



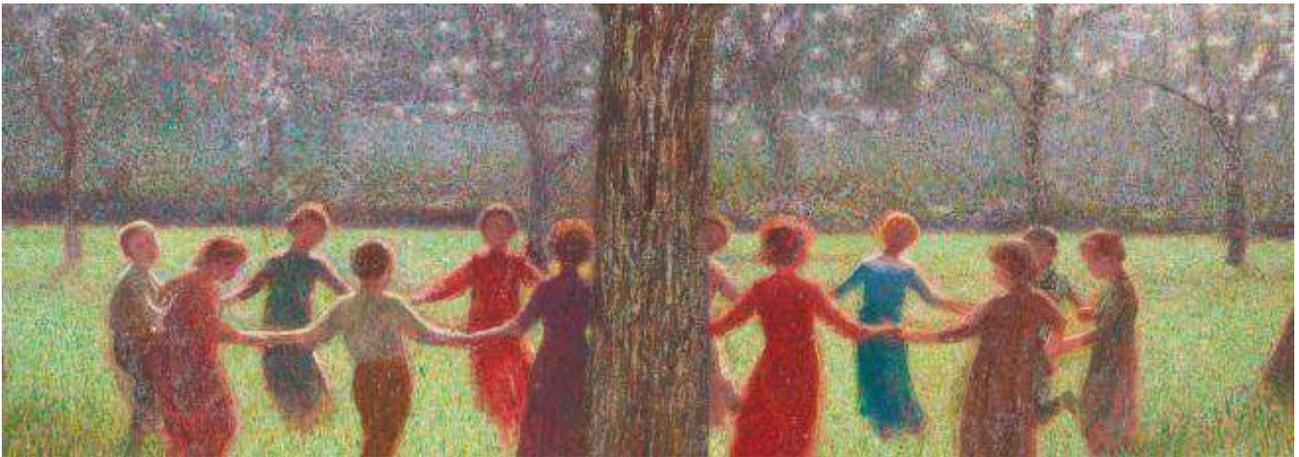
Associazione Italiana per la  
Qualità dell'Assistenza Sanitaria e Sociale

# ASIQUAS Review

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

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

n. 23 del 1.02.2025



[«Girotondo» di Giuseppe Pellizza da Volpedo](#)

A cura di Giorgio Banchieri, Antonio Giulio de Belvis, Maurizio Dal Maso, Nicoletta Dasso,  
Emanule 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'AVANTAGGIO



**UNIVERSITÀ  
CATTOLICA**  
del Sacro Cuore

## **Nota redazionale.**

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

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

### **Per le Istituzioni:**

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

### **Per i dati:**

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

### **Criteri di selezione:**

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

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

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

## **I curatori**

### **Giorgio Banchieri**

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

### **Antonio Giulio de Belvis**

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

### **Maurizio Dal Maso**

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

### **Emanuele Di Simone**

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

### **Nicoletta Dasso**

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

### **Lidia Goldoni**

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

### **Maria Piane**

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

## **Mario Ronchetti**

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

## **Andrea Vannucci**

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

## **Contatti.**

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

**Per chi è interessato a leggere in numeri pregressi di “Covid 19 Review 2020-21” li può trovare su: [www.asiquas.net](http://www.asiquas.net)**

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

**Tutti i numeri pregressi sono reperibili su: [www.asiquas.net](http://www.asiquas.net)**

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

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

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

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

- Monografia 1– Long Covid
- Monografia 2 – ASIQUAS, Covid 19 e PNRR

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

- Monografia “One Health”
- Monografia “Sanità pubblica e privata”
- Monografia “Il personale del SSN: un capitale da preservare e valorizzare”

## Indice

|  |           |
|--|-----------|
| <b>Articoli di apertura</b>  | <b>9</b>  |
| Quotidiano sanità - <i>In una Italia che galleggia, un Ssn forte può diventare un salvagente.</i> Giorgio Banchieri, Andrea Vannucci,  | 9         |
| Quotidiano sanità - <i>Oligopolio verso salute: un ossimoro?</i> Giorgio Banchieri, Andrea Vannucci  | 16        |
| Quotidiano sanità - <i>“One Health”, salute e clima: cosa è cambiato e cosa cambierà.</i> Giorgio Banchieri, Laura Franceschetti, Andrea Vannucci  | 22        |
| Il sole 24 Ore - <i>Una rete italiana su Audit&amp;Feedback per promuovere un’assistenza di qualità</i> - Antonio Giulio de Belvis, Nera Agabiti e Marina Davoli, Nicola Pinelli, Velia Bruno e Paola Santalucia | 28        |
| La voce dei medici - <i>Piano piano poco alla volta: storia della mancata riforma del SSN italiano,</i> Maurizio Dal Maso  | 29        |
| Quotidiano sanità - <i>L’ulteriore crescita dei Fondi Sanitari Integrativi nella sanità italiana</i> – G. Banchieri, A. Vannucci   | 31        |
| Wellforum.it - <i>LEPS: i servizi per la definizione dei percorsi personalizzati e i sostegni in essi previsti</i> – F. Pesaresi   | 39        |
| Wellforum.it - <i>LEPS: i servizi per la valutazione multidimensionale</i> - Franco Pesaresi   | 44        |
| Welfare Ebook n. 12/24 - <i>Il Covid-19 in Italia. La gestione e gli insegnamenti</i> – Franco Pesaresi  | 49        |
| APRIRE Network – <i>Fragilità. Cronicità e disuguaglianze di salute</i> – Fulvio Lonati  | 50        |
| <b>Scenari della sanità</b>  | <b>51</b> |
| Academia mental Health e Wll-Being – <i>A global agenda for dignity and health: a personal opinion</i> – G. Ivbijaro   | 51        |
| The BMJ - <i>OMS. In arrivo una crisi sanitaria globale</i> - Kent Buse, Larry Gostin, A.Kamarulzaman e Martin McKee   | 54        |
| CHAIN – <i>Education as protection against adult mortality</i> – Mirza Balaj e altri   | 56        |
| Doppiozero – <b>Falso</b> – Stafeano Bartezzaghi   | 60        |
| OECD – UE – <i>Health at a glance: Europe 2024, state of health in the EU cycle</i>  | 62        |
| The Lancet – <i>Health, the missing chapter in the Dragi Report on Europe’s future</i> -   | 63        |
| La Repubblica - <i>Gli Usa se ne vanno, l’Oms taglia i fondi. Le conseguenze per la salute globale</i> -Redazione Salute   | 64        |
| OXFAM – Report: <i>Povertà ingiusta e ricchezza immeritata.</i>  | 67        |
| Quotidiano sanità - <i>La sanità e il 2025. Ecco le sfide e le riforme più attese per il prossimo anno</i> - Luciano Fassari   | 68        |
| Quotidiano sanità - <i>L’alert di The Lancet: “Da disinformazione sanitaria effetti distruttivi per la salute pubblica. È una minaccia sociale”</i>  | 69        |
| CREA Sanità – <i>20° rapporto Sanità: Manutenzione o trasformazione: l’intervento pubblico in sanità al bivio</i>  | 71        |
| Salute Internazionale - <i>La “medicina impossibile”</i> - Vittorio Franciosi  | 72        |
| Salute Internazionale - <i>L’Europa e la Salute</i> - Filippo Curtale  | 73        |
| Science – <i>Trump potrebbe decidere di lasciare l’OMS la prossima settimana. Ecco i sette possibili impatti sugli USA e sul mondo.</i> E Vogel  | 76        |
| The Guardian - <i>Promemoria per il presidente Trump: ha sbagliato a lasciare l’Organizzazione Mondiale della Sanità. Dovresti ripensarci</i> - Gordon Brown   | 79        |
| The NEJM – <i>Ebola un decennio di disparità: forgiare un futuro per l’equità sanitaria globale</i> – Craig Spencer  | 81        |

