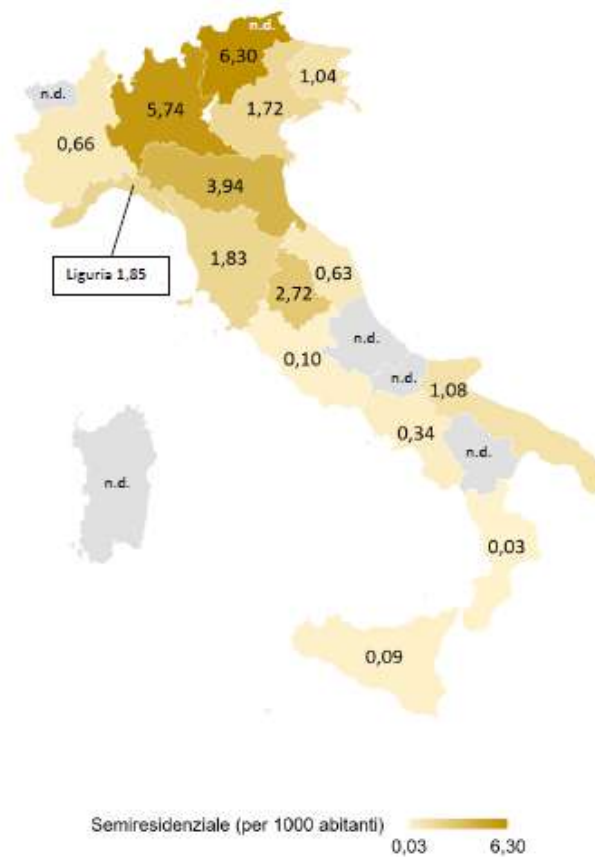


Figura 2.9. Anziani over 65 (per 1000) in trattamenti semiresidenziali nel 2021
Fonte: Ministero della Salute (2022). Elaborazione di Italia Longeva.

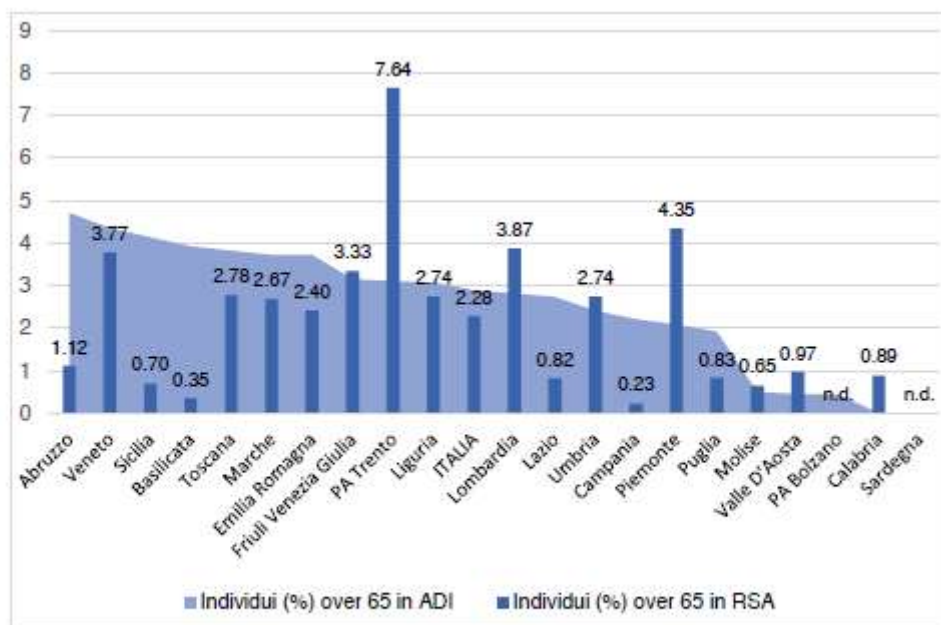


Figura 2.10. Confronto Regionale tra la percentuale di anziani over 65 risolvibili ADI e residenti in RSA nel 2021
Fonte: Ministero della Salute (2022). Elaborazione di Italia Longeva

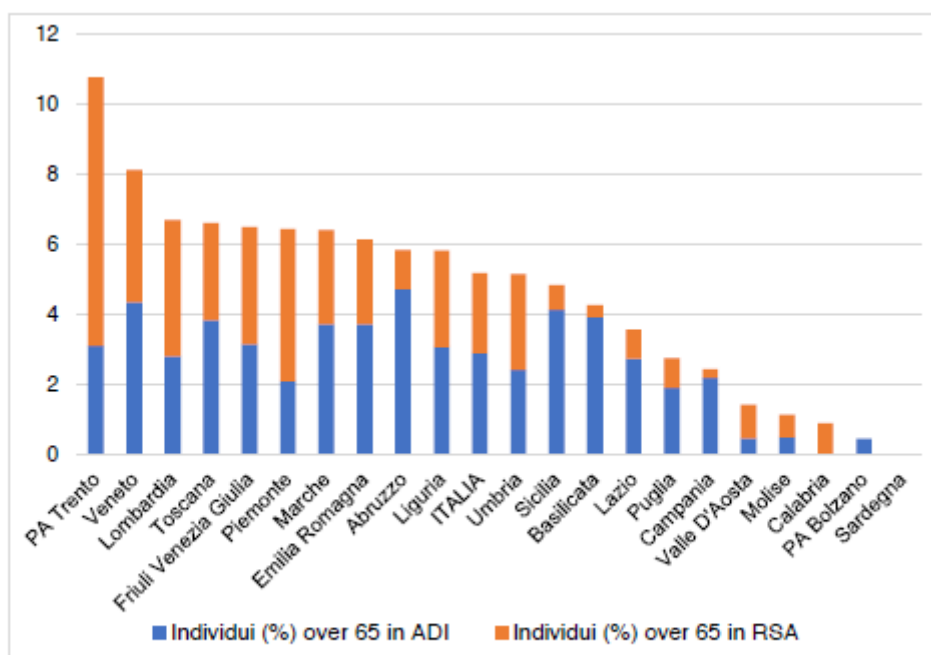


Figura 2.11. Confronto Regionale tra il tasso (per 100) cumulativo di anziani over 65 risolvibili ADI e residenti in RSA nel 2020
Fonte: Ministero della Salute (2022). Elaborazione di Italia Longeva

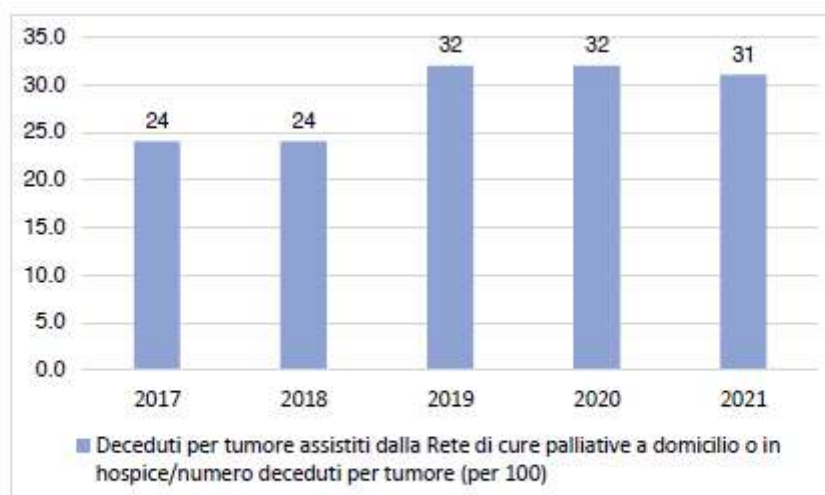


Figura 2.12. Rapporto tra numero di deceduti per patologia tumorale riceventi cure palliative e il numero dei malati deceduti per malattie tumorali (per 100) in Italia nel periodo 2017-2021
 Fonte: Ministero della Salute (2022). Elaborazione di Italia Longeva

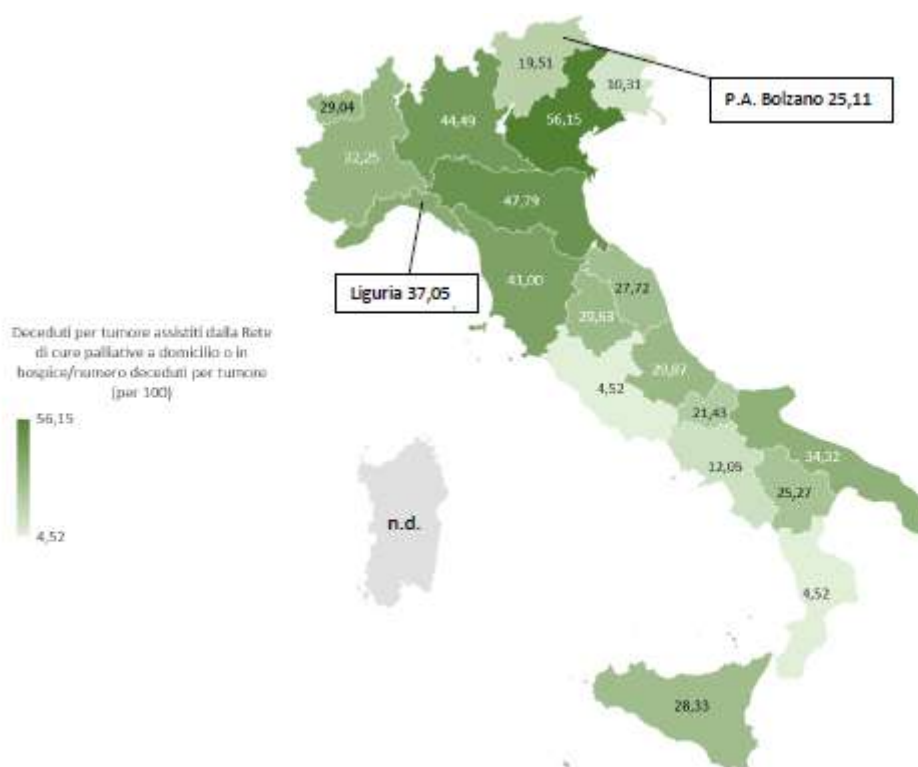


Figura 2.13. Rapporto tra numero di deceduti per patologia tumorale riceventi cure palliative e il numero dei malati deceduti per malattie tumorali (per 100) nel 2021
 Fonte: Ministero della Salute (2022). Elaborazione di Italia Longeva

Tabella 3.1 Lista e prevalenza dei deficit inclusi nel Primary Care Frailty Index (PC-FI) nella popolazione di Health Search di età pari o superiore a 60 anni

Deficit inclusi nel PC-FI	Prevalenza
Demenza / declino cognitivo	7,33%
Disabilità severa	5,29%
Malattia cerebrovascolare	7,85%
Cancro	11,99%
BPCO	13,59%
Cardiopatia ischemica	13,58%
Scompenso cardiaco	3,04%
Insufficienza renale	6,30%
Fibrillazione atriale	5,29%
Parkinson / parkinsonismi	2,84%
Frattura di femore	1,47%
Anemia	15,68%
Difficoltà economiche	53,07%
Recente prescrizione ossigeno	0,30%
Ricovero nei 6 mesi precedenti	3,77%
Ulcere cutanee	1,12%
Bradicardia e disordini di conduzione	3,63%
Altre malattie neurologiche (paralisi, distonie etc)	0,99%
Stipsi	1,71%
Eparina a basso peso molecolare	3,52%
Vasculopatia periferica	1,94%
Problemi nutrizionali	0,28%
Diabete mellito	18,20%
Schizofrenia	0,66%
Edemi	0,21%

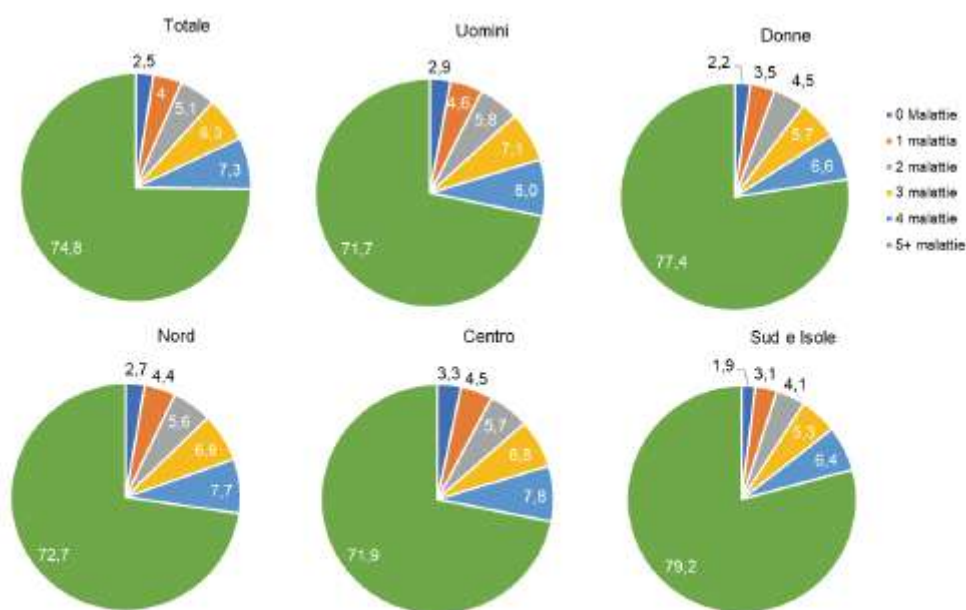


Figura 3.1 Proporzioni di individui di età pari o superiore a 60 anni affetti da un numero crescente di malattie croniche nel database Health Search e nei sottogruppi di popolazione (sesso e area geografica di residenza)