|   |            |
|---|------------|
| The NEJM - <i>Trovare un equilibrio: promuovere i diritti di contrattazione collettiva dei medici e la tutela dei pazienti</i> - Tarun Ramesh , Carmel Shachar e Hao Yu ,   | 83         |
| Quotidiano sanità - <i>Trump, l'Oms e una prospettiva che pare catastrofica</i> - Ivan Cavicchi   | 86         |
| <b>Scenari del SSN</b>  | <b>88</b>  |
| Quotidiano sanità - <i>In Italia medici più anziani che nel resto d'Europa: il 26,7% ha più di 65 anni. I dati Eurostat</i>   | 88         |
| Salute Internazionale - <i>La grande crisi del SSN</i> - Marco Geddes da Filicaia   | 89         |
| Salute Internazionale - <i>Marco Geddes da Filicaia</i>   | 93         |
| Il Sole 24 Ore - <i>Quasi 40mila medici in pensione nel 2025</i> - Claudio Testuzza   | 96         |
| Il sole 24 Ore - <i>Personale sanitario/ Crisi senza precedenti: persi oltre 28 mld in 11 anni, più della metà solo nel 2020-2024. E nel 2023 raddoppia la spesa per gettonisti. Il paradosso: nelle Regioni in piano di rientro spesa media per dipendenti più alta</i> - Fondazione Gimbe | 97         |
| La Repubblica - <i>"Feudale e discriminatoria". L'accusa di Lancet alla sanità italiana</i> - Elena Dusi  | 103        |
| The Lancet - <i>Il sistema di dati sanitari italiano è rotto</i>  | 105        |
| ABOUTPHARMA - <i>Autonomia differenziata, l'allarme su The Lancet: "Verso la fine del Servizio sanitario nazionale"</i> - Fabio Di Todaro   | 107        |
| <i>Il manifesto dei medici: Investire sui medici per salvare il SSN, 25 gennaio 2025</i> – Varie sigle sindacali  | 109        |
| <a href="http://www.secondowelfare.it">www.secondowelfare.it</a> – <i>Principi per una riforma del SSN.</i>   | 111        |
| Quotidiano sanità - <i>Chissà, forse potrebbe iniziare veramente la riforma del Ssn?</i> - Alessandro Giustini  | 112        |
| <b>Sostenibilità della sanità</b>   | <b>115</b> |
| Ministero Economie e finanze – <i>Il Monitoraggio della spesa sanitaria, Rapporto 11, 2024</i>  | 115        |
| Il sole 24 Ore - <i>Manovra 2025/ Analisi in filigrana delle misure per il personale</i> - Stefano Simonetti  | 116        |
| Corriere della sera - <i>Infermieri e medici: quanto guadagnano davvero e chi ha fatto saltare gli aumenti</i> - Milena Gabanelli e Simona Ravizza  | 122        |
| OECD – <i>What do we know about young people's interest in health careers?</i>  | 127        |
| Il Sole 24 Ore - <i>Al Ssn mancano 40 miliardi per stare al passo dei paesi dell'Unione europea</i> -Barbara Gobbi  | 128        |
| Il Sole 24 Ore - <i>Manovra 2025/ Le principali misure per la sanità</i> - Barbara Gobbi.   | 129        |
| OECD - <i>Ultime tendenze della spesa sanitaria: superare le recenti crisi</i>  | 132        |
| Quotidiano sanità - <i>Sprechi e inefficienze: ecco dove stanno le "risorse recuperabili" che servono al Ssn</i> - Claudio Maria Maffei   | 139        |
| Quotidiano sanità - <i>The Lancet? La vera notizia sulla quale riflettere sono i 30 anni di SDO-DRG</i> - Marino Nonis  | 143        |
| Quotidiano sanità - <i>Il costo del Debito: una sfida da affrontare, un settore da valorizzare</i> - Luca Pallavicini   | 145        |
| Quotidiano sanità - <i>Personale sanitario. Gimbe: "È crisi senza precedenti: persi oltre 28 mld in 11 anni. E intanto è raddoppiata la spesa per i gettonisti"</i>   | 146        |
| <i>Per una sanità del valore</i> – Giorgio Tulli  | 149        |
| VBHC – <i>Sfide e opportunità per il sistema sanitario italiano</i>   | 150        |
| <b>One Health e clima</b>   | <b>151</b> |
| La Repubblica - <i>Dal clima alle pandemie, cosa ci aspetta nel 2025 secondo "Science"</i> - Giacomo Talignani  | 151        |
| La Repubblica - <i>L'Artico da bianco sta diventando blu: fra soli tre anni potrebbe restare senza ghiaccio</i> – G. Talignani  | 153        |
| Nature – <i>Il primo giorno senza ghiaccio nell'Oceano Artico potrebbe verificarsi prima del 2030</i> - Céline Heuzé e Alessandra Jahn  | 154        |
| Science – <i>Negli ultimi due anni la terra si è riscaldata più velocemente che mai</i> – Paul Volsten  | 157        |
| The Lancet – <i>Crisi climatica e salute umana: identificar e le grandi sfide attraverso la ricerca partecipativa.</i> J.J. Sanchez e altri   | 159        |
| DPCE On Line - <i>La politica energetica di Donald Trump: conseguenze nazionali e ripercussioni globali</i> – F. Gallarati  | 160        |
| Salute Internazionale - <i>Trump, la salute e la scienza.</i> The Lancet  | 162        |
| Bussola Quotidiana - <i>Scientific American sfida Trump. E la scienza diventa politica</i>  | 163        |
| <i>Costi energetici Usa e Italia</i>  | 165        |
| The Lancet – <i>Associazione tra grado di lavorazione degli alimenti e mortalità per tutte le cause ...</i> E. Gonzales e altri   | 166        |
| Ambiente e non solo - <i>Morti premature, anni di vita persi e anni vissuti con disabilità per l'esposizione al biossido di azoto NO2 nei Paesi europei</i> - Stalluri Marco  | 170        |
| <b>Sanità pubblica e privata</b>  | <b>179</b> |
| Quotidiano sanità - <i>Spesa sanitaria privata italiana: la punta dell'iceberg</i> - Antonio Salvatore  | 179        |
| Quotidiano sanità - <i>La sanità privata è irrinunciabile per il Ssn?</i> Luciano Fassari   | 180        |