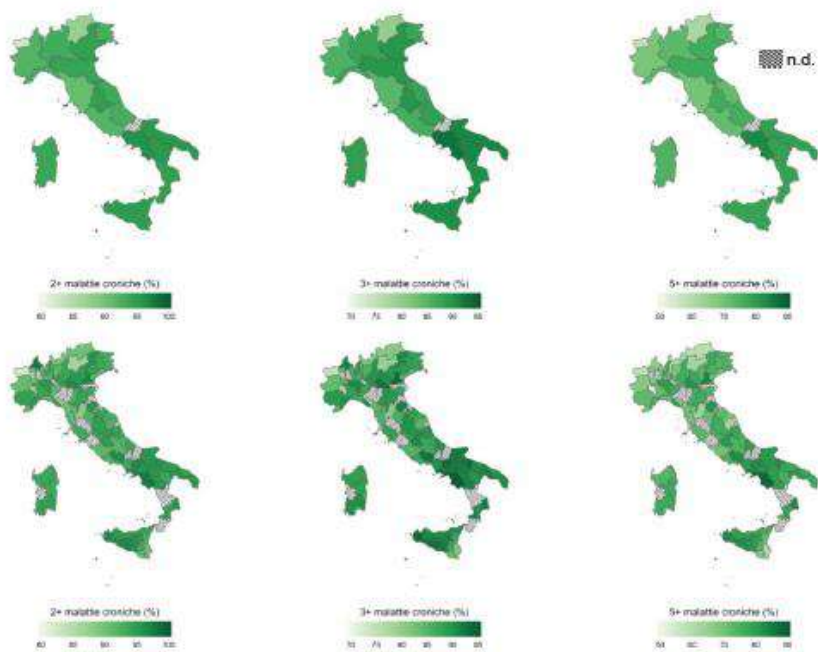


Figura 3.2 Carte tematiche dell'Italia, suddivisa in regioni (in alto) e province (in basso), riportanti la proporzione di partecipanti del database Health Search, di età pari o superiore a 60 anni, affetti da un diverso numero di malattie croniche (2 o più, 3 o più o 5 o più)

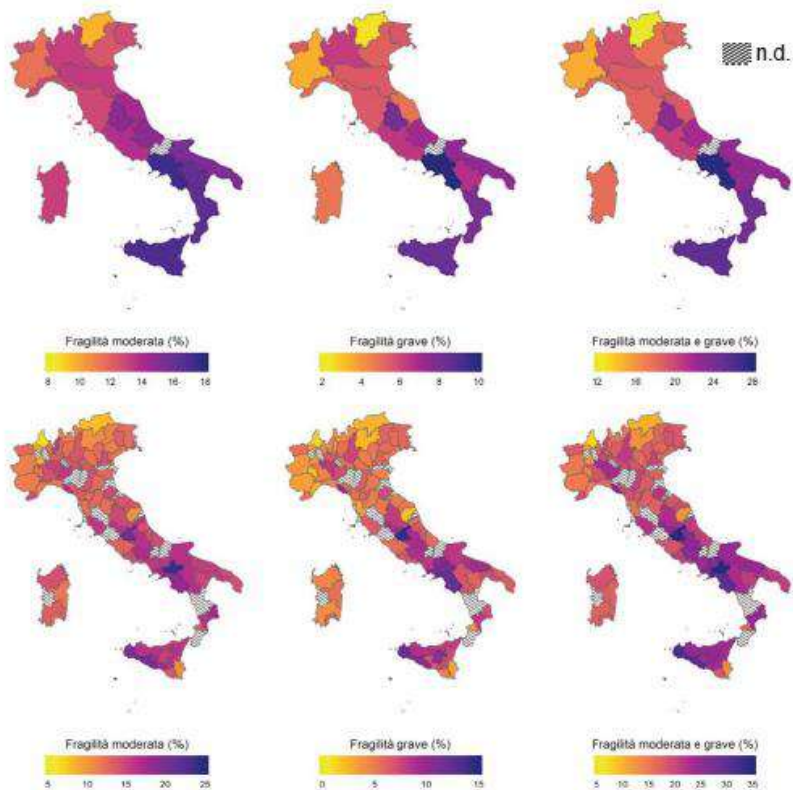


Figura 3.5 Carte tematiche dell'Italia, suddivisa in regioni (in alto) e province (in basso), riportanti la proporzione di partecipanti allo studio Health Search di età uguale o superiore ai 60 anni affetti da diversi gradi di fragilità (moderata, grave, moderata o grave)



Rare News • la newsletter della Federazione Italiana Malattie Rare

È stata adottata ieri, 15 ottobre, la [Carta di Solfignano](#), documento che contiene le 8 priorità sulle quali i Ministri e i Paesi partecipanti al G7 si impegnano ad agire per garantire i diritti delle persone con disabilità. La firma arriva dopo una tre giorni storica: dal 14 al 16 ottobre si è svolto il primo **G7 Inclusione e Disabilità**, vertice ospitato dall'Italia, in Umbria, grazie agli sforzi del **Ministro Alessandra Locatelli** che ha fortemente voluto questa sessione ed alla quale è stato, durante tutto il confronto, riconosciuto un ruolo di leadership in questa tematica.

La giornata inaugurale ad Assisi, novità assoluta, è stata aperta a tutti i cittadini; coinvolte anche oltre 100 Associazioni che hanno animato Via San Francesco con i loro stand espositivi. Tra queste anche **UNIAMO – Federazione Italiana Malattie Rare**, che con alcune delle sue associazioni federate (*ACMT Rete per la Charcot Marie Tooth, Associazione Italiana Sindrome X Fragile, ASSI Gulliver – Associazione Sindrome Sotos Italia aps, ASM 17 Italia, Lega Italiana Ricerca Huntington-LIRH ETS, PKS Italia APS, Syngap1 Italia*), ha portato **la voce e il punto di vista della comunità delle persone con malattia rara**, più di 2 milioni in Italia, e delle loro famiglie.

Nel secondo giorno, presso il Castello di Solfignano (Pg), si sono svolti i lavori preparatori alla firma della Carta: 160 esperti e delegati da tutto il mondo si sono confrontati in 6 panel per l'analisi delle priorità individuate dai Paesi G7. Alla giornata ha partecipato anche la Federazione UNIAMO, in qualità di membro dell'Osservatorio nazionale sulla condizione delle persone con disabilità, che nei mesi precedenti, al fianco di **EURORDIS-Rare Diseases Europe** e dell'**European Disability Forum**, ha contribuito a sottomettere, alle commissioni che si stavano occupando della stesura della bozza della Carta, suggerimenti e raccomandazioni, raccolti attraverso un processo democratico di confronto con le rispettive basi.

Il commento della Presidente UNIAMO **Annalisa Scopinaro**, presente ai lavori: *“Ringraziamo la Ministro Locatelli per aver raggiunto questo importantissimo traguardo, impensabile fino a poco tempo fa e frutto di un gran lavoro diplomatico. La Carta è sicuramente di forte interesse per tutte le persone con disabilità, in quanto è una prima posizione condivisa su questo argomento, che dovrebbe cominciare a spingere anche i Paesi che ad oggi non hanno attivato politiche specifiche a farlo. Dal punto di vista delle nostre comunità, specialmente quelle con malattia rara, ci sono ancora alcuni punti da implementare, ma confidiamo che questo sia solo un primo passo”*.

Tra le richieste c'erano:

- garantire che tutte le persone con malattia rara e più in generale chi ha una disabilità “invisibile” abbiano accesso a un'**adeguata valutazione e riconoscimento della disabilità**;
- riconoscere la necessità di **sostenere le famiglie** delle persone con disabilità, in particolare quelle che fungono da assistenti informali;
- porre l'accento sulla **salute mentale**, tematica ancora troppo spesso trascurata;
- riconoscere che alcuni gruppi di persone con disabilità sono a maggior rischio di esclusione e hanno necessità di sostegni specifici.

La comunità internazionale delle persone con disabilità accoglie *“con favore l'adozione della Carta, il coinvolgimento del movimento della disabilità durante il processo di stesura e le iniziative contenute nel documento”* – ha dichiarato **Yannis Vardakastanis**, Presidente del Forum europeo sulla disabilità – *“Si tratta di una dichiarazione ambiziosa e promettente, ma il suo vero impatto dipenderà dal fatto che sia seguita da*

miglioramenti concreti. Chiediamo ai leader del G7 di sostenere le loro parole con azioni e finanziamenti, sia all'interno dei loro confini che sulla scena internazionale”.

Al termine del G7 la Presidente Uniamo **Scopinaro** ha così commentato: “La parola più usata in questi tre giorni è stata “insieme”. È stato un grande momento storico di convergenza; la nostra speranza è che tutto questo continui, con i lavori diplomatici e nei singoli Paesi, garantendo riforme concrete che possano garantire una miglior qualità di vita a tutte le persone con disabilità del mondo. Bello e importante esserne stati testimoni anche con le nostre Associazioni, a sottolineare come per la nostra comunità di malati rari la disabilità sia un tema che si somma a quello della salute”.

<https://mail.google.com/mail/u/0/?tab=rm&ogbl#inbox/FMfcgzQXJstLDtqMKjpMvWJrsVpFMmQf>

Digitalizzazione in sanità



Avanzamento della rilevazione dell'autismo: un passo avanti digitale

Isaac Kohane

Astratto

Una nuova applicazione mobile progettata per lo screening dell'autismo nei bambini piccoli (16-40 mesi) produce risultati promettenti, ma sottolinea anche la crescente importanza della fenotipizzazione digitale nella ricerca medica e nella pratica clinica.

La tempestiva individuazione del disturbo dello spettro autistico (ASD) rimane una sfida critica nell'assistenza pediatrica. Nonostante i benefici consolidati dell'intervento precoce, molti bambini con ASD non vengono diagnosticati prima di aver superato la finestra ottimale per l'inizio di trattamenti come l'analisi comportamentale applicata. ¹ In questo numero di *NEJM AI*, Krishnappa Babu e colleghi presentano risultati promettenti per una nuova applicazione mobile, SenseToKnow, progettata per lo screening remoto dell'autismo nei bambini piccoli (16-40 mesi). ²

Lo studio rappresenta un importante progresso incrementale nella nostra capacità di identificare i bambini con ASD. Abilitando lo screening remoto dei caregiver a casa, SenseToKnow potrebbe aiutare a superare le barriere all'accesso, in particolare per le famiglie in aree sottoservite o per quelle che affrontano sfide logistiche nel partecipare agli appuntamenti in clinica. Gli autori dimostrano che la loro app basata su visione artificiale e apprendimento automatico raggiunge un'elevata accuratezza diagnostica (area sotto la curva = 0,92) nel rilevare l'autismo. Questo livello di prestazioni, paragonabile alle precedenti valutazioni basate sulla clinica, suggerisce che lo screening remoto potrebbe diventare uno strumento prezioso per espandere l'accesso alla rilevazione precoce dell'autismo.

Tuttavia, è essenziale vedere questi risultati nel contesto. La popolazione dello studio è stata arricchita per l'autismo, con una prevalenza del 30%, molto più alta della popolazione generale. Mentre questo arricchimento è necessario per la convalida iniziale, limita la nostra capacità di estrapolare le prestazioni dell'app in contesti del mondo reale. Ulteriori test in popolazioni con una prevalenza di autismo più rappresentativa saranno cruciali per stabilire l'effettiva utilità clinica dell'app e per comprendere le sue caratteristiche di prestazione, in particolare il suo valore predittivo positivo, in scenari del mondo reale.

Inoltre, mentre abbracciamo questi progressi tecnologici, non dobbiamo perdere di vista l'eterogeneità all'interno degli ASD. Come ho notato in precedenza,³ bilanciando gli approcci genetica-prima e fenotipo-prima, gli ASD comprendono un'ampia gamma di presentazioni cliniche e ci sono diversi potenziali meccanismi sottostanti. L'app SenseToKnow, che si concentra sui fenotipi comportamentali, è uno strumento prezioso nel nostro kit di strumenti diagnostici. Tuttavia, è solo un pezzo di un puzzle complesso.

Guardando al futuro, possiamo prevedere strumenti diagnostici e programmi di intelligenza artificiale ancora più sofisticati con accesso a dati completi sui pazienti, tra cui genomica, storie cliniche dettagliate e persino esposizioni ambientali, che potrebbero accelerare e perfezionare ulteriormente la diagnosi dell'autismo. Tali strumenti potrebbero potenzialmente identificare sottogruppi ASD distinti, ciascuno con le proprie strategie di intervento ottimali.