|  |            |
|--|------------|
| Quotidiano sanità - <i>Fondi sanitari. Il giro d'affari supera i 3 miliardi con 16 milioni di iscritti. Il rapporto del Ministero</i>  | 181        |
| Il Sole 24 Ore - <i>Sanità integrativa: gli iscritti non crescono più e intanto gli italiani si pagano le cure da soli - Marzio Bartoloni</i>  | 182        |
| Ministero Sanità – <i>I fondi sanitari integrativi in Italia, 3° Rapporto 2012-23</i>  | 184        |
| <b>Pandemie in essere e in arrivo</b>  | <b>185</b> |
| The Lancet – <i>Immunogenicità e sicurezza di un vaccino monovalente con proteina spike ricombinante omicron XBB.1.5.SARS-COV-2 come dose di richiamo eterologa .... K. Alvers e altri</i> | 185        |
| The Lancet – <i>Efficacia del vaccino contro il virus respiratorio sinciziale tra i veterani statunitensi ... L. Bajema e altri</i>  | 187        |
| The Lancet – <i>Integrare la medicina genomica nel sistema sanitario nazionale in Francia.</i>   | 188        |
| The NEJM - <i>Infezioni da virus dell'influenza aviaria altamente patogeno A(H5N1) negli esseri umani. S.Garg</i>  | 193        |
| The NEJM - <i>Evoluzione dell'epidemiologia del Mpox in Africa nel 2024 - Nicaise Ndembu e altri</i>   | 200        |
| The NEJM - <i>Malattia del virus di Marburg in Ruanda: mettere al centro sia le prove che l'equità - Cameron T. Nutt</i>   | 201        |
| Eurosurveillance – <i>Infezioni umane da virus neuro invasivo della Toscana in Italia 2016-23 .... E. Fotakis e altri</i>  | 203        |
| Science – <i>Perché la "Ferrari dei virus" sta prendendo piede nell'emisfero settentrionale. J. Cohen</i>  | 207        |
| Science – <i>Covid 5 anni dopo: imparare da una pandemia che molti stanno dimenticando. J. Cohen</i>   | 209        |
| Sanità Informazione - <i>Cambiamenti climatici, +2,3 milioni di morti da calore in 854 città europee entro il 2099. Lo studio. Isabella Faggiano</i>                                       | 213        |
| Quotidiano sanità - <i>Nel 2024 record di 13 milioni di casi di dengue. Pertosse aumentata del 990%. E l'aviaria si è diffusa a numerose specie di mammiferi. L'analisi di Airinfinity</i> | 214        |
| Corriere Salute - <i>Influenza aviaria, la virologa Ilaria Capua: «Il salto di specie è già avvenuto. H5N1 è il nemico numero uno» - Ruggiero Corcella</i>                                 | 217        |
| <b>L'ospedale che cambia</b>   | <b>220</b> |
| Quotidiano sanità - <i>Basterà qualche super ospedale in più a frenare la mobilità sanitaria in fuga dalle Regioni del Sud? Claudio Maria Maffei</i>                                       | 220        |
| Quotidiano sanità - <i>Liste d'attesa. Gimbe: "Legge in stallo. In 6 mesi approvato solo uno dei sei decreti attuativi"</i>  | 221        |
| Quotidiano sanità - <i>Liste d'attesa. Asl Chieti: stop a libera professione. Schael: "Siamo stati gli unici a farlo, ci vuole coraggio"</i>   | 223        |
| <b>Medicina territoriale</b>   | <b>225</b> |
| Corriere delle sera - <i>Medici di base, la riforma: l'ipotesi di renderli lavoratori dipendenti, cosa potrebbe cambiare</i>   | 225        |
| Il Sole 24 Ore - <i>Case di comunità: l'utilità per i medici e il territorio delle "società fra professionisti". Claudio Testuzza</i>  | 225        |
| Il Sole 24 Ore - <i>Manovra 2025/ Magi (Omceo Roma): «La legge bilancio trascura la sanità territoriale (malgrado il Pnrr) a partire dal personale per case e ospedali di comunità»</i>    | 227        |
| Il Sole 24 Ore - <i>MMG e Case di Comunità: perché bocchiamo la proposta del ministro Schillaci. Francesco Esposito</i>  | 228        |
| Il Sole 24 Ore - <i>Simg: formazione, gestione attiva delle cronicità e tecnologia nel futuro della medicina generale. Alessandro Rossi</i>  | 229        |
| The Lancet – <i>Ampliare il ruolo degli Ospedali Comunitari per promuovere la salute della popolazione di Singapore. W. Theo e altri</i>   | 231        |
| Il Sole 24 Ore - <i>Medici di famiglia dipendenti e in Casa di comunità? Ecco tutti i dubbi giuridici e non solo. Mauro Marin</i>  | 235        |
| Panorama sanità - <i>Quale futuro per le cure primarie? - intervista a Alessandro Rossi</i>  | 237        |
| Quotidiano sanità - <i>Informazione/comunicazione nella medicina generale territoriale. Bruno Agnetti</i>  | 238        |
| Quotidiano sanità - <i>Sulle case di comunità invertire la prospettiva. Ornella Mancin</i>   | 240        |
| Quotidiano sanità - <i>PNRR. Gimbe: "Al 4° trimestre 2024 raggiunta unica scadenza europea sulle COT, ma senza infermieri rischiano di diventare scatole vuote"</i>                        | 241        |
| Quotidiano sanità - <i>Che le COT siano spesso poco più che scatole vuote è un dato di fatto su cui intervenire. Claudio Maria Maffei</i>  | 243        |
| Quotidiano sanità - <i>Medici di famiglia: la storia di una crisi annunciata. Luciano Fassari</i>  | 245        |
| Quotidiano sanità - <i>Toscana. Via libera della Giunta al Piano sanitario e sociale integrato</i>   | 247        |
| Quotidiano sanità - <i>Case e ospedali di comunità, in Veneto quelle pronte e collaudate sono 9 su 130. Lo studio Spi Cgil. Endrius Salvalaggio</i>  | 248        |
| <b>Sanità, sociale e Long Term Care</b>  | <b>250</b> |
| JAMA - <i>Solitudine e isolamento sociale tra gli anziani degli USA. Preeti N. Malani, Erica Solway</i>  | 250        |

|  |            |
|--|------------|
| Quotidiano sanità - <i>Povert  sanitaria, al via il progetto dell'ASP Palermo per contrastarla</i>   | 253        |
| Wellforum.it - <i>Comunit , partecipazione e confronto in Lunigiana</i> . Andrea Failli e Marco Formato  | 254        |
| Ministero Sanit  – <i>Piano Nazionale Cronicit  – Aggiornamento 2024</i>   | 257        |
| I Luoghi di cura – <i>La ripartizione della spesa nei servizi sociali e sociosanitari</i> – Franco Pesaresi  | 258        |
| Toscana Medica – <i>La complessit  ignorata nel Governo delle questioni dell'assistenza sociosanitaria del Paese....</i>   | 259        |
| <b>Nursing</b>   | <b>259</b> |
| Quotidiano sanit  - <i>Carenza professioni sanitarie: i numeri della crisi</i> . Luciano Fassari   | 259        |
| Quotidiano sanit  - <i>Professioni sanitarie. Proia alla Camera: "Dall'istituzione di una categoria speciale alla depenalizzazione dell'atto sanitario, una proposta di riforma"</i> | 265        |
| Quotidiano sanit  - <i>Valutazione delle restrizioni al rientro rapido sulle assenze per malattia nei dipendenti del settore sanitario: Uno studio sulle differenze. Autori vari</i> | 267        |
| Quotidiano sanit  - <i>Arriva il codice ATECO per le professioni infermieristiche</i>  | 268        |
| <b>Quotidiano sanit  -L'alert di The Lancet: "Da disinformazione sanitaria effetti distruttivi per la salute pubblica.   una minaccia sociale"</b>                                   | 269        |
| WHO Europe - <i>L'OMS/Europa lancia il progetto "Nursing Action", finanziato dall'UE, per affrontare la carenza di infermieri nell'UE</i>  | 270        |
| <b>Digitalizzazione e telemedicina</b>   | <b>272</b> |
| JAMA – <i>Un Chatbot di IA ha sovraperformato medici e medici pi  dell'intelligenza artificiale in uno studio, cosa significa?</i> J.Hswen e altri                                   | 272        |
| Cultura e salute - <i>Le relazioni di cura nell'era delle intelligenze artificiali</i> - Stefano Ivis, A,Addorisio e altri   | 278        |
| CRS - <i>Marx, le macchine e l'IA. Le lezioni di Napoleoni</i> . Lelio Demichelis  | 279        |
| OECD – <i>Beyond the pandemic: leading practices for the future of telemedicine.</i>   | 282        |
| <b>Economia e sanit </b>   | <b>283</b> |
| CER – <i>Rapporto CER 2/2024</i>   | 283        |
| CRS - <i>L'industria europea   senza futuro?</i> Vincenzo Comito   | 285        |
| Fisco Equo - <i>L'Ue: "Nel 2023 evasione Iva in forte aumento". I dubbi sul miglioramento registrato dopo la pandemia: rischio illusione ottica</i> . Chiara Brusini                 | 287        |
| Fisco Equo - <i>Irpef, dove vanno le tasse pagate dagli italiani</i> . Marco Mobili  | 288        |
| La Repubblica - <i>Italia, record disuguaglianze in Europa. Nei paradisi fiscali 10 miliardi in fuga dall'Erario</i>   | 290        |
| La Repubblica - <i>Il Fondo Monetario taglia le stime sul Pil dell'Italia. Bankitalia: "Crescita stenta"</i>   | 292        |
| lavoce.info - <i>Quella mentalit  a somma zero che frena la crescita</i> . Rony Hamau  | 293        |

quotidiano**sanità**.it

### In una Italia che galleggia, un Ssn forte può diventare un salvagente

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

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

*Sempre più difficile essere solidali e inclusivi ... Come ripensare la sanità e il welfare. Il 58° rapporto Censis e il documento del Forum DD "Case della Comunità. Alla ricerca di una nuova nozione di pubblico"*