Lo studio di Krishnappa Babu et al. sottolinea anche la crescente importanza della fenotipizzazione digitale nella ricerca medica e nella pratica clinica. Sfruttando la tecnologia degli smartphone e l'apprendimento automatico, ora possiamo catturare e analizzare dati comportamentali a una scala e un livello di dettaglio precedentemente irraggiungibili. Questo approccio non solo aiuta nella diagnosi, ma apre anche nuove strade per comprendere le diverse manifestazioni dell'ASD e tracciare le risposte al trattamento nel tempo.

Mentre celebriamo questo progresso, dobbiamo anche riconoscere le considerazioni etiche che accompagnano tali tecnologie. Garantire la privacy dei dati, affrontare potenziali pregiudizi negli algoritmi di intelligenza artificiale e mantenere il ruolo cruciale del giudizio clinico nella diagnosi sono fondamentali mentre integriamo questi strumenti nella pratica.

In conclusione, l'app SenseToKnow rappresenta un significativo passo avanti nella nostra capacità di effettuare lo screening dell'autismo in modo efficiente e su larga scala. Il suo potenziale per aumentare l'accesso alla diagnosi precoce è promettente, in particolare per le popolazioni meno assistite. Tuttavia, è essenziale un'ulteriore convalida in contesti diversi e reali. Mentre continuiamo a migliorare le nostre capacità diagnostiche, dobbiamo impegnarci per un approccio equilibrato che integri la tecnologia all'avanguardia con una valutazione clinica completa e un apprezzamento per la natura complessa e sfaccettata degli ASD.

Il percorso verso una cura ottimale dell'autismo è in corso, ma studi come questo di Krishnappa Babu e colleghi illuminano la strada da seguire. Abbracciando l'innovazione mantenendo rigorosi standard scientifici, possiamo sperare di fornire diagnosi e interventi più precoci e precisi per i bambini con ASD, migliorando in definitiva le loro vite e quelle delle loro famiglie.

<https://ai.nejm.org/doi/full/10.1056/Ale2400811>

quotidianosanità.it

Intelligenza artificiale. Il policy brief dal G7 Salute: “Ci sono rischi e opportunità. Serve una governance forte”

Nel documento i Paesi del G7 si impegnano a promuovere l'uso dell'IA nell'assistenza sanitaria al suo pieno potenziale, per migliorare la qualità e i risultati della salute individuale, della popolazione e pubblica e alleggerire l'onere per i professionisti sanitari. Ma sottolineano: “Riconosciamo i vantaggi dell'utilizzo dell'intelligenza artificiale nel settore sanitario, ma anche i rischi che può comportare, in particolare per quanto riguarda le popolazioni sottorappresentate”

11 OTT - “L'implementazione dell'intelligenza artificiale (IA) nel settore sanitario rappresenta una grande opportunità per i professionisti sanitari, i pazienti, i decisori politici e altri stakeholder per migliorare l'efficienza operativa e i risultati sanitari. Molte applicazioni dell'IA nei sistemi sanitari sono già in uso e ci sono prove crescenti della capacità dei sistemi di IA di avere un impatto significativo sulle strategie diagnostiche e terapeutiche, compresi i metodi decisionali dei professionisti sanitari, la relazione medico-paziente e le strategie di prevenzione delle malattie e di promozione della salute.

Ciò richiede una governance forte per affrontare considerazioni scientifiche, tecnologiche, infrastrutturali, normative, legali, di sicurezza, etiche e barriere e sfide culturali per realizzare il pieno potenziale dell'IA in un modo che sia sicuro, protetto e affidabile". E' quanto recita il [G7 Policy brief on Artificial Intelligence: opportunities and challenges for the Health Sector](#) messo a punto dalla delegazione di ministri della Salute intervenuti al G7 Salute che si chiude oggi ad Ancona.

"L'accesso equo alle tecnologie digitali, il tema del divario digitale di genere ed età, come anche le questioni etiche e i potenziali pregiudizi nei sistemi di IA - prosegue il documento - deve essere prioritario per evitare crescenti disuguaglianze. Questi sforzi devono includere la garanzia di supporto ai professionisti sanitari, ai pazienti e ad altri stakeholder dei sistemi sanitari per acquisire le conoscenze, le competenze e le infrastrutture necessarie per trarre pieno vantaggio da questi recenti progressi. C'è anche la necessità di bilanciare la sicurezza e la privacy dei dati. I pazienti e i professionisti sanitari devono rimanere al centro delle decisioni mediche e garantire che le normative non siano eccessivamente complesse e allineate con gli approcci esistenti nei campi correlati, quando possibile. La capacità dell'intelligenza artificiale di utilizzare una vasta quantità di dati e prove cliniche potrebbe aiutare i professionisti sanitari a migliorare in modo efficace ed efficiente la diagnosi, ottimizzare i percorsi di cura e il trattamento da una prospettiva di medicina personalizzata, ridurre gli errori medici, migliorare la qualità dei servizi, compresi i servizi di prevenzione delle malattie e promozione della salute, facilitando risultati sanitari positivi attraverso un approccio basato sulle prove, che rispetti gli standard e le linee guida internazionali. Esistono opportunità per semplificare il flusso di lavoro e ridurre l'onere amministrativo per i professionisti sanitari e fornire più tempo per l'interazione con i pazienti".

"Pertanto, in quanto Stati membri del G7 - prosegue il policy brief - esprimiamo la nostra determinazione a promuovere l'uso dell'IA nell'assistenza sanitaria al suo pieno potenziale, per migliorare la qualità e i risultati della salute individuale, della popolazione e pubblica e alleggerire l'onere per i professionisti sanitari nel ripristinare il tempo per l'assistenza e le interazioni umane e ridurre le disuguaglianze e le disparità nell'accesso all'assistenza. Nello sviluppo dell'IA per l'assistenza sanitaria, incoraggiamo gli sforzi di cooperazione internazionale verso la standardizzazione e l'armonizzazione dei dati poiché questo processo è essenziale per i) la formazione, la messa a punto, il test e la convalida dei modelli di IA tramite set di dati completi e rappresentativi per garantire accuratezza, affidabilità, pertinenza e buona standardizzazione ii) garantire l'efficienza negli studi multicentrici riducendo la complessità e il tempo necessari per l'aggregazione e l'analisi dei dati iii) l'applicabilità oltre confine".

"Ci impegniamo quindi a lavorare attivamente per armonizzare le politiche e le normative sui dati laddove possibile, anche sfruttando gli sforzi a livello regionale e internazionale. È fondamentale che ci impegniamo affinché gli usi dell'intelligenza artificiale nell'assistenza sanitaria siano distribuiti in modo equo e con un accesso equo. Riconosciamo i vantaggi dell'utilizzo dell'intelligenza artificiale nel settore sanitario, ma anche i rischi che può comportare, in particolare per quanto riguarda le popolazioni sottorappresentate.

I modelli di intelligenza artificiale devono essere addestrati su dati rappresentativi delle popolazioni per le quali verranno utilizzati, con l'obiettivo di ridurre al minimo i pregiudizi discriminatori che possono complicare l'accesso all'assistenza sanitaria. Hanno anche bisogno di trasparenza nel loro processo decisionale, per interpretare o fidarsi della validità dei risultati ottenuti.

Per superare queste sfide, ci impegniamo a considerare tutti i mezzi per promuovere un accesso equo e l'uso dell'IA nell'assistenza sanitaria, in particolare promuovendo modi per ridurre al minimo i rischi di discriminazione e pregiudizi. Inoltre, riconosciamo l'importanza di monitorare i pregiudizi e valutare l'impatto degli strumenti di IA per la salute e le applicazioni sanitarie durante la sua implementazione per garantire che gli strumenti abbiano un beneficio netto per le popolazioni e i casi d'uso per cui sono destinati".

"Ribadiamo l'impegno, assunto dai leader del G7 nel 2023, di promuovere ulteriormente il Quadro politico globale del processo di IA di Hiroshima, inclusa l'implementazione dei principi guida internazionali e del codice di condotta internazionale per le organizzazioni che sviluppano sistemi di IA avanzati per guidare lo sviluppo e l'adozione di tecnologie di IA, anche nel settore sanitario. Prendiamo atto dell'importanza del rispetto dei diritti umani e della protezione dei dati personali e della privacy.

Per il bene della ricerca e della pianificazione sanitaria, l'uso dell'intelligenza artificiale per elaborare i dati sanitari dovrebbe essere incoraggiato e perseguito in base alle leggi e ai regolamenti nazionali e internazionali.

Ci impegniamo quindi a incoraggiare attivamente un dialogo tra professionisti sanitari e regolatori a diversi livelli, tra cui agenzie di regolamentazione e responsabili della protezione dei dati locali, per promuovere la condivisione dei dati, la sicurezza dei dati e la protezione dei dati per garantire di poter sfruttare appieno il potenziale dell'intelligenza artificiale nell'assistenza sanitaria”.

https://www.quotidianosanita.it/studi-e-analisi/articolo.php?articolo_id=124984



Regional Committee for Europe
74th session

Copenhagen, Denmark, 29–31 October 2024

EUR/RC74/8
Provisional agenda item 8

17 September 2024 | 240294

ORIGINAL: ENGLISH

Leveraging digital transformation for better health in Europe: Regional digital health action plan for the WHO European Region 2023–2030

Sfruttare la trasformazione digitale per una salute migliore in Europa: piano d'azione regionale per la salute digitale per la regione europea dell'OMS 2023-2030

Nella 72a sessione del Comitato Regionale per l'Europa dell'OMS (RC72) nel settembre 2022, il Comitato regionale ha adottato il Piano d'azione regionale per la salute digitale per la regione europea dell'OMS 2023-2030 nella risoluzione EUR/RC72/R2.

In collaborazione con gli Stati membri e altre principali parti interessate, l'Ufficio regionale dell'OMS per l'Europa ha iniziato ad attuare il piano d'azione.

I primi due anni si sono concentrati sullo sviluppo della ricerca, sul rafforzamento delle capacità e sul sostegno agli Stati membri nel settore della trasformazione digitale del settore sanitario.

Sono stati compiuti progressi in tutte le 18 principali aree di interesse regionale individuate nelle quattro priorità strategiche.

Nel corso del prossimo terzo anno di attuazione, l'Ufficio regionale per l'Europa dell'OMS porterà avanti questo progresso, contribuendo a realizzare l'iniziativa Empowerment through Digital Health del Programma di lavoro europeo, 2020-2025, e rafforzandone la rilevanza per tutti i 53 Stati membri in della Regione Europea dell'OMS.

A seguito della risoluzione EUR/RC72/R2, Sfruttare la trasformazione digitale per una salute migliore in Europa: piano d'azione regionale sulla salute digitale per la regione europea dell'OMS 2023-2030,

e l'impegno a riferire ogni due anni al Comitato regionale sui progressi compiuti nell'attuazione della Piano d'azione e per rivedere e aggiornare l'elenco delle azioni illustrative, se necessario, un nuovo elenco di azioni illustrative è stato allegato al presente rapporto sullo stato di avanzamento. Questo rapporto sullo stato di avanzamento è sottoposto all'esame del Comitato regionale nella sua 74a sessione nell'ottobre 2024.

Contents

Introduction.....	3
Overview of implementation by strategic priority.....	3
Strategic Priority 1 – setting norms, developing evidence-based technical guidance and formulating direction to support decision-making in digital health.....	3
Strategic Priority 2 – enhancing country capacities to better govern digital transformation in the health sector and advance digital health literacy.....	5
Strategic Priority 3 – building networks and promoting dialogue and knowledge exchange to facilitate interaction between partners, stakeholders and the wider public to steer the agenda for innovation in digital health.....	5
Strategic Priority 4 – conducting horizon-scanning and landscape analysis to identify solutions that are patient-centred and can be scaled up at country or regional level to help shape public health and health systems in the digital era.....	6
Future direction.....	6
Annex. Illustrative actions and expected impact at the country level.....	7

INTRODUZIONE

1. Il presente rapporto fornisce una panoramica dei progressi compiuti nell'attuazione del Piano d'azione regionale sulla salute digitale per la regione europea dell'OMS 2023-2030 dalla 72a sessione del Comitato regionale per l'Europa dell'OMS (RC72) nel 2022, da settembre 2022 a maggio 2024.

2. Il piano d'azione è stato sviluppato sotto la guida di un gruppo di lavoro di esperti di salute digitale della regione europea dell'OMS (38 Stati membri) e in stretta collaborazione con diversi partner internazionali: Banca asiatica di sviluppo (ADB), Stati Uniti Centri per il controllo e la prevenzione delle malattie (CDC), Centro europeo per la prevenzione e il controllo delle malattie (ECDC), Commissione europea (CE), Unione internazionale delle telecomunicazioni (ITU), Organizzazione per la cooperazione e lo sviluppo economico (OCSE), Conferenza delle Nazioni Unite sulla Commercio e sviluppo (UNCTAD), Programma delle Nazioni Unite per lo sviluppo (UNDP), Fondo delle Nazioni Unite per l'infanzia (UNICEF), Agenzia degli Stati Uniti per lo sviluppo internazionale (USAID) e Banca mondiale.

3. Lo scopo del Piano d'Azione è quello di delineare le azioni strategiche necessarie per promuovere i sistemi sanitari digitali per migliorare la salute su larga scala nella Regione. Il piano d'azione ha lo scopo di sostenere i paesi nello sfruttare e ampliare la trasformazione digitale per una salute migliore e nell'allineare gli investimenti nella tecnologia digitale con le esigenze del sistema sanitario, nel pieno rispetto dei valori di equità, solidarietà e diritti umani. Il piano d'azione integra e rende operativa la strategia globale dell'OMS sulla salute digitale 2020-2025.

PANORAMICA DELL'ATTUAZIONE PER PRIORITÀ STRATEGICA

Priorità strategica 1 – definizione di norme, sviluppo di linee guida tecniche basate sull'evidenza e formulazione di indicazioni per supportare il processo decisionale nella sanità digitale

4. Sono necessarie ulteriori ricerche sulla salute digitale. L'Ufficio Regionale per l'Europa dell'OMS (OMS/Europa) ha collaborato con altre agenzie, Stati membri, organizzazioni internazionali, istituzioni accademiche, società civile e industria della tecnologia digitale per sfruttare le lezioni del passato e sviluppare la ricerca in questo settore attraverso 14 pubblicazioni tecniche (vedi Tabella 1).

Table 1. Technical guidance developed to help Member States in the WHO European Region face digital health challenges

Topic	Findings
Artificial intelligence (AI)	<ul style="list-style-type: none"> AI is used in several ways in health care, from molecular and genetics testing to medical imaging, diagnostic codes analysis, and in infectious disease outbreak predictions as part of health emergencies protection programmes. However, its application remains limited and is used most often only in laboratories and testing.¹ AI is seen as a novel tool in the planning of mental health services, as well as in identifying and monitoring mental health problems in individuals and populations. At the same time, significant flaws have been found, including how AI applications process statistics, infrequent data validation and little evaluation of the risk of bias.²
Equity	<ul style="list-style-type: none"> Digital health technologies are not equally accessible to all communities and areas in the Region, raising concerns over the equitable use of digital tools for health. The research showed that people with poor health are among those who are struggling the most to access these tools.³ Digital health technologies can improve women's health and promote equity. The benefits are primarily associated with improving access to health care services, enhancing maternal health, providing essential health information, and empowering women to increase their autonomy.⁴
Health workforce	<ul style="list-style-type: none"> Digital health tools positively impact health workers' performance,⁵ and digital health literacy is key to overcoming barriers for health workers to utilize digital health technologies.⁶
Monitoring digital health	<ul style="list-style-type: none"> After a review in eight countries across three WHO regions, it was found that digital health programmes and interventions are often not monitored or evaluated.⁷
Misinformation/infodemics	<ul style="list-style-type: none"> Incorrect interpretations of health information, which increase during outbreaks and disasters, often negatively impact people's mental health and increase vaccine hesitancy, and can delay the provision of health care.⁸
Telemedicine	<ul style="list-style-type: none"> Data from over 20 000 studies in 53 countries showed telemedicine has clear benefits in the screening, diagnosis, management and treatment of chronic diseases.⁹

Priorità strategica 2 – potenziare le capacità dei paesi per governare meglio la trasformazione digitale nel settore sanitario e promuovere l'alfabetizzazione sanitaria digitale

5. Le soluzioni sanitarie digitali sono una componente essenziale e un fattore abilitante di sistemi sanitari sostenibili e di copertura sanitaria universale. Per realizzare il proprio potenziale, le iniziative di sanità digitale devono rispondere ai bisogni sanitari ed essere parte di un ecosistema sanitario più ampio. Dovrebbero essere guidati da una solida strategia nazionale per la salute digitale o da strategie regionali equivalenti. Dal 2020, 10 Stati membri hanno iniziato a sviluppare o rivedere la propria strategia nazionale per la salute digitale.¹⁰ Ad oggi, l'83% (44 su 53) degli Stati membri della regione dispone di una strategia per la salute digitale.

6. Dal 2022, l'OMS/Europa sostiene le autorità nel rafforzamento dei sistemi di informazione sanitaria per migliorare la risposta del sistema sanitario e nella creazione di servizi di telemedicina nelle aree rurali per

mitigare l'interruzione dei servizi e fornire assistenza sanitaria primaria di alta qualità. In particolare, 15 Stati membri hanno dato priorità al rafforzamento dei dati e dei sistemi informativi sanitari, compresa la loro digitalizzazione, e alla telemedicina.¹¹ Inoltre, l'OMS/Europa ha istituito l'Hub europeo di coordinamento geospaziale dell'OMS per rafforzare le capacità geospaziali e facilitare l'implementazione delle attività geospaziali in tutta la Regione.

7. Agli Stati membri è stato fornito sostegno per sviluppare consapevolezza e orientamenti pratici nella gestione del rischio di cibersicurezza e nelle tecnologie di miglioramento della privacy.¹² Inoltre, è stata sviluppata una metodologia di audit della cibersicurezza per i sistemi informativi sanitari digitali (attualmente in fase pilota).

8. Per quanto riguarda la promozione dell'innovazione nell'analisi predittiva per una salute migliore attraverso i big data e l'intelligenza artificiale (AI), 19 Stati membri hanno collaborato con l'OMS/Europa per impegnarsi nella formazione e sviluppare le proprie capacità in relazione all'etica e alla governance dell'IA e dei big data. data in sanità,¹³ con l'obiettivo di fornire ai partecipanti una migliore comprensione di ciò che è necessario per implementare soluzioni di intelligenza artificiale e big data nel settore sanitario.

9. Per rafforzare le competenze di alfabetizzazione digitale, con particolare attenzione al personale sanitario, l'OMS/Europa e l'Ufficio regionale per l'Europa orientale e l'Asia centrale del CDC hanno lanciato un programma di borse di studio nei paesi dell'Europa orientale e dell'Asia centrale, per migliorare l'uso di scienza dei dati nella sanità pubblica. Priorità strategica 3 – costruire reti e promuovere il dialogo e lo scambio di conoscenze per facilitare l'interazione tra partner, portatori di interessi e pubblico più ampio per orientare l'agenda per l'innovazione nella sanità digitale

10. Facilitare il sostegno e promuovere la collaborazione interregionale, internazionale e multisettoriale, un partner per la salute digitale forum per la regione europea è stato istituito nel settembre 2023. Il forum si riunisce una volta a trimestre.¹⁴

11. Per promuovere e facilitare la diffusione e lo scambio di buone pratiche e lezioni apprese in materia di salute digitale tra gli Stati membri, sono state implementate diverse attività di scambio di conoscenze, tra cui la serie di webinar Decoding Data and Digital Health e il secondo simposio dell'OMS sul futuro dei sistemi sanitari in un'era digitale nella regione europea. Il simposio, che è stato organizzato congiuntamente dal Ministero della Salute portoghese e dal Servizio sanitario nazionale il 5 e 6 settembre 2023 a Porto, in Portogallo, ha attirato più di 1.000 partecipanti, di cui 571 presenti di persona.

12. Per facilitare una piattaforma di dialogo con attori non statali per allineare meglio l'ideazione tecnologica con i colli di bottiglia del sistema sanitario, l'OMS ha istituito l'Iniziativa dei partner strategici per i dati e la salute digitale. Questa iniziativa coinvolge esperti internazionali selezionati e funzionari governativi che lavoreranno insieme per identificare azioni volte a migliorare l'adozione di una salute digitale sicura ed equa. Inoltre, è stato firmato un memorandum d'intesa tra l'OMS/Europa e la Healthcare Information and Management Systems Society (HIMSS) per promuovere la salute digitale nella regione europea.

13. In termini di partenariato, è stato firmato un altro accordo di donazione con la CE, che mira a supportare gli Stati membri della Regione nel rafforzare i sistemi di informazione sanitaria e incentivare l'uso e la condivisione dei dati sanitari, anche promuovendo, ove possibile, i principi e soluzioni incluse nella proposta legislativa per uno spazio europeo dei dati sanitari.

Priorità strategica 4 – condurre analisi dell'orizzonte e del panorama per identificare soluzioni incentrate sul paziente e che possano essere ampliate a livello nazionale o regionale per contribuire a modellare la salute pubblica e i sistemi sanitari nell'era digitale.

14. Nel settembre 2023 è stato lanciato un rapporto fondamentale, La salute digitale nella regione europea: il viaggio in corso verso l'impegno e la trasformazione,¹⁵ per presentare gli sviluppi e le tendenze della salute digitale nella regione. Il rapporto mostra che, sebbene in molti paesi la pandemia di Covid-19 abbia accelerato la creazione e l'uso di strumenti e politiche sanitarie digitali in risposta ai lockdown e al distanziamento sociale, tra cui la telemedicina e le app sanitarie di facile utilizzo, c'è ancora molto lavoro da fare. Inoltre, il

rapporto dell'OMS, Exploring the digital Health Landscape in the WHO European Region: Digital Health Country Profiles,¹⁶ ha esaminato i singoli paesi per vedere come gli Stati membri europei dell'OMS stanno rimodellando i loro sistemi sanitari attraverso l'integrazione di politiche e strumenti sanitari digitali. .

15. Per garantire che venga preso in considerazione un approccio incentrato sulle persone nello sviluppo di soluzioni digitali e per rafforzare l'uguaglianza di genere e l'equità nella salute, sono stati condotti sforzi di ricerca e di sensibilizzazione, dimostrando che la salute digitale non è accessibile a tutti allo stesso modo,¹⁷ ma che gli strumenti digitali possono aiutare migliorare la salute delle donne e promuovere l'uguaglianza di genere.¹⁸

16. Infine, per facilitare l'implementazione, la valutazione e l'espansione delle tecnologie digitali nel settore sanitario, l'OMS ha condotto un'analisi paesaggistica determinando che i programmi e gli interventi di sanità digitale spesso non sono monitorati o valutati, nonostante la loro chiaro potenziale.¹⁹

DIREZIONE FUTURA

17. A seguito della risoluzione EUR/RC72/R2, Sfruttare la trasformazione digitale per una salute migliore in Europa: piano d'azione regionale per la salute digitale per la regione europea dell'OMS 2023-2030 e l'impegno a riferire ogni due anni al Comitato regionale sui progressi compiuti effettuate nell'attuazione del piano d'azione e per rivedere e aggiornare l'elenco delle azioni illustrative, se necessario, un nuovo elenco di azioni illustrative è allegato alla presente relazione sullo stato di avanzamento.

Allegato.

Azioni illustrative e impatto previsto a livello nazionale

Priorità strategica 1: definizione di norme, sviluppo di linee guida tecniche basate su prove e formulazione di una direzione per supportare il processo decisionale in materia di salute digitale

1. Principali aree di interesse regionali:

- Promuovere l'impegno e la consapevolezza della salute digitale condividendo prove e buone pratiche.
- Condurre ricerche e raccogliere prove e buone pratiche disponibili sullo sviluppo, l'implementazione e l'uso di soluzioni digitali nel settore sanitario.
- Guidare lo sviluppo e l'adozione di tecnologie digitali che facilitino l'applicazione della salute digitale alle priorità sanitarie nell'intera regione europea dell'OMS.

Azioni illustrative e impatto previsto a livello nazionale per il periodo 2022-2023:

Priorità strategica 1 2. Azioni illustrative del Segretariato dell'OMS, degli Stati membri e dei partner:

- Sviluppare un kit di risorse strategiche per la salute digitale per articolare gli elementi necessari per fornire una trasformazione digitale di successo dei sistemi sanitari.
- Stabilire un'agenda di ricerca sulla salute digitale che dia priorità alle esigenze del sistema sanitario e alle priorità sanitarie.
- Sviluppare e/o aggiornare le linee guida tecniche di base e i documenti tecnici basati sulle prove nelle aree prioritarie della salute digitale nel contesto del passaggio alla copertura sanitaria universale, della protezione dalle emergenze sanitarie e della promozione della salute e del benessere.
- Sviluppare piani di rafforzamento delle capacità per promuovere e supportare la transizione digitale in diverse aree e contesti sanitari.