23 DIC -

#### Premessa

Il 58° Rapporto sulla situazione sociale del Paese nel 2024 del CENSIS ha avuto un'ampia eco. Le osservazioni che riguardano la sanità in particolare, ed il sistema di welfare più in generale, convergono su quanto già pubblicato nei rapporti di OASI/SDA "Bocconi", di SVIMEZ, di CREA Sanità, di Osservatorio sulla Salute degli Italiani della Università Cattolica, dell'Osservatorio sul Benessere degli Italiani della Fondazione IRES/ Bruno Visentini e con i dati di ISTAT sui fondamentali del nostro Paese e di Equitalia, solo per citarne alcuni. I temi che affrontiamo oggi li abbiamo già in parte evidenziati in precedenti articoli su "Quotidiano sanità": [1](#), [2](#), [3](#), [4](#)

#### Come guardano gli italiani al futuro

Indipendentemente da quanto sopra, la metà degli italiani (49,6%) ritiene che il nostro futuro sarà condizionato dai cambiamenti climatici e dai possibili eventi atmosferici catastrofici, il 46,0% dagli sviluppi delle guerre in Ucraina e in Medio Oriente, il 45,7% dai rischi di crisi economiche e finanziarie globali, mentre il 35,7% ritiene le migrazioni il determinante prevalente, il 31,0% la competizione geopolitica ed economica tra Stati Uniti e Cina e solo il 26,1% i cambiamenti indotti dalle innovazioni tecnologiche .

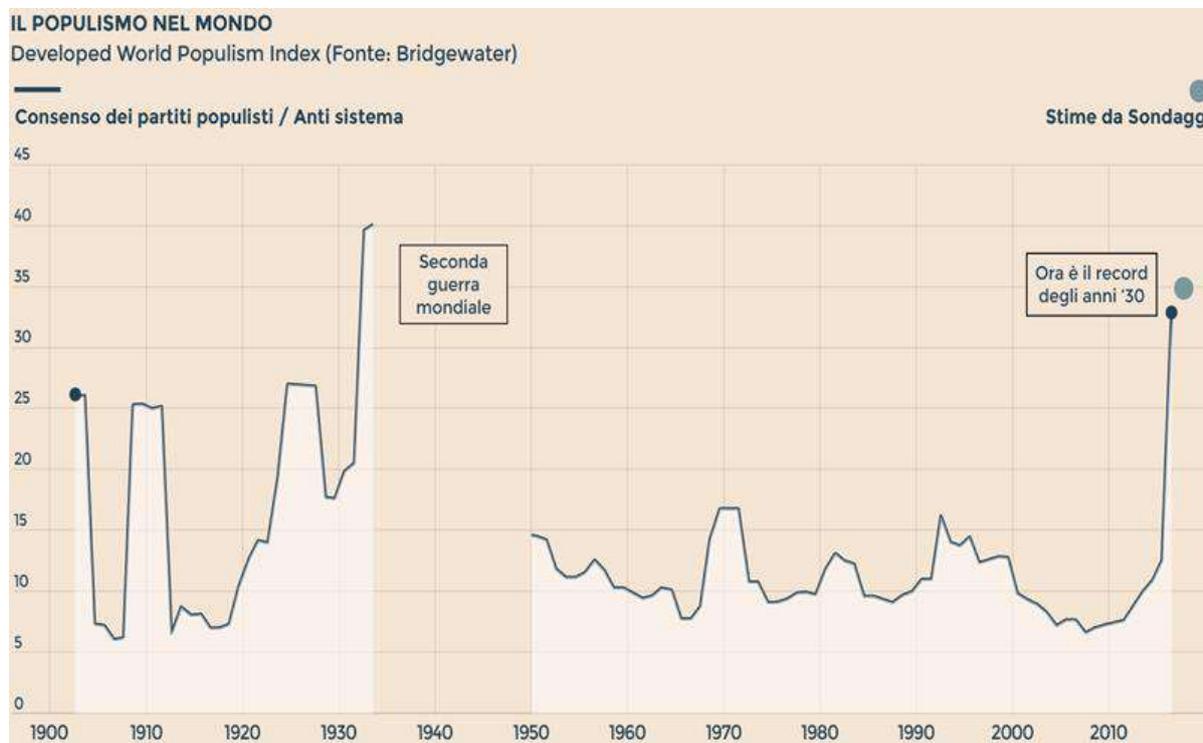
La cifra del nostro Paese sembra essere "la continuità nella medietà", dentro la quale restiamo intrappolati: non cresciamo in termini di produzione e PIL e non andiamo in crisi gravi nelle fasi critiche e recessive. Nel medio periodo tutti gli indicatori sul nostro Paese si dispongono su una linea di galleggiamento all'interno di un range di oscillazione molto ampio, delimitato dai valori massimi e minimi toccati dai Paesi UE. A proposito di PIL nel ventennio 1963-1983 il suo valore, espresso in euro attuali, era raddoppiato (+117,1%); nei successivi vent'anni, tra il 1983 e il 2003, si era ridimensionato (+48,4%); ma negli ultimi due decenni, tra il 2003 e il 2023, l'aumento è stato solo del +5,8%, (+0,29% annuo).

Anche il reddito disponibile lordo pro-capite delle famiglie italiane in vent'anni (nel periodo 2003-2023) si è ridotto in termini reali del 7,0% e la ricchezza netta pro-capite delle famiglie è diminuita nell'ultimo decennio del 5,5%. I ceti medi e ceti lavorativi sono stati quelli più colpiti. Anche in Italia la conseguenza principale della globalizzazione è stata una concentrazione della ricchezza molto accentuata che ha colpito i ceti medi e i ceti lavorativi che si sono "sfarinati" verso il basso della scala sociale e dei redditi.

#### Le traiettorie del cambiamento della nostra identità

Il Rapporto CENSIS evidenzia sinteticamente come stia cambiando l'identità del nostro Paese. Assistiamo ad un diffuso ritirarsi dalla vita pubblica: il tasso di astensione alle ultime elezioni europee del 2024 ha raggiunto il 51,7%. L'indifferenza verso gli strumenti della mobilitazione collettiva è ormai diffusa. Il 55,7% degli italiani oggi considera inutili le manifestazioni di piazza e i cortei di protesta. Parimenti cresce una sfiducia crescente nei sistemi democratici, tant'è che il 68,5% ritiene che le democrazie liberali occidentali non funzionino più. Anche l'Unione Europea senza radicali cambiamenti per il 71,4% degli italiani è destinata a entrare in crisi.

Il 70,8% degli italiani esprime oggi un più o meno viscerale antioccidentalismo ed è pronto a imputare le colpe dei mali del mondo ai Paesi dell'occidente, accusati di essere stati arroganti per via del presunto universalismo dei propri valori, per cui si è voluto imporre il nostro modello economico e politico agli altri. Sembra un ritorno agli anni trenta, quelli dell'incubazione della grande crisi che portò alla seconda guerra mondiale.



Dal momento che però il desiderio di riconoscimento deve comunque essere appagato si sposta la partita in un altro campo da gioco: quello della rivalità delle identità. È in corso una competizione a oltranza per accrescere il valore sociale delle identità individuali etnico-culturali, religiose, di genere o relative all'orientamento sessuale.

Se tutto ciò provoca scoramento, una sorpresa positiva, per chi come noi crede nei valori dell'accoglienza e dell'integrazione, viene dal constatare che l'Italia si colloca al primo posto tra tutti i Paesi dell'Unione europea per numero di cittadinanze concesse (213.567 nel 2023).

Il nostro Paese è primo anche per il totale cumulato nell'ultimo decennio (+112,2% di acquisizioni di cittadinanza italiana tra il 2013 e il 2022).