Ulteriori azioni illustrative e impatto previsto a livello nazionale per il periodo 2024-2025:

Priorità strategica 1 3. Azioni illustrative del Segretariato dell'OMS, degli Stati membri e dei partner:

- In collaborazione con i partner pertinenti, produrre linee guida di base per le aree prioritarie della salute digitale, come identificate dagli Stati membri: digitalizzazione dei sistemi informativi sanitari, intelligenza artificiale, telemedicina e sicurezza informatica.
- Sviluppare una serie di policy brief su dati sanitari, prove e salute digitale.
- Condurre ricerche su argomenti chiave di importanza regionale per lo sviluppo della salute digitale, tra cui l'impatto della salute digitale sulla sostenibilità climatica, il ruolo della salute digitale nella lotta alla resistenza antimicrobica, problemi di salute e di genere negli ambienti digitali e salute digitale a supporto dell'invecchiamento sano.
- Sulla base degli sforzi esistenti per l'interoperabilità, collaborare con la sede centrale dell'OMS e le organizzazioni di sviluppo di standard pertinenti per sviluppare linee guida e armonizzare l'adozione di standard sui dati sanitari negli Stati membri europei dell'OMS.

4. Impatto previsto a livello nazionale:

- Sono disponibili un piano di sviluppo delle prove e un programma di ricerca sul contributo, le opportunità e le sfide della salute digitale nel contesto delle esigenze e delle priorità sanitarie del sistema sanitario nazionale per supportare il processo decisionale.
- Sono sviluppate e fornite agli Stati membri linee guida sulle aree prioritarie della salute digitale e la capacità è aumentata in queste aree. Priorità strategica 2: potenziare le capacità dei paesi per governare meglio la trasformazione digitale nel settore sanitario e promuovere l'alfabetizzazione sanitaria digitale 5. Aree di interesse regionale chiave:
 - Supportare il potenziamento o lo sviluppo di strategie nazionali per la salute digitale e relativi quadri di governance per aiutare a raggiungere gli obiettivi sanitari nazionali, migliorare le prestazioni del sistema sanitario e guidare i futuri investimenti e la trasformazione della salute digitale.
 - Supportare le capacità dei paesi per governare meglio la trasformazione digitale nel settore sanitario.
 - Aumentare le capacità e le basi della salute digitale dei paesi e la loro capacità di identificare e allineare le soluzioni e dare priorità agli appalti e agli investimenti con le esigenze sanitarie identificate.
 - Rafforzare i sistemi informativi sanitari e la governance e l'uso dei dati sanitari.
 - Sviluppare consapevolezza e linee guida pratiche nella gestione dei rischi per la sicurezza informatica e nelle tecnologie per il miglioramento della privacy.
 - Promuovere l'innovazione nell'analisi predittiva per una salute migliore, attraverso big data e intelligenza artificiale, con particolare attenzione a (i) come le persone affrontano la salute nel corso della vita (nascita, adolescenza, età adulta, età avanzata), (ii) gestione dell'infodemia, (iii) miglioramento della protezione finanziaria e (iv) rilevamento delle epidemie.
 - Rafforzare le competenze di alfabetizzazione digitale e lo sviluppo delle capacità nella popolazione generale, con particolare attenzione al personale sanitario, per l'uso dei servizi sanitari digitali e la prevenzione e la gestione delle malattie.

Azioni illustrative e impatto previsto a livello nazionale per il periodo 2022-2023: Priorità strategica 2 6. Azioni illustrative del Segretariato dell'OMS, degli Stati membri e dei partner:

- Sviluppare linee guida per supportare lo sviluppo di fondazioni per la salute digitale, l'approvvigionamento e il potenziamento di strutture e meccanismi di governance sulla salute digitale.

- Promuovere e contribuire alla valutazione delle esigenze infrastrutturali e alla revisione delle leggi e delle politiche nazionali per guidare una trasformazione digitale di successo.
- Valutare i sistemi informativi sanitari e la loro governance per rafforzare le capacità dei paesi di raccogliere, analizzare, integrare e utilizzare informazioni e dati sanitari.
- Sviluppare un quadro europeo di governance dei dati sanitari attraverso una carta europea di governance dei dati sanitari.
- Affrontare l'infodemia nella regione e a livello globale.
- Rafforzare le capacità dei paesi di sfruttare appieno il potenziale dei big data e dell'intelligenza artificiale, tenendo conto della privacy dei dati, della sicurezza e dell'uso etico.
- Identificare le competenze chiave per l'alfabetizzazione sanitaria digitale nella forza lavoro sanitaria e sviluppare un quadro per valutare le competenze di alfabetizzazione sanitaria digitale nella popolazione.

Ulteriori azioni illustrative e impatto previsto a livello nazionale per il periodo 2024-2025: Priorità strategica 2 7. 8. Azioni illustrative del Segretariato dell'OMS, degli Stati membri e dei partner:

- Sviluppare linee guida sul finanziamento di modelli di assistenza basati sul valore per supportare gli investimenti in soluzioni di salute digitale e strategie di pagamento che migliorino l'accesso alla copertura sanitaria universale.
- Valutare le capacità geospaziali e facilitare l'implementazione di attività geospaziali a supporto della salute pubblica in tutta la regione.
- Condurre analisi del sentiment utilizzando fonti di dati digitali per integrare i metodi tradizionali di raccolta dati per l'elaborazione delle politiche.
 - Rafforzare i sistemi informativi sanitari e aumentare l'uso e il riutilizzo dei dati sanitari, anche promuovendo, ove possibile, i principi e le soluzioni inclusi nella legislazione proposta per uno spazio europeo dei dati sanitari.
- Guidare i paesi verso lo sviluppo di metodologie basate sull'evidenza per supportare l'implementazione di soluzioni di salute digitale e quadri di misurazione inclusivi, di alta qualità e sicuri.

Impatto previsto a livello nazionale:

- Sono forniti supporto e consulenza di esperti per rafforzare l'approvvigionamento e la governance della salute digitale nazionale (incluse risorse finanziarie, infrastrutturali, umane, organizzative e culturali).
- L'assistenza tecnica nell'adozione di soluzioni sanitarie digitali è personalizzata e fornita a livello nazionale in base alle esigenze del paese e della salute.
- I sistemi informativi sanitari nazionali e i quadri di governance dei dati sono valutati per migliorare l'uso dei dati sanitari per l'interesse pubblico correlato alla Vengono intensificati gli sforzi per sviluppare una tabella di marcia completa per la piena implementazione degli standard sui dati sanitari per l'interoperabilità dei dati all'interno dei paesi per facilitare i sistemi informativi sanitari integrati.
- Si sviluppa la capacità, in base ai contesti specifici di ogni paese, per pianificare e implementare la gestione dell'infodemia.
- Si fornisce la creazione di capacità per sfruttare il potenziale dei big data e dell'intelligenza artificiale attraverso la Winter School of Impact Training for Big Data in Healthcare.
- Viene sviluppato un quadro di competenze di base delle competenze digitali per la forza lavoro sanitaria e disponibile per l'adozione a livello nazionale.

- Viene proposto un approccio standardizzato per misurare le competenze di alfabetizzazione sanitaria digitale nella popolazione a livello nazionale e regionale.

Priorità strategica 3: creare reti e promuovere il dialogo e lo scambio di conoscenze per facilitare l'interazione tra partner, parti interessate e il pubblico più ampio per orientare l'agenda per l'innovazione nella salute digitale 9.

Principali aree di interesse regionali:

- Facilitare la difesa e promuovere la collaborazione interregionale, internazionale e multisettoriale.
- Promuovere e facilitare la diffusione e lo scambio di buone pratiche e lezioni apprese nella salute digitale tra gli Stati membri.
- Creare una piattaforma di dialogo con attori non statali per allineare meglio l'ideazione tecnologica con i colli di bottiglia del sistema sanitario.

Azioni illustrative e impatto previsto a livello nazionale per il periodo 2022-2023: Priorità strategica 3 10. Azioni illustrative del Segretariato dell'OMS, degli Stati membri e dei partner:

- Analizzare il panorama delle reti sanitarie digitali e delle partnership intersettoriali nella regione. • Promuovere l'allineamento con l'Unione europea (ad esempio attraverso l'eHealth Network), l'Organizzazione per la cooperazione e lo sviluppo economico e altre organizzazioni internazionali per sfruttare appieno il potenziale e le competenze dei partner regionali e internazionali.
- Istituire una rete sanitaria digitale nella regione e contribuire ad altre reti sanitarie digitali regionali e globali.
- Sviluppare una metodologia per la condivisione delle conoscenze sulla salute digitale e creare un archivio per le buone pratiche, le lezioni apprese e le vignette nazionali.
- Istituire un consiglio di partenariato per la salute digitale come piattaforma di dialogo politico. Ulteriori azioni illustrative e impatto previsto a livello nazionale per il periodo 2024-2025: Priorità strategica 3 11. 12.

Azioni illustrative del Segretariato dell'OMS, degli Stati membri e dei partner:

- Istituire un gruppo consultivo tecnico sull'implementazione e l'uso dell'intelligenza artificiale in ambito sanitario per la Regione.
- Continuare il lavoro in corso con, e incoraggiare la partecipazione a, l'Iniziativa dei partner strategici per i dati e la salute digitale, la Rete di informazioni sanitarie dell'OMS (OMS/HIN) e il Forum regionale dei partner per la salute digitale.
- Aumentare il numero di centri collaboratori dell'OMS per la salute digitale per continuare lo sviluppo dell'agenda europea di ricerca sui dati e sulla salute digitale.
- Organizzare il terzo Simposio dell'OMS sul futuro dei sistemi sanitari nell'era digitale nella regione europea per continuare le discussioni su come i paesi e l'industria possono lavorare insieme per fornire un'assistenza sanitaria incentrata sull'utente oltre il 2030, abilitata dalla salute digitale.

12. Azioni illustrative del Segretariato dell'OMS, degli Stati membri e dei partner:

- Istituire un gruppo consultivo tecnico sull'implementazione e l'uso dell'intelligenza artificiale in ambito sanitario per la Regione.
- Continuare il lavoro in corso con, e incoraggiare la partecipazione a, l'Iniziativa dei partner strategici per i dati e la salute digitale, la Rete di informazioni sanitarie dell'OMS (OMS/HIN) e il Forum regionale dei partner per la salute digitale.
- Aumentare il numero di centri di collaborazione dell'OMS per la salute digitale per continuare lo sviluppo dell'agenda europea di ricerca sui dati e sulla salute digitale.

- Organizzare il terzo Simposio dell'OMS sul futuro dei sistemi sanitari nell'era digitale nella regione europea per continuare le discussioni su come i paesi e l'industria possono lavorare insieme per fornire un'assistenza sanitaria incentrata sull'utente oltre il 2030, abilitata dalla salute digitale. Impatto previsto a livello nazionale:
- Vengono promosse reti sanitarie digitali nazionali e partnership intersettoriali e la loro visibilità viene aumentata a livello regionale.
- Il coordinamento e la cooperazione internazionale vengono migliorati a vantaggio degli Stati membri.
- Lo scambio di conoscenze sulla salute digitale a livello regionale e globale è facilitato dalla condivisione di buone pratiche nazionali e dall'apprendimento dagli altri.
- Viene istituito un forum indipendente per gli Stati membri per aumentare la comprensione delle tecnologie disponibili e degli approcci di implementazione.

Priorità strategica 4: condurre un'analisi dell'orizzonte e del panorama per identificare soluzioni incentrate sul paziente e che possono essere ampliate a livello nazionale o regionale per aiutare a dare forma alla salute pubblica e ai sistemi sanitari nell'era digitale 13.

Principali aree di interesse regionali:

- Monitorare gli sviluppi e le tendenze nelle soluzioni digitali emergenti con il potenziale per migliorare i sistemi sanitari e migliorare la salute della popolazione.
- Assicurarsi che venga preso in considerazione un approccio incentrato sulle persone in modo da creare fiducia e facilitare l'adozione.
- Rafforzare gli approcci di uguaglianza di genere ed equità sanitaria come parte degli obiettivi dei paesi per promuovere società digitali inclusive.
- Migliorare lo sviluppo di approcci digitali alla gestione della salute a livello di popolazione, con l'obiettivo di spostare la salute e il benessere da modelli di assistenza reattiva a modelli attivi basati sulla comunità e sulla prevenzione delle malattie.
- Facilitare l'implementazione, la valutazione e l'ampliamento delle tecnologie digitali nel settore sanitario negli Stati membri.

Azioni illustrative e impatto previsto a livello nazionale per il periodo 2022-2023:

Priorità strategica 4 14. Azioni illustrative del Segretariato dell'OMS, degli Stati membri e dei partner:

- Sviluppare un quadro di misurazione per monitorare la salute digitale nella regione.
- Aggiornare o sviluppare profili nazionali o casi di studio sulla salute digitale.
- Identificare ed esaminare i principali impatti che genere ed equità presentano nell'adozione e nell'ampliamento delle soluzioni di salute digitale nella regione.
- Identificare opportunità per (i) coinvolgere associazioni professionali e di pazienti nello sviluppo della salute digitale, (ii) promuovere il coinvolgimento degli utenti finali e delle popolazioni beneficiarie che utilizzano servizi di salute digitale e (iii) migliorare la prevenzione e la gestione delle malattie.
- Sviluppare un catalogo di casi aziendali di investimenti nazionali in infrastrutture e tecnologie digitali per sostenere il progresso della copertura sanitaria universale, proteggere il pubblico in tempi di emergenza e migliorare la salute e il benessere.

Ulteriori azioni illustrative e impatto previsto a livello nazionale per il periodo 2024-2025: Priorità strategica 4 15. 16. Azioni illustrative del Segretariato dell'OMS, degli Stati membri e dei partner:

- Condurre uno studio sullo stato dell'intelligenza artificiale nell'assistenza sanitaria nella regione (Governare efficacemente l'IA: leadership e supervisione; sostenere lo sviluppo e l'adozione dell'innovazione dell'IA per una salute migliore).
- Sensibilizzare sull'importanza dell'equità negli ambienti digitali nel contesto della copertura sanitaria universale attraverso lo sviluppo di un quadro europeo proposto per la misurazione dell'equità sanitaria digitale.
- Sviluppare linee guida politiche per supportare gli Stati membri nell'affrontare i determinanti digitali della salute, in particolare per le sottopopolazioni vulnerabili, comprese azioni per mitigare il loro impatto sulla fiducia e l'uso di soluzioni sanitarie digitali da parte delle popolazioni.

Impatto previsto a livello nazionale:

- Viene proposto un approccio standardizzato al monitoraggio della salute digitale a livello nazionale e regionale, anche per il monitoraggio dell'esperienza e delle preferenze dell'utente finale.
- Sono sviluppati e disponibili profili nazionali e/o casi di studio sulla salute digitale per facilitare la comparabilità regionale.
- Vengono identificati approcci per potenziare gli utenti finali e le varie popolazioni beneficiarie che utilizzano servizi sanitari digitali.
- Viene fornito supporto tecnico per sviluppare casi aziendali per investimenti nazionali in infrastrutture e tecnologie digitali per sfruttare la salute su larga scala.

<https://promisalute.it/piano-dazione-regionale-per-la-salute-digitale-nella-regione-europea-delloms-2023-2030/>

Stabilire lo standard per valutazioni rigorose delle applicazioni cliniche dell'intelligenza artificiale



MONTHLY & ANNUAL OPTIONS AVAILABLE

ISCRIVITI ORA

NEJM AI è la prima pubblicazione che coinvolge innovatori clinici e tecnologici nell'applicazione dei rigorosi standard di ricerca e pubblicazione del *New England Journal of Medicine* per valutare le applicazioni cliniche dell'intelligenza artificiale. *AI NEJM AI* scoprirai una nuova piattaforma e un forum essenziali per:

- Ascolta i principali clinici, scienziati e imprenditori nel campo dell'intelligenza artificiale in ambito medico
- Esplorare nuovi modi per valutare e garantire che i sistemi di intelligenza artificiale siano affidabili e utili per i pazienti.
- Identificare le applicazioni più efficaci dell'intelligenza artificiale e dei modelli linguistici di grandi dimensioni (LLM) per i processi decisionali clinici e le attività amministrative.

[Iscriviti ora](#) per ricevere un accesso illimitato per abbonati a un anno intero di 12 numeri digitali mensili e a tutti i contenuti su ai.nejm.org. Acquisirai una comprensione più approfondita dell'IA da contenuti e funzionalità esclusive che non si trovano da nessun'altra parte, tra cui:

- **Rapporti di ricerca originali** su sperimentazioni cliniche di intelligenza artificiale o progettazione di sperimentazioni assistite da intelligenza artificiale, diagnosi, comunicazioni con i pazienti e applicazioni rivoluzionarie dell'intelligenza artificiale in campo medico.
- **Articoli di revisione** che forniscono un contesto sia per i lettori clinici che per quelli tecnici.
- **Dataset, benchmark e protocolli:** un set comune di risorse e strumenti per creare e testare nuovi algoritmi
- **Diverse prospettive** da parte di esperti leader

Oltre a una newsletter settimanale, podcast mensili AI Grand Rounds ed eventi virtuali gratuiti due volte l'anno

<https://mail.google.com/mail/u/0/?tab=rm&ogbl#inbox/FMfcgzQXJkSHsMzRXBtRwFTvZkxvpkIf>

**G7 Policy brief on Artificial Intelligence: opportunities and challenges
for the Health Sector**

L'implementazione dell'Intelligenza Artificiale (AI) nel settore sanitario rappresenta un'importante opportunità per gli operatori sanitari, i pazienti, i decisori politici e le altre parti interessate per migliorare l'efficienza operativa e i risultati sanitari. Molte applicazioni dell'intelligenza artificiale nei sistemi sanitari sono già in uso e vi sono prove crescenti della capacità dei sistemi di intelligenza artificiale di avere un impatto significativo sulle strategie diagnostiche e terapeutiche, compresi i metodi decisionali degli operatori sanitari, la relazione medico-paziente e la prevenzione delle malattie, e strategie di promozione della salute. Ciò richiede una forte governance per affrontare le relative considerazioni scientifiche, tecnologiche, infrastrutturali, normative, legali, di sicurezza, etiche, nonché le barriere e le sfide culturali per realizzare il pieno potenziale dell'IA in un modo che sia sicuro, protetto e affidabile. L'accesso equo alle tecnologie digitali, compresa la lotta al divario digitale di genere ed età, nonché le questioni etiche e i potenziali pregiudizi nei sistemi di intelligenza artificiale devono avere la priorità per evitare l'aumento delle disuguaglianze. Questi sforzi devono includere la garanzia di sostegno agli operatori sanitari, ai pazienti e alle altre parti interessate dei sistemi sanitari per acquisire le conoscenze, le competenze e le infrastrutture necessarie per beneficiare appieno di questi recenti progressi. È inoltre necessario trovare un equilibrio tra la sicurezza dei dati e la privacy e la promozione dell'innovazione. I pazienti e gli operatori sanitari devono rimanere al centro delle decisioni mediche e garantire che le normative non siano eccessivamente complesse e allineate con gli approcci esistenti nei campi correlati, quando possibile. La capacità dell'intelligenza artificiale di utilizzare una grande quantità di dati e prove cliniche potrebbe aiutare gli operatori sanitari a migliorare in modo efficace ed efficiente la diagnosi, ottimizzare i percorsi di cura e il trattamento in una prospettiva di medicina personalizzata, ridurre gli errori medici, migliorare la qualità dei servizi, compresi i servizi di prevenzione delle malattie e di promozione della salute, facilitando risultati positivi in termini di salute attraverso un approccio basato sull'evidenza, che rispetti gli standard e le linee guida internazionali. Esistono opportunità per semplificare il flusso di lavoro, ridurre gli oneri amministrativi per gli operatori sanitari e concedere più tempo per l'interazione con i pazienti.

o L'intelligenza artificiale potrebbe conferire maggiore potere alle persone e promuovere la personalizzazione dell'assistenza fornendo maggiori informazioni sulle loro condizioni e facilitando la comprensione dei documenti e delle informazioni sanitarie. Inoltre, la capacità dell'intelligenza artificiale di elaborare rapidamente grandi quantità di dati può sbloccare valore da risorse attualmente inutilizzate per il processo decisionale. Potrebbe anche promuovere e accelerare attività di ricerca e sviluppo (ad esempio, scoperta di farmaci) e informare la ricerca sulla salute pubblica. L'intelligenza artificiale può anche essere uno strumento prezioso in termini di rafforzamento della sicurezza: può proteggere le infrastrutture sanitarie rilevando attività di rete insolite, identificando malware e prevedendo potenziali violazioni della sicurezza informatica. Per quanto riguarda la sicurezza dei pazienti, gli algoritmi di intelligenza artificiale potrebbero essere utilizzati per monitorare i prodotti medici. Pertanto, come Stati membri del G7, esprimiamo la nostra determinazione a promuovere l'uso dell'intelligenza artificiale nel settore sanitario al massimo delle sue potenzialità, per migliorare la qualità e i risultati della sanità pubblica, individuale e della popolazione e alleggerire l'onere sugli operatori sanitari per ripristinare i tempi di cura e di recupero, interazioni umane e ridurre le disuguaglianze e le disparità nell'accesso alle cure.

o La disponibilità dei dati nel rispetto delle questioni di sicurezza e privacy è il primo requisito per qualsiasi sistema di IA. Non si tratta infatti semplicemente di raccogliere dati in repository dedicati ma di averli a disposizione in maniera organizzata, classificata e standardizzata. Sono necessari dati completi e adatti all'uso,

per ottenere risultati algoritmici di qualità superiore con meno distorsioni, poiché dati incoerenti e incompleti potrebbero inavvertitamente amplificare i pregiudizi esistenti nei dati sanitari.

o Nello sviluppo dell'intelligenza artificiale per l'assistenza sanitaria, incoraggiamo gli sforzi di cooperazione internazionale verso la standardizzazione e l'armonizzazione dei dati poiché questo processo è essenziale per i) la formazione, la messa a punto, il test e la convalida dei modelli di intelligenza artificiale attraverso set di dati completi e rappresentativi per garantire accuratezza, affidabilità, pertinenza, e buona generalizzabilità; ii) garantire l'efficienza negli studi multicentrici riducendo la complessità e il tempo necessari per l'aggregazione e l'analisi dei dati; iii) applicabilità transfrontaliera. Inoltre, un solido sistema di catalogazione dei dati aperti è essenziale per supportare lo sviluppo dell'intelligenza artificiale.

Per un uso sicuro, protetto e affidabile dell'intelligenza artificiale, le iniziative relative ai dati aperti, nonché le iniziative basate sui principi FAIR (per dati reperibili, accessibili, interoperabili e riutilizzabili), forniscono ai ricercatori l'accesso a grandi set di dati per addestrare, mettere a punto e testare modelli di intelligenza artificiale e promuovere la ricerca applicata per stimolare l'innovazione e la collaborazione tra ricercatori e sviluppatori. Rendere i dati disponibili, standardizzati e armonizzati non è semplice a causa delle sfide tecniche e culturali legate alla governance, alla responsabilità, all'alfabetizzazione dei dati, alla fiducia, al rispetto delle norme sulla protezione dei dati e alle questioni di sicurezza; tutti questi aspetti sono cruciali per la tutela dei diritti dei pazienti e per l'accettazione da parte dei pazienti delle nuove tecnologie. Riconosciamo inoltre gli elevati costi opportunità che i pazienti devono sostenere se il potenziale dei loro dati sanitari non viene sfruttato. Ci impegniamo pertanto a lavorare attivamente per armonizzare le politiche e le normative sui dati, ove possibile, anche basandosi sugli sforzi a livello regionale e internazionale.

È fondamentale che ci impegniamo affinché gli usi dell'intelligenza artificiale nel settore sanitario siano implementati in modo equo e con un accesso equo. Riconosciamo i vantaggi dell'utilizzo dell'IA nel settore sanitario, ma anche i rischi che può comportare, in particolare per quanto riguarda le popolazioni sottorappresentate. I modelli di intelligenza artificiale devono essere addestrati su dati rappresentativi delle popolazioni per le quali verranno utilizzati, con l'obiettivo di ridurre al minimo i pregiudizi discriminatori che possono complicare l'accesso all'assistenza sanitaria. Hanno anche bisogno di trasparenza nel loro processo decisionale, al fine di interpretare o fidarsi della validità dei risultati ottenuti. Per superare queste sfide, ci impegniamo a prendere in considerazione tutti i mezzi per promuovere un accesso e un utilizzo equo dell'IA nel settore sanitario, in particolare promuovendo modalità per ridurre al minimo i rischi di discriminazione e pregiudizio. Inoltre, riconosciamo l'importanza del monitoraggio dei bias e della valutazione dell'impatto degli strumenti di intelligenza artificiale per la salute e le applicazioni sanitarie durante la sua implementazione per garantire che gli strumenti abbiano un vantaggio netto per le popolazioni e i casi d'uso a cui sono destinati. Ribadiamo l'impegno, assunto dai leader del G7 nel 2023, a promuovere ulteriormente il quadro politico globale del processo di intelligenza artificiale di Hiroshima, compresa l'attuazione dei principi guida internazionali e del codice di condotta internazionale per le organizzazioni che sviluppano sistemi avanzati di intelligenza artificiale per guidare lo sviluppo e l'adozione dell'intelligenza artificiale. tecnologie, anche nel settore sanitario. Notiamo l'importanza del rispetto dei diritti umani e della protezione dei dati personali e della privacy. Lo sviluppo della ricerca sull'intelligenza artificiale nei sistemi sanitari dovrebbe essere effettuato nel rispetto della protezione dei dati, della sicurezza dei dati e della proprietà intellettuale. Ai fini della ricerca e della pianificazione sanitaria, l'uso dell'IA per elaborare i dati sanitari dovrebbe essere incoraggiato e perseguito secondo le leggi e i regolamenti nazionali e internazionali. Ci impegniamo pertanto a incoraggiare attivamente un dialogo tra professionisti sanitari e regolatori a diversi livelli, comprese le agenzie di regolamentazione e i DPO (responsabili della protezione dei dati) locali, per promuovere la condivisione dei dati, la sicurezza e la protezione dei dati per garantire di poter sfruttare appieno il potenziale dell'intelligenza artificiale. nel settore sanitario.