### **Siamo diventati ignoranti "funzionali" ...**

Nel nostro Paese gli analfabeti sono una esigua minoranza (solo 260.000 e i laureati sono arrivati ad 8,4 milioni, pari al 18,4% della popolazione sopra i 25 anni d'età (erano il 13,3% nel 2011).

Tuttavia la mancanza di solide conoscenze di base rende i cittadini più disorientati e vulnerabili, forse a causa l'uso spropositato del web, dei social e di una informazione manipolata.

Non raggiungono gli stessi traguardi di apprendimento in lingua madre e in matematica rispetto agli altri Paesi UE. In italiano, il 24,5% degli alunni al termine del ciclo di scuola primaria, il 39,9% al terzo anno della scuola media, il 43,5% all'ultimo anno della scuola superiore stanno sotto la media europea (negli istituti professionali quest'ultimo dato sale vertiginosamente all'80,0%).

In matematica, il 31,8% alle primarie, il 44,0% alle medie inferiori e il 47,5% alle superiori (anche in questo caso il picco più negativo si registra negli istituti professionali: l'81,0%). Nel limbo dell'ignoranza possono attecchire convinzioni irrazionali, pregiudizi antiscientifici, stereotipi culturali.

### **Cala il Pil e cresce in modo incerto il lavoro**

La media dei primi sei mesi dell'anno si è attestata a 23.878.000 occupati, con un incremento di un milione e mezzo di posti di lavoro in più rispetto all'anno nero della pandemia e una variazione positiva rispetto al 2007 del 4,6%. La distanza tra il dato italiano e quello della media europea resta ancora significativa (nel 2023 era 8,3 punti percentuali in meno per il tasso di attività, 8,9 punti per il tasso di occupazione).

Se oggi il nostro tasso di attività fosse uguale a quello europeo, si potrebbe disporre di più di 3 milioni di unità di forza lavoro aggiuntive, e se si raggiungesse il livello europeo del tasso di occupazione, sarebbe superata la soglia dei 26 milioni di occupati: 3,3 milioni in più di quelli del 2023.

Attualmente osserviamo una riduzione della produzione in tutti i settori del manifatturiero. Diverso invece l'andamento dell'agroalimentare (+2,7% tra il 2019 e il 2023 e +1,8% nei primi otto mesi 2024). Un Exploit invece nel turismo: nel 2023 le presenze in Italia hanno raggiunto i 447 milioni, con un incremento del 18,7% rispetto al 2013.

Se da più parti è stato ripetutamente segnalato che la causa della bassa crescita italiana degli ultimi vent'anni vada ricercata nei modesti risultati ottenuti sul piano della produttività. Se questa affermazione risulta senz'altro vera per le attività terziarie, al contrario, l'industria mostra un progresso dell'indicatore pari a 10 punti percentuali.

### **Come cambia il mondo del lavoro e la diffusione dell'innovazione**

La produzione industriale è ferma da 21 mesi, ovvero, produciamo al livello in cui eravamo quasi due anni fa. Nell'industria l'indice di occupazione, dopo i picchi toccati nel quarto trimestre del 2023, quando il tasso dei posti vacanti è sceso al 2,4%, il dato si è riportato intorno al 2,0% nel primo semestre di quest'anno.

Anche nel terziario la pressione della domanda di lavoro è stata particolarmente alta nella seconda parte del 2022 e nella prima parte del 2023, con un tasso di posti vacanti del 2,3%, mentre ora si attesta intorno al 2,0%. Il PIL del settore è quello che contribuisce maggiormente al risultato complessivo del Paese, ovvero, +0,5% come da stime della Banca di Italia.

Il dato sugli occupati nella fascia d'età 15-29 anni raggiunge la soglia dei 3 milioni (+206.000 dal 2019), di cui circa 1,8 milioni maschi e 1,2 milioni femmine. Il primo semestre del 2024 mostra un ulteriore aumento dello 0,4% dei giovani occupati. Di riflesso, il tasso di disoccupazione giovanile si è ridotto al 16,7% nel 2023 (5,6 punti in meno rispetto al 2019). Secondo i dati più recenti del 2024 il tasso di disoccupazione giovanile è sceso al 15,4%.

Inoltre si osserva una contrazione anche del numero dei NEET under 30: 1.405.000 nel 2023, il 28,3% in meno rispetto al 2019. Secondo le stime del CENSIS, il costo derivante dal loro mancato inserimento nel lavoro si quantificava nel 2023 in 15,7 miliardi di euro.

Sempre il CENSIS, in una ricerca pubblicata nel settembre del 2024 riporta che attualmente quasi un quarto dei lavoratori italiani utilizza nelle sue diverse forme l'Intelligenza artificiale nelle proprie mansioni lavorative: il 27,7% per la stesura di report, il 24,6% per l'invio di messaggi, il 23,3% per la scrittura di e-mail di lavoro, il 18,5% per creare curriculum e lettere di presentazione. L'Intelligenza artificiale viene usata dalle generazioni più giovani: il 35,8% nella fascia 18-34 anni per la stesura di report, il 27,8% per scrivere e-mail.

### **Cosa ci manca a livello occupazionale in generale e in sanità**

I dati annuali sui fabbisogni di personale delle imprese private dei settori industriali e dei servizi evidenziano che tra il 2017 e il 2023 la quota di figure ritenute di difficile reperimento è passata dal 21,5% al 45,1% del totale delle assunzioni previste, e soprattutto è aumentato il peso delle figure difficili da reperire per esiguità dei candidati (dal 9,7% del totale delle assunzioni previste del 2017 al 28,4% del 2023).

La scarsità numerica di candidati è il fattore che, a partire dal 2021, predomina come causa di difficoltà di reperimento della forza lavoro, superando la più tradizionale inadeguatezza dei candidati.

Nel 2023 quest'ultimo aspetto è stato riscontrato dalle imprese solo nel 16,7% dei casi. Il ridotto numero di candidati riguarda ben il 70,7% della domanda di lavoro per infermieri e ostetrici, il 66,8% per i farmacisti e il 64,0% delle posizioni aperte per il personale medico. Inoltre, mancano all'appello candidati per il 34,6% delle professioni sanitarie riabilitative e per il 43,6% delle professioni qualificate nei servizi sanitari e sociali.

### **Servizi pubblici e differenze tra città e campagne: tante Italie diverse**

Si acuisce il problema della rarefazione dei servizi (pubblici e privati) e delle infrastrutture di coesione sociale nelle aree interne. Se mediamente in Italia le famiglie che sperimentano difficoltà per raggiungere una farmacia sono il 13,8% del totale (3,6 milioni) e per accedere a un Pronto soccorso sono il 50,8% (13,3 milioni), nel caso dei residenti in comuni fino a 2.000 abitanti le difficoltà riguardano rispettivamente il 19,8% e il 68,6% delle famiglie.

Sul versante della sicurezza, sono poco più di 8 milioni le famiglie italiane che considerano difficile raggiungere un commissariato di polizia o una stazione dei carabinieri.

La stessa percentuale (circa il 31%) lamenta difficoltà di accesso ai servizi comunali.

Più di un quinto trova difficile raggiungere un negozio di generi alimentari o un mercato. Per il 54,9% delle famiglie che vivono nei piccoli comuni anche l'accesso a un supermercato può rivelarsi tutt'altro che semplice.

### **Le prospettive del welfare**

Sempre nel Rapporto CENSIS si evidenzia una riduzione dell'efficacia del welfare pubblico, che incide negativamente sul benessere e sulla qualità della vita delle famiglie, e in definitiva sulla coesione sociale.

Negli ultimi dieci anni, tra il 2013 e il 2023, c'è stato un incremento del 23,0% in termini reali della spesa sanitaria privata pro-capite, che nell'ultimo anno ha superato complessivamente i 44 miliardi di euro e tuttavia sembra che il 62,1% della popolazione almeno una volta abbia dovuto rinviare accertamenti diagnostici o visite specialistiche perché la lista di attesa nel SSN era troppo lunga e il costo da sostenere nelle strutture private troppo alto.

Al 53,8% è capitato, in presenza di problemi di salute, di dover fare ricorso ai propri risparmi per pagare le prestazioni sanitarie necessarie. E il 78,5% dichiara che, in caso di problemi di salute, teme di non poter contare sulla sanità pubblica.

Anche le prospettive del comparto previdenziale pongono una seria ipoteca sul futuro degli italiani: il 75,7% pensa che non avrà una pensione adeguata quando lascerà il lavoro per raggiunti limiti di età (in particolare, è l'89,8% dei giovani ad avere questa certezza). E la non autosufficienza, che attualmente coinvolge circa 3 milioni di persone, destinate ad aumentare in modo consistente nel futuro, vista la relazione diretta con l'invecchiamento della popolazione, è percepita già oggi come una condizione che grava quasi interamente sulle proprie spalle e il 75,0% degli italiani teme che i propri risparmi non basteranno in caso di non autosufficienza.

Crescita lenta dell'economia e retribuzioni ridotte non permetteranno di generare flussi finanziari sufficienti per coprire i costi di prestazioni pienamente adeguate. Così, sono sempre di più gli italiani convinti che nel futuro sarà decisivo il ricorso a strumenti di autotutela.

Il welfare sembra destinato a perdere quel carattere di universalismo delle origini, inclusivo e coesivo, perché ormai taglia fuori di fatto porzioni crescenti del ceto medio e anche dei ceti lavorativi, in particolare gli under '40, obbligati a sostenere il costo fiscale del welfare, ma con la prospettiva di dover affrontare le avversità della vita con risorse proprie.

### **Solitudine e fragilità dei giovani**

Viviamo in una società nella quale ormai il 58,1% dei giovani tra i 18 e i 34 anni si sente fragile, il 56,5% dichiara di sentirsi solo e il 69,1% ha bisogno di sentirsi assicurato. Sono sentimenti generati dall'incertezza, dalla paura di non farcela, che possono sfociare in frustrazione, stati d'ansia, attacchi di panico, depressione o disturbi alimentari.

Se il 51,8% dei giovani dichiara di soffrire di stati d'ansia o depressione - contro il 40,8% delle persone di età compresa tra i 35 e i 64 anni e il 19,0% degli over 65, se il 32,7% dei 18-34enni afferma di soffrire di attacchi di panico - a fronte del 23,8% degli adulti e del 4,2% degli anziani - e il 18,3% soffre di disturbi del comportamento, delle domande sul nostro presente e sul nostro futuro dovremmo porcele e non far finta che il problema non ci sia.

È senza dubbio vero che ci sono anche tanti giovani che studiano, lavorano, sono soddisfatti della propria vita e mettono in gioco strategie per assicurarsi un futuro migliore. Ma quanti di loro stanno lasciando il Paese! Dal 2013 al 2022 sono espatriati dall'Italia circa 352.000 giovani tra i 25 e i 34 anni. Di questi, più di 132.000 (37,7%) erano in possesso della laurea. Se nel 2013 erano il 30,5% degli emigrati dall'Italia nel 2022 sono

diventati il 50,6%. È possibile che le scelte economiche dei vari governi che si sono succeduti negli ultimi due decenni che hanno cercato risultati in termini di produttività del paese attraverso politiche di bassi salari siano state determinanti per questo fenomeno. A parte il patrimonio perduto per formarli (stimato circa 4.3 mld) è inestimabile la perdita del "ritorno dell'investimento" che abbiamo fatto sui nostri giovani.

### I patrimoni

I dati demografici evidenziano in modo netto la contrazione delle generazioni avvenuta tra il 1984 e il 2024. Nel 1984 le coorti di giovani di età compresa tra i 20 e i 29 anni e tra i 30 e i 39 anni erano, rispettivamente, il 14,6% e il 13,4% della popolazione.

Nel 2004 pesavano rispettivamente il 12,6% e il 16,2% – diminuendo, nel primo caso, del 12,3% e aumentando, nel secondo caso, del 22,7%. Il ventennio successivo si è caratterizzato per un andamento regressivo più spinto, a causa della diminuzione del tasso di fecondità. Così, rispetto a vent'anni fa, i 20-29enni e i 30-39enni sono diminuiti, rispettivamente -17,5% e -29,4%, e rappresentano oggi quote molto inferiori della popolazione complessiva: soltanto il 10,2% e all'11,2% del totale.

Una tendenza involutiva destinata a proseguire nei prossimi anni: si prevede che nel 2044 i 20-29enni si saranno contratti ulteriormente del 15,6% rispetto a vent'anni prima e i 30-39enni dello 0,2% (tab. 27). In futuro il valore dei patrimoni familiari è destinato quindi a concentrarsi in gruppi più ristretti della popolazione per effetto della deriva demografica di lungo periodo.



### La solitudine

Il 58,8% degli italiani trascorre il tempo libero con i propri amici d' almeno una volta alla settimana. Tra i giovani (15-19 anni) sono naturalmente di più: fino al 90%.

Le occasioni d'incontro in quasi la metà dei casi sono fuori di casa. I luoghi più frequentati sono ristoranti, bar, pub, ma anche i luoghi dove si fa sport, i parchi e anche i centri commerciali. E gli altri? Chi sembra non avere

o non vedere amici e chi, il 13,3% di italiani (fino al 17,8% tra i giovani dai 18 ai 34 anni), ammette di prediligere gli incontri virtuali nei social network.

8,9 milioni d'italiani vivono da soli: il 34,8% sono vedovi, gli altri sono celibi e nubili o separati e divorziati.

### **Che ruolo può avere il servizio sanitario nazionale?**

Il nostro servizio sanitario potrebbe mitigare tante delle criticità che abbiamo passato in rassegna così come potrebbe aggravarle. Quale delle due alternative accadrà dipenderà da noi, tutti, con i nostri diversi ruoli: cittadini, professionisti della sanità ed attori del sociale, manager pubblici e politici e anche il cosiddetto mondo produttivo, quello delle aziende, prime fra tutte quelle del farmaco e dei dispositivi medici e quelle delle tecnologie digitali.

Sappiamo che abbiamo una sfida da affrontare, quella della sostenibilità, che non significa resistere, ma continuare a generare sempre più valore per tutti.

Le risorse per la sanità sono limitate da un finanziamento sottodimensionato. Recentemente anche la Corte Costituzionale si è espressa, sottolineando come lo Stato non può mai *“rispondere”* tagliando risorse destinate alla spesa costituzionalmente necessaria, tra cui quella sanitaria, che già ha sofferto per precedenti *“arditi tagli lineari”*.

Se in tanti siamo d'accordo che andrebbe posta fine agli *“arditi tagli”* - come tali recentemente indicati in una sentenza della Corte Costituzionale che ha affermato che Il diritto alla salute non può essere sacrificato *«fintanto che esistono risorse che il decisore politico ha la disponibilità di utilizzare per altri impieghi che non rivestono la medesima priorità»* - in molti ci rendiamo conto anche che sarà molto improbabile che l'allocazione delle non cospicue risorse pubbliche possa far crescere concretamente il Fondo Sanitario Nazionale.

Allora proponiamoci d'inaugurare anche un discorso differente, proviamo a partire da non solo cosa sia necessario ma anche cosa sia possibile fare. Se dovessimo indicare delle priorità, al primo posto andrebbe messa, senza indecisione alcuna, la concreta e completa implementazione di quanto nel DM 77 disposto e, in particolare, la messa in opera delle Case di Comunità.

Non stiamo qui a ripetere perché dovremmo farlo né a ricordare che la disponibilità finanziaria messa a disposizione dalla Missione 6 del PNRR è insieme un'evidenza della necessità di questo intervento e un'opportunità per riuscire ad attuarlo. Si tratta però di saperlo fare, cioè non usare i soldi solo per tirare su muri e acquistare strumenti ma per realizzare attività e gestioni che siano coerenti con la denominazione stessa: *“di comunità”*.