Gli aspetti etici dell'utilizzo dell'IA dovrebbero essere presi pienamente in considerazione con particolare riguardo a: i) rispetto e tutela dell'interesse pubblico; ii) inclusione, empowerment e ottimizzazione del personale sanitario, senza disperderne le tradizionali competenze o capacità decisionali; iii) servizi equi e accessibili per le persone; iv) rispetto della privacy, compreso il consenso del paziente (nel processo decisionale), e chiari obiettivi di gestione dei dati e norme sulla protezione dei dati.

- Le considerazioni etiche sono fondamentali per l'uso dell'intelligenza artificiale poiché il controllo umano degli strumenti di intelligenza artificiale rimane una considerazione chiave per aiutare a identificare e correggere i pregiudizi,

garantendo raccomandazioni giuste ed eque. A questo proposito accogliamo con favore il "G7 Toolkit for Artificial Intelligence in the Public Sector" prodotto dal G7 Digital & Technology WG.

Poiché l'interazione paziente-medico è profondamente influenzata dall'IA, le considerazioni giuridiche sulla necessità e sulle modalità di informazione dei pazienti sull'uso dei sistemi di IA e, soprattutto, sugli aspetti di responsabilità legale in caso di errore dell'algoritmo dovrebbero essere profondamente approfondite. indagato. Riconosciamo la necessità di promuovere la formazione sia degli operatori sanitari che dei pazienti, nonché la consapevolezza sui reali benefici e sui limiti meno noti dei sistemi di intelligenza artificiale, per migliorare la trasparenza ed evitare controversie in futuro.

- La digitalizzazione e la condivisione dei dati hanno portato all'emergere della criminalità informatica anche nell'ambiente sanitario. Riconosciamo l'importanza di investire fondi adeguati e risorse professionali nella sicurezza informatica, anche promuovendo corsi di formazione a diversi livelli, compresa l'assistenza sanitaria professionale. Sosteniamo inoltre il rafforzamento dei meccanismi di cooperazione e l'armonizzazione, ove possibile, delle normative nazionali e internazionali

Lo sviluppo e la diffusione incontrollati e non regolamentati di sistemi di intelligenza artificiale nel settore sanitario possono comportare gravi rischi per gli operatori sanitari e i pazienti. Questo è il motivo per cui i quadri giuridici sono stati aggiornati o sviluppati incorporando i principi dell'OCSE sull'IA, che promuovono un uso dell'IA che sia innovativo e affidabile e che rispetti i diritti umani e i valori democratici. Sosteniamo lo sviluppo e l'utilizzo di sistemi di IA sicuri, trasparenti, tracciabili, incentrati sull'uomo, affidabili, non discriminatori e rispettosi dell'ambiente; si dovrebbe favorire l'incorporazione dei principi di valutazione delle tecnologie sanitarie per la validazione dell'IA e promuovere le agenzie di HTA affinché siano meglio preparate a valutare l'utilizzo delle risorse pubbliche nelle applicazioni dei sistemi di IA all'assistenza sanitaria. Riteniamo inoltre che un attento monitoraggio e sorveglianza della sicurezza post-commercializzazione sia fondamentale, considerando la natura specifica intrinseca del software basato sull'intelligenza artificiale.

- Il "gap digitale" degli operatori sanitari e della popolazione generale rispetto ai sistemi di intelligenza artificiale è probabilmente dovuto a una combinazione di scarsa conoscenza delle tecnologie dovuta ai rapidi sviluppi, mancanza di comprensione delle possibili applicazioni e mancanza di incentivi e supporto per implementare le soluzioni. e sfiducia nella tecnologia. Accogliamo con favore iniziative formative per operatori sanitari, regolatori, ricercatori e sviluppatori per migliorare le conoscenze e le competenze nel campo dell'intelligenza artificiale e aumentare l'affidabilità dei sistemi di intelligenza artificiale.

Questi programmi dovrebbero coprire

argomenti interdisciplinari, tra cui scienza dei dati, apprendimento automatico, sistemi sanitari e quadri normativi. Sosteniamo il lancio di campagne di comunicazione dedicate alla popolazione generale sull'utilizzo dell'IA in sanità attraverso i media tradizionali e i social. Per superare la sfiducia tecnologica, sosteniamo attivamente iniziative di trasparenza dei dati, imparzialità, equità, governance dei dati, privacy, responsabilità, sicurezza e sostenibilità ecologico-ambientale. Allo stesso modo, riconosciamo la necessità che le persone aumentino la propria alfabetizzazione in materia di IA, comprese le conoscenze e le competenze necessarie per consentire ai pazienti di beneficiare della tecnologia dell'IA in ambito sanitario con programmi educativi culturalmente sensibili e rispettosi dei diversi background.



Servizi Pa: Cnel, spesa pubblica per sanità ancora tra le più basse d'Europa. Brunetta sul Sole-24Ore: la sanità soffre

di Radiocor Plus

Nella sanità la spesa pubblica, benché in risalita a partire dal 2020, è ancora tra le più basse d'Europa (75,6% del totale), mentre la spesa privata dei cittadini continua a crescere (+ 5% solo nell'ultimo anno), a fronte di liste di attesa per l'accesso ai servizi spesso insostenibili e contrarie al principio dell'appropriatezza.

Di conseguenza si estende il fenomeno della rinuncia alle cure necessarie per problemi economici e organizzativi (che ha raggiunto nel 2023 il valore del 7,6% della popolazione) e cresce la realtà dell'impoverimento determinato da cause legate alla salute (che tocca l'1,6% delle famiglie).

Il dato emerge dalla relazione annuale del Cnel al Parlamento e al Governo, sui livelli e la qualità dei servizi erogati dalle pubbliche amministrazioni centrali e locali alle imprese e ai cittadini, presentata a Roma.

A parlare di una sanità in sofferenza era stato il presidente del Cnel Renato Brunetta, in un editoriale pubblicato sul Sole-24 Ore, in vista della presentazione della Relazione sui servizi pubblici 2024.

“Migliora l'istruzione, crescono l'emancipazione femminile e la sostenibilità ambientale, soffre la sanità, si rafforzano gli uffici pubblici, resta carente la cultura della manutenzione: è un quadro a luci e ombre quello offerto dalla Relazione annuale sulla qualità dei servizi erogati dalle pubbliche amministrazioni centrali e locali alle imprese e ai cittadini, che si presenta oggi al Cnel - aveva scritto - . Va detto che nel corso del 2023 si è ulteriormente consolidato il processo di irrobustimento delle amministrazioni pubbliche. Ma è indispensabile, più che mai, un cambio di paradigma all'insegna di una rinnovata cultura della manutenzione. Una cultura rimossa o marginalizzata perché non si vede, non si annuncia e non genera consenso nell'immediato. Una cultura che, al contrario, dovrebbe acquisire centralità nel disegno delle politiche pubbliche, per il proprio valore sociale”.

Zangrillo: accorciati i tempi dei concorsi. «Nei primi otto mesi di quest'anno, sono stati pubblicati oltre 13.200 concorsi raccogliendo un numero di candidati di 2,1 milioni di persone». Così il ministro per la Pubblica amministrazione Paolo Zangrillo, alla presentazione della relazione annuale del Cnel. Zangrillo ha anche ricordato come i tempi delle procedure dei concorsi si sono ridotti da 780 giorni a 5 mesi. Zangrillo ha sottolineato il dato sull'inversione dell'età media dei dipendenti pubblici che «alla fine del 2021 era di 51 anni, oggi siamo intorno ai 49, primo segnale positivo».

<https://www.sanita24.ilsole24ore.com/art/dal-governo/2024-10-14/servizi-pa-cnel-spesa-pubblica-sanita-ancora-le-piu-basse-d-europa-brunetta-sole-24ore-sanita-soffre-175542.php?uuid=AGBHGaY&cmpid=nlqf>

Cresce la pressione fiscale in Italia e la legge di Bilancio porterà nuovi rincari

A cura di [Luciano Cerasa](#)

Gli annunci del ministro dell'Economia Giancarlo Giorgetti di un giro di vite sulle imprese e le persone fisiche e del primo ministro Meloni di un aumento delle accise sul gasolio per autotrazione per far tornare i conti della prossima manovra di [Bilancio](#), rafforzano il trend di una traiettoria già in salita della pressione fiscale in Italia.

Nel 2025 il rapporto tra prelievo fiscale e Pil toccherà quota 42,8%, mezzo punto percentuale in più rispetto a quest'anno e un punto oltre il livello del 2023.

È l'effetto delle maggiori entrate che crescono al traino dell'inflazione e della nuova occupazione, anche se si tratta per lo più di lavoro povero e di pensioni rinviate, mentre il Pil arranca intorno allo zero. Il governo inoltre incassa una quota dal miglioramento dell'adempimento spontaneo pari a 2,2 miliardi di euro, soldi che potranno essere messi a copertura anche per finanziare misure strutturali.

Chi paga le tasse

Secondo gli ultimi dati del Dipartimento delle finanze, l'Irpef dichiarata dagli italiani nel 2023 ammonta a 174 miliardi di euro (+1,9% rispetto all'anno precedente). Sono oltre 32 milioni i soggetti che dichiarano Irpef con una media di 5.380 euro a testa, il 77% del totale dei contribuenti. Per circa 9,7 milioni di soggetti l'[imposta](#) netta è risultata pari a zero.

I contribuenti con redditi fino a 35 mila euro (l'80% del totale) dichiarano il 37% dell'[imposta](#) netta totale, mentre il restante 63% del carico fiscale grava sulle spalle dei redditi superiori a 35 mila euro (il 20% del totale contribuenti).

Ancora una volta sono i lavoratori dipendenti la categoria di contribuenti a pagare più tasse, seguiti da lavoratori autonomi, pensionati e da coloro che percepiscono rendite finanziarie e locazioni immobiliari.

L'1% degli italiani più ricchi paga, in proporzione, meno tasse del restante 99% dei contribuenti.

È quanto emerge da uno studio congiunto condotto dagli esperti della Scuola Superiore Sant'Anna di Pisa e dell'Università di Milano Bicocca. Nella ricerca si legge che «il sistema fiscale italiano appare blandamente progressivo e diventa addirittura regressivo per il 5% degli italiani più abbienti, che pagano un'[aliquota](#) effettiva inferiore al 95% dei contribuenti».

La normativa sembra favorire smaccatamente questo trend anche con altre misure. I super milionari e i loro familiari che spostano la residenza in Italia godono di un regime agevolato che prevede l'applicazione di un'[imposta](#) sostitutiva forfettaria sui redditi prodotti all'estero di 100 mila euro per ciascun periodo d'[imposta](#). Un grosso sconto ce l'hanno anche i pensionati "immigrati".

Se gli italiani vanno a godersi la pensione esentasse in Portogallo, in Grecia o in Tunisia, lo stesso fanno i pensionati stranieri in Italia. Basta risiedere in un paesino del sud con meno di 20 mila abitanti per avere l'assegno previdenziale tassato con un'[aliquota](#) del 7%.

La situazione in Europa

Dal report annuale della Commissione europea, si evince che la pressione fiscale varia da paese a paese dei 27 dal 20,9% dell'Irlanda al 46,2% della Francia, con l'Italia che si attesta nel 2023 al 42,7%.

Le tasse sul lavoro costituiscono più della metà delle entrate fiscali nell'Unione, il 50,6% in media. La quota delle imposte sul capitale sul totale delle entrate complessive arriva al 22,1%, mentre il [gettito](#) derivante dalle imposte sui consumi rappresenta il 27,3%.

<https://www.fiscoequo.it/cresce-la-pressione-fiscale-in-italia-e-la-legge-di-bilancio-portera-nuovi-rincari/>

Sanità, in manovra ci sarebbero 3,2 miliardi in più per le Regioni

di Michele Bocci

I soldi serviranno per le assunzioni di medici e infermieri e per pagare di più gli specializzandi in medicina di urgenza e altre discipline in crisi

In manovra potrebbero più soldi per la sanità, cioè 3,2 miliardi invece dei 2 dei quali si parlava fino ad ora. Giorgetti avrebbe fatto sapere a Schillaci che [a fronte dei tagli per altri ministeri](#), il fondo sanitario nazionale avrà un incremento che fino a poco tempo fa appariva insperato. I soldi che serviranno per fare assunzioni e ridurre la tassazione di una voce dello stipendio per medici e infermieri.

Assunzioni e sconti fiscali per medici e infermieri

Nel corso dell'estate, il ministro alla Sanità aveva chiesto a quello all'Economia di dare 4 miliardi in più alla sanità nella manovra. La cifra era stata giudicata troppo alta e si era discusso della metà. I soldi si sarebbero aggiunti al miliardo di aumento del Fondo, che quest'anno valeva 134 miliardi, già previsto nella Finanziaria 2023. Lo stesso Schillaci nei giorni scorsi aveva spiegato come sarebbero stati impiegati quei soldi, cioè per fare assunzioni di 10 mila medici e 20 mila infermieri e per ridurre la tassazione su una delle indennità previste dagli stipendi di medici e infermieri, cosa che avrebbe fatto guadagnare circa 200 euro in più al mese ai professionisti. Come avviene già da un po' di tempo, in netta controtendenza rispetto alla riforma dell'autonomia differenziata, le spese sono considerate vincolate, cioè non si dà alle Regioni la possibilità di utilizzare i soldi del fondo come credono.

Il fondo sanitario a 138 miliardi

La novità di queste ore è che Giorgetti avrebbe deciso di dare 3,2 miliardi in più (cioè 4,2 con quello previsto l'anno scorso) al Fondo sanitario nazionale, che così salirebbe a 138 miliardi di euro. A fronte dei sacrifici agli altri ministeri, quindi, si confermerebbe l'intenzione di non tagliare la sanità, che anzi riceve un incremento del fondo piuttosto sostanzioso. I soldi in più potrebbero servire ad esempio a pagare di più i giovani che scelgono di specializzarsi in medicina d'emergenza urgenza (sempre molti meno delle borse disponibili) e in altre discipline dove ci sono problemi di reclutamento. [Poi c'è il tema della spesa farmaceutica, che sta crescendo tantissimo](#), +17% nei primi due mesi dell'anno, e per la quale si potrebbe aumentare il finanziamento.

https://www.repubblica.it/economia/2024/10/14/news/sanita_in_manovra_ci_sarebbero_32_miliardi_in_piu_per_le_regioni-423554926/?ref=RHLF-BG-P5-S1-T1



Il Piano Draghi non fa bene all'Europa, non ne valorizza i punti di forza, promuove una crescita che trascura la giustizia sociale. Questo il giudizio che emerge dall'estesa analisi critica della strategia del Piano Draghi da parte del Forum Disuguaglianze e Diversità. Come si evince dalle Lettere di Missione ai membri designati della Commissione UE, il Piano è già penetrato profondamente nell'agenda europea. Il ForumDD propone invece di usarlo, prima che sia attuato, per aprire un confronto pubblico, informato e aperto sul futuro dell'Unione

Il Forum Disuguaglianze e Diversità ha preso sul serio il **rapporto *The Future of European Competitiveness*, noto come Piano Draghi**, andando oltre il suo condivisibile appello a un'Europa in stallo e specifiche interessanti proposte. Ne ha esaminato diagnosi, obiettivo e rimedi, producendo un documento dettagliato ([“PIANO DRAGHI”: NON CI SIAMO. Diagnosi, obiettivo e rimedi ai raggi X](#)). La conclusione è che **se quel Piano dovesse improntare l'azione dell'UE nei prossimi mesi e anni, gli effetti sull'Europa sarebbero negativi**. L'urgenza della discussione è rafforzata dal fatto che **i contenuti del Piano sono già entrati dentro la macchina istituzionale, politica e amministrativa della Commissione**, come si evince dalle Lettere di Missione ai membri designati della Commissione dalla Presidente Ursula von der Leyen.

Il documento è il risultato della collaborazione fra un gruppo di esperti ed esperte del ForumDD e riflette le idee e le proposte del volume **“Quale Europa”** (Donzelli, 2024), pubblicato dal ForumDD in occasione delle ultime elezioni europee e [ora disponibile in e-book anche in inglese](#).

La **strategia del Piano Draghi è portata fuori strada** sia dalla **scelta degli USA come standard ricorrente di riferimento**, senza coglierne debolezze, instabilità economica e recenti evoluzioni, sia **dalla parallela disattenzione alle specificità e ai punti di forza dell'Europa**. **Sul Piano pesa anche il fatto di non assumere il punto di vista delle persone**, delle preferenze, delle insicurezze, delle aspirazioni e bisogni di chi consuma, lavora, vive in Europa. Viceversa, la politica industriale dovrebbe promuovere la ricerca di un bilanciamento fra quei punti di vista, le opportunità tecnologiche e il genio

imprenditoriale. Manca una valutazione delle convenienze europee nell'attuale, fragile, scenario geo-politico. **Pesa, infine, una visione ancillare della dimensione sociale.** Nei fatti si accentua la frattura fra economia e società come se questi anni nulla avessero insegnato.

Questi limiti condizionano l'insieme delle proposte del Piano che, fermo restando la validità di singole idee, farebbero male all'Europa: favorendo una concentrazione ulteriore del potere economico e politico, coerente con la de-democratizzazione in atto; **accrescendo le disuguaglianze** e aggravando la distanza delle istituzioni dell'Unione da bisogni e aspirazioni di cittadini e cittadine; **facendo della difesa un volano dello sviluppo**, senza attenzione ai gravi effetti di tale scelta; relegando l'UE nei rapporti internazionali in una posizione rigidamente predeterminata e non necessariamente conveniente.

Diagnosi distorta

Il Piano sottolinea giustamente il gap fra UE e USA in termini di ricerca: mentre l'ammontare della spesa pubblica in R&S è pari a 0,7% del PIL in entrambi UE e USA, nell'UE il 90% di tale spesa pubblica in R&S è effettuata a livello nazionale, dunque è frammentata fra gli Stati Membri e la ricerca privata rappresenta l'1,2% del PIL contro il 2,3% in USA, con un divario particolare nel campo della transizione digitale. **Ma poi il Piano va fuori strada nell'indicare le cause primarie di questa distanza:** le imprese europee sarebbero frenate dalla regolamentazione in campo digitale e da una politica della concorrenza troppo severa; le Università e i Centri di ricerca non commercializzerebbero a sufficienza i loro risultati. Si tratta di un giudizio di valore non sostenuto da analisi e che trascura i punti di forza dell'Europa nonché la stessa evoluzione recente delle autorità di governo statunitensi, attente proprio ai modelli UE.

Il Piano si sofferma su tre questioni che sfidano lo sviluppo dell'Europa – commercio internazionale, energia e contesto geo-politico – **ma ne trascura altre tre, decisive** per l'indirizzo dell'innovazione e la politica industriale europea: **la dinamica demografica e la connessa sfida/opportunità delle migrazioni;** lo straordinario impegno di **adattamento climatico** necessario in vasti territori del continente; **la forte crescita già avvenuta nelle disuguaglianze** e nelle barriere di accesso al sistema di welfare.

Obiettivo non coerente con l'interesse dell'Europa

L'obiettivo generale del Piano di accelerare la crescita incorpora positivamente l'attuale e riconfermato obiettivo UE di **una rapida decarbonizzazione, ma non ricerca appieno le potenzialità di maggiore produttività e trascura i miglioramenti nella qualità della vita che possono scaturire dalla transizione energetica e dalle altre trasformazioni ambientali.** I limiti dell'obiettivo si manifestano in modo ancor più evidente sui fronti della sicurezza e del sociale.

La **sicurezza** è parte dell'obiettivo ma viene interpretata come indipendenza dai paesi "non strategicamente allineati", assumendo tale categoria come un dato e traducendolo subito come rafforzamento della difesa. **L'inclusione sociale**, per usare l'espressione prevalente in UE, **nel Piano diviene un vincolo anziché un obiettivo.** Bisogna "assicurare – argomenta il Piano – che lo Stato sia visto dai cittadini come al loro fianco e attento alle loro preoccupazioni", che si traduce nel "preservare" – non migliorare – l'inclusione sociale. **Non assumendo il punto di vista delle persone, il Piano trascura gli effetti sociali delle proprie proposte e quando ne è consapevole carica sul welfare la responsabilità di rimediare.** E non coglie i molteplici aspetti della vita e del lavoro in cui l'accelerazione dell'innovazione tecnologica può accrescere la "competitività" dell'Europa sul piano della produttività tanto economica che sociale.

I rimedi: gravi rischi e necessità di pubblico dibattito

Moltissime le proposte del Piano. Alcune, argomenta il ForumDD, meritano attenta considerazione, soprattutto in materia di **decarbonizzazione e transizione energetica**. Ma, in generale, i rimedi proposti riflettono i seri limiti della diagnosi e dell'obiettivo.

Sulla questione centrale di **come accelerare i processi di ricerca e innovazione**, la proposta primaria del Piano è di creare, sul modello USA, **grandi "campioni europei" principalmente attraverso meno antitrust, meno regolamentazione e più sussidi**. Tale proposta appare, in primo luogo, **non motivata sul piano analitico**. Inoltre, essa trascura il fatto che, stante l'illimitata mobilità dei capitali, la matrice "europea" di questi campioni non è garanzia che essi restino radicati in Europa. Ed è cieca alle conseguenze negative di crescenti poteri nel mercato in termini sia di prezzi, sia di restrizione delle opportunità di accesso per le imprese piccole, medie e medio-grandi, così rilevanti nei processi innovativi europei, sia di condizionamento della democrazia. Proprio tali conseguenze negative spiegano il ripensamento delle autorità pubbliche USA in merito al proprio modello. Quanto alla proposta di **privatizzare la conoscenza prodotta dagli istituti di ricerca pubblici e dalle università, essa cozza con la missione delle università europee** di attuare il loro mandato utilizzando le risorse pubbliche con cui sono finanziate per produrre "scienza aperta" nell'interesse collettivo.

La posizione su regolamentazione in campo di Big Data, digitale e dell'intelligenza artificiale è lontana dai valori e dall'approccio dell'Europa, a cui le autorità USA hanno di recente guardato con interesse. **La regolamentazione è infatti considerata come un "ostacolo"**, anziché come una strada originale, fra USA e Cina, per mettere al centro della transizione digitale i diritti e il benessere delle persone. Il ForumDD ha proposto di riformare quelle regole, ma per raggiungere meglio l'obiettivo, non per accantonarlo.

Il Piano si sofferma poi sulle **infrastrutture europee pubbliche di ricerca**, ma non è chiaro se l'obiettivo è tirare la volata a grandi oligopoli, con i connessi costi sociali e politici, o al contrario a un sistema di imprese piccole, medie e grandi e al benessere delle persone. Questa seconda è la strada proposta dal ForumDD per dare vita nel campo della salute a un **"hub tecnologico sovranazionale" di ricerca e sviluppo**, fatta propria dal Parlamento Europeo nelle Raccomandazioni post-Covid e poi discussa e votata da una robusta minoranza di membri del PE nell'iter di approvazione del Rapporto sulla revisione della legislazione farmaceutica.

I rischi del Piano si cumulano con riguardo alla **difesa**. È il settore principe del Piano, dove promuovere i "campioni europei" e rilassare l'antitrust – come sta già scritto nelle Lettere di Missione per la nuova Commissione -, e dove massimo può essere il contributo all'innovazione tecnologica digitale. **Nessuna attenzione vi è nel Piano ai rischi dell'interazione fra segreti militari e proprietà intellettuale**, alle alternative per garantire la sicurezza, e alla vera e propria minaccia del "disastroso avvento di un potere fuori posto" – come la definì nel 1961 il Presidente USA Dwight Eisenhower – che può discendere dalla crescita di un "complesso militare-industriale".

Ogni riferimento all'ambito sociale è segnato dai limiti di diagnosi e obiettivo, per cui il Piano non si dà in genere carico delle conseguenze sulle disuguaglianze delle sue stesse proposte, come nel caso della concentrazione della conoscenza. Ma neppure si pone il tema per cui, se si mira a "campioni europei", sarebbe almeno il caso di farli diventare anche campioni di responsabilità sociale e ambientale. **Né il Piano coglie l'occasione per domandarsi come sostenere il lavoro delle donne**. Il tema della formazione in una società in rapidissima evoluzione viene, infine, ridotto al vecchio slogan di **formare le skills per renderle adeguate alle esigenze nuove dell'impresa**: una logica che nulla apprende dall'esperienza di questi anni in cui è divenuto sempre più chiaro che solo una formazione più generale e critica, specie delle nuove tecnologie digitali, mette il lavoro nella condizione di affrontare cambiamenti improvvisi e non prevedibili e, nel medio-lungo termine, dà il massimo rendimento alle imprese.

Infine, con riguardo alla **governance dell'Unione**, il Piano enfatizza ragionevolmente la necessità di abbreviare i tempi delle decisioni. Tuttavia, **l'arma della semplificazione richiamata nel Piano rischia di avere come contropartita la riduzione della partecipazione**, come reso chiaro da diverse proposte.

E soprattutto, l'adozione stessa del Piano e dei suoi passi attuativi è affidata al confronto fra la Commissione, sulla base dei mandati già fissati dalla sua Presidente, le sue tecno-strutture e il consesso degli Stati Membri. Il **Parlamento europeo e i cittadini e cittadine che lo hanno eletto hanno un peso marginale o nullo in questo processo**, non importa se il tema è il futuro dell'Unione e delle vite delle persone. Questo ricorda quanto avvenuto, certamente in Italia, con il Next Generation EU e il PNNR che lo attua.

Per tutte queste ragioni, discutere ora, con onestà e franchezza, del Piano, come il ForumDD ha iniziato a fare, e portare nell'arena pubblica un confronto informato, è **così necessario e urgente**.

<https://mail.google.com/mail/u/0/?tab=rm&ogbl#inbox/FMfcgzQXJkcMdkZlwFkJbPNdtcVwdVbf>