Quando il legislatore ha scelto d'impiegarla ha indicato una prospettiva che potrebbe sembrare antica ma che è invece innovativa, appropriata e sfidante.

Nel PNRR le case di comunità sono definite come *“punto di riferimento continuativo per la popolazione che ha il fine di garantire la promozione, la prevenzione della salute e la presa in carico della comunità di riferimento”*.

Detto in altri termini, si tratta di strutture socio-sanitarie polivalenti che forniscono assistenza di tipo primario e attuano attività di prevenzione nonché di promozione della salute.

In un recente documento del *Forum Diseguaglianze Diversità* dal titolo *“Case della Comunità. Alla ricerca di una nuova nozione di pubblico”* viene ricordato come occorra essere consapevoli che le case di comunità, oltre ad operare nel settore sociosanitario, possono agire anche in altri ambiti ed offrire l'opportunità per ripensare la funzione pubblica, rivitalizzando il lavoro sociale, l'attenzione alla multidimensionalità dei bisogni e la partecipazione dei diversi soggetti coinvolti.

Una sfida di alto valore che si basa su 4 punti chiave:

1. *L'Integrazione sociosanitaria*. Da un lato l'integrazione è richiesta dalle domande stesse di cura che vengono espresse dalle persone, dall'altro è indispensabile per incidere sui determinanti sociali della salute, naturalmente insieme a politiche extra-sanitarie di riduzione delle disuguaglianze economiche. Anche se probabilmente le case di comunità non potranno ospitare tutte le azioni sociali e sanitarie necessarie, tuttavia dovranno strutturarsi come presidi accessibili e *“vicini”* e contemplare spazi di socialità e socializzazione.
2. *L'attenzione alle relazioni*. Le domande di cura, oltre alla qualità tecnica della prestazione coinvolta, includono essere ascoltati e sostenuti. Le Case di Comunità sono il luogo che potrà favorire

l'instaurarsi di una relazione positiva e di fiducia tra persone e istituzioni. Cosa fondamentale oggi, soprattutto nei contesti di più forte disagio e marginalità. Le malattie croniche non sono episodi singoli, ma percorsi di cura che si manifestano per tempi anche lunghi nei quali il coinvolgimento dei malati è essenziale. L'attenzione alla qualità delle relazioni contribuisce anche al raggiungimento di buoni outcome clinici.

3. *La predisposizione al lavoro multidisciplinare.* Per integrare dimensione sanitaria e sociale non basta istituire un punto unico di accesso (PUA) ma saper lavorare in modo multidisciplinare, con squadre multiprofessionali. Occorre coinvolgere tutte le risorse presenti in un ambito comunitario: le associazioni della cittadinanza sociale, le cooperative e le imprese sociali, le organizzazioni di volontariato e le reti informali e formali esistenti nel territorio. Una comunità che partecipa alla fase di progettazione dei servizi permette di acquisire informazioni, altrimenti indisponibili, sui bisogni inespresi e poter farvi fronte. Come è scritto nel documento del Forum DD *"la Casa della Comunità è doppiamente della Comunità: serve la comunità e la serve promuovendo il complesso delle risorse della comunità."*
4. *L'approccio universalistico.* Nell'ambito della Casa di Comunità possiamo essere davvero in grado di definire *"cosa dare a chi"* ai fini della salute di quella popolazione. Se gli individui hanno caratteristiche diverse e vivono in condizioni diverse, anche gli interventi saranno diversi. Ci saranno profonde differenze tra differenti comunità sia in termini di bisogni sia di potenziale di risposta. Si parte da una visione universale basata sui diritti ma poi si opera in base ciò che i cittadini di quel territorio contribuiscono a delineare come bisogno e potenzialità di risposta. Il fine ultimo è includere tutti nell'accesso a quanto è necessario per avere salute, con la raccomandazione di evitare la proliferazione di regolamentazioni procedurali omogenee e controlli *top down* - un'infausta tradizione delle aziende sanitarie - ed usare invece metriche che diano spazio a processi di auto-valutazione fra pari e che assumano come indicatori di esito le esperienze dei cittadini

#### **E infine...alcune considerazioni generali**

Si deve tornare a parlare di crescita. Abbiamo bisogno di una idea di *"sistema Paese"* in divenire. In primis abbiamo bisogno di un progetto di sviluppo industriale del Paese che tenga conto dei cambiamenti geopolitici in atto, dei cambiamenti nelle filiere produttive e di servizi connessi.

La via di una società ultrademocratica - *"poliarchica"*, scriveva lo stesso CENSIS negli anni '90 del secolo scorso -, in cui si governa, o almeno si concertano le scelte di governo, con i grandi soggetti collettivi, è stata travolta dalle dinamiche della globalizzazione, dalla concentrazione del potere verso gli esecutivi e dall'insorgere della cosiddetta *"società liquida"* senza più *"corpi intermedi"* significativi. Comunque il corpo sociale anche in una società fragile e disarticolata, segue sempre una sua logica e tende a riportare a regime l'ingovernabile motore della crescita e dello sviluppo.

Ora e dopo un così lungo tempo trascorso nell'attesa, bisogna assumersi il rischio di andare oltre. Dopo anni - ormai più di un quindicennio - in cui la nostra società è rimasta alla finestra, si affacciano all'orizzonte un nuovo scenario mondiale e un nuovo scenario tecnologico. La nostra società è molto più meticcia di quanto si dica. Un po' occidentale e un po' mediterranea, levantina e mediorientale, contadina e cibernetica, poliglotta e dialettale, mondana e plebea. Non siamo più una società in corsa verso uno sviluppo, ma non siamo neanche un popolo di poveri diavoli destinati a rimanere miserabili.

Fare politica è ancora un esercizio *"alto"*, è l'arte del consenso e dell'interpretazione dei sentimenti e dei bisogni sociali, è un compito complesso di responsabilità e di immaginazione. In particolare fare politica sanitaria, un esercizio che sembra al momento frammentario e confuso, significa leggere il Paese con lo sguardo rivolto al futuro.

Una *"società aperta"* porta con sé dei rischi, per le istituzioni collettive e per la vita privata e, con i rischi, comporta anche preoccupazioni relative alla perdita di sicurezza, alle limitazioni alla redistribuzione delle rendite, all'ibridazione culturale. È un rischio che la nostra società non sembra disponibile ad assumersi, ma che, allo stesso tempo, non può permettersi di non correre, se vuole crescere e non più galleggiare.

[https://www.quotidianosanita.it/studi-e-analisi/articolo.php?articolo\\_id=126714](https://www.quotidianosanita.it/studi-e-analisi/articolo.php?articolo_id=126714)

## Oligopolio verso salute: un ossimoro?

**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.

*Il recente pronunciamento del TAR Lazio che, su richiesta delle associazioni dei laboratori e della sanità privata accreditata, sospende l'introduzione del nuovo nomenclatore delle prestazioni sanitarie rafforza una domanda che da tempo ci stiamo ponendo: Il mercato sanitario e le sue filiere produttive sono un mercato aperto? Possono inserirsi nuovi competitori? Tante le questioni aperte in presenza di un mercato oligopolistico della sanità...*

### Oligopolio

Dal greco antico ὀλίγοι (ólígoi: «poco», «pochi») e -πώλιον (pólion, da πωλεῖν — polèin, vendere), è una forma di [mercato](#) in cui poche imprese hanno una struttura di costo simile e producono beni simili. In questo contesto tali imprese pur non potendo stabilire il prezzo di mercato sono però in grado di influenzarlo sostanzialmente.

Diversamente da altre forme di mercato, quali la [concorrenza perfetta](#) (in realtà mai esistita) o il [monopolio](#), non esiste un modello unico di oligopolio. Le imprese che operano all'interno di un mercato oligopolistico aggiustano le loro strategie in merito a produzione e prezzi in funzione delle scelte effettuate dalle imprese concorrenti. Questa caratteristica determina un'ampia variabilità di possibili comportamenti, dei modelli di oligopolio. L'oligopolio è caratterizzato comunque dalla presenza di poche imprese dominanti e in genere da capacità produttiva in eccesso.

Anche nel mondo della sanità è presente un sistema di oligopoli che operano a monte a valle delle aziende sanitarie e delle agenzie regionali o nazionali che si occupano di HTA o di politiche di acquisti. Parliamo di aziende che producono sia beni sia servizi, spesso multinazionali, da big Pharma a big Tech; che anche quando non controllano il mercato comunque lo influenzano in modo sostanziale.

Le loro strategie di produzione e di marketing sono aggressive e la mole di innovazioni che immettono sul mercato così rapide che i vari sistemi regolatori che dovrebbero ricondurre il tutto nella prospettiva del bene comune sono in costante difficoltà e spesso in ritardo.

### Monopolio e Surplus

Paul Baran e Paul Sweezy proposero una lettura critica del capitale monopolistico, pubblicando più di cinquant'anni fa *"Monopoly Capital"* (*Il capitale monopolistico*, Einaudi, 1968).

Gli autori vollero mostrare il grado d'irrazionalità che il sistema era arrivato ad esprimere sottolineandone il potenziale di crisi. Svilupparono la teoria secondo la quale la stagnazione sarebbe lo stato normale del capitalismo monopolistico nella sua fase di maggiore sviluppo.

Oggi, in effetti, i principali economisti liberali e globalisti sono costretti ad affrontare la questione della stagnazione e a discutere del ruolo crescente dei monopoli e degli oligopoli e di modelli alternativi, prospettando anche un ruolo di regolamentazione e di compensazione dello Stato in economia per svolgere una funzione anticiclica rispetto alle periodiche crisi del sistema capitalistico.

Le analisi degli economisti contemplano anche la possibile transizione da un contesto oligopolista da uno monopolista.

Ciò accade quando uno degli oligopolisti assume un ruolo predominante e diventa leader di mercato.

Un certo grado di concorrenza permane, non più basata sui prezzi ma sulla promozione delle vendite (con la pubblicità per indurre consumi), sulla capacità di assicurarsi quote della spesa pubblica (nel nostro caso quella destinata alla salute dei cittadini) e di trovare attenzione da parte del mondo finanza (sempre in sanità, la crescita della presenza dei fondi private equity).

Ai determinanti classici del sistema capitalistico sono profitto, interesse e rendita, quelli che per Karl Marx e gli economisti suoi epigoni costituivano il *"plusvalore"* si è aggiunto quello che viene chiamato *"surplus"*.

Se il plusvalore era inteso come il valore aggiunto di cui il capitalista si appropria sfruttando il lavoro altrui, il surplus indica invece l'eccedenza di produzione rispetto a quanto è necessario per mantenere il sistema produttivo. Il surplus può essere reinvestito per far crescere l'economia, oppure consumato o accumulato. Il surplus ha di fatto spostato l'interesse da e preso il posto del "plusvalore".

È in questo contesto che la "giant corporation" assume un ruolo dominante.

Con la sua capacità di ridurre i costi di produzione, la sua politica di prezzi monopolistici, la sua incidenza nella distribuzione del prodotto, con la quota del profitto che cresce a scapito di quella del lavoro e si generano quote di surplus crescente.

Questa è in particolare la legge di un sistema monopolistico dove l'assorbimento del surplus è nella logica delle cose. Anche nel mondo della sanità ci sono esempi del genere, con aziende che sono diventate leader assoluti in certi segmenti di produzione e perciò in grado di modulare selettivamente non solo l'offerta ma anche la domanda.

Oligopolio e monopolio incrementano entrambi il saggio di plusvalore. Per la sua realizzazione è vitale una domanda crescente d'investimento e consumo da parte dei soggetti più ricchi che sostituisca quella dei ceti medi e dei ceti lavoratori che invece è calante a causa del loro sostanziale impoverimento.

Qualcosa di analogo sta accadendo quando i consumi sono finanziati dalla spesa pubblica di stati sempre più frequentemente indebitati. È quello che negli anni recenti sta succedendo in molti Paesi OECD.

È di questi giorni la polemica politica su chi scaricare i costi della sindemia post pandemia da SARS-COV-2 definendo gli obiettivi delle Leggi di Stabilità in tutti i Paesi UE e in USA.

Questo nonostante che, come indicato da Baran e Sweezy, il funzionamento del sistema produce spreco: uno dei tre modi in cui, insieme al consumo ed all'investimento dei capitali, può esser utilizzato il surplus crescente. Il surplus insieme al profitto, che rimane lo scopo precipuo del modello capitalista, si manifesta, via via più intensamente, nella misura in cui modi nuovi di sua utilizzazione vengano ad alzarne il livello di assorbimento.

Surplus che con la globalizzazione ha determinato sviluppo sì, ma anche polarizzazione della ricchezza con pauperizzazione sia dei ceti medi sia dei ceti lavoratori, vedi i dati dell'Osservatorio Oxfam 2023-2024.

È la "società liquida" che aiuta l'accumulazione e crea fasce di nuova povertà.

Accade per assurdo anche che la chance dell'export di capitale è più che annullata dall'import di surplus, drenato dalle multinazionali dalle aree del sottosviluppo, nel contesto dei processi correnti di globalizzazione. Queste dinamiche possono spiegare sia la stagnazione che la prosperità.

### **L'esplosione della finanza e la sua autonomia dalle basi produttive**

Un importante sviluppo delle tesi di "Monopoly Capital", sono le tesi di Sweezy e poi di Magdoff che, oltre al grande indebitamento, indicano nel fenomeno dell'esplosione della finanza il fattore chiave che accresce la criticità sistemica. È l'insieme di produzione e finanza che diventa il centro di gravità del sistema e la crisi del 2008 è la testimonianza di come il sistema non riesca a d autoregolarsi.

### **Oligopoli e mondo sanitario**

Antonio Bonaldi, Presidente di Slow Medicine, nell'articolo "La domanda e l'offerta di salute cambiano. Ma non sempre riusciamo a stargli dietro", pubblicato su questa testata, sostiene che "La domanda e l'offerta di prestazioni viaggiano su due binari divergenti che portano verso scenari del tutto inconciliabili. Su un binario corrono l'innovazione e le nuove tecniche sempre più avanzate. Sull'altro vi sono però pazienti sempre più vecchi e malati che chiedono di essere curati pur sapendo di non poter guarire e che desiderano essere assistiti nel loro contesto abituale di vita"

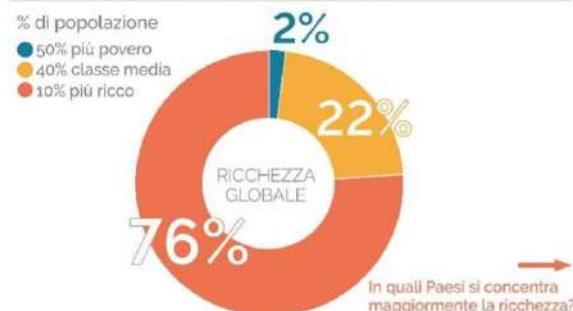
Nessun altro settore della pubblica amministrazione è soggetto a così numerosi e frequenti provvedimenti volti a modificarne la configurazione istituzionale quanto quello sanitario.

La maggior parte di essi si propongono di ridurre i costi di gestione e migliorare la qualità dei servizi, anche se, ad oggi, nessuno è ancora riuscito a dimostrare che tale scopo sia stato raggiunto con successo.

I cambiamenti proposti si sono concentrati sulla ridefinizione degli ambiti territoriali (aziende sanitarie sempre più estese), sulla riorganizzazione dei servizi sanitari e amministrativi (ospedali con o senza territorio, nuove aggregazioni distrettuali e dipartimentali) e soprattutto nella riassegnazione di incarichi professionali sanitari o amministrativi.

## Il 10% della popolazione possiede il 76% della ricchezza globale

Distribuzione della ricchezza globale procapite



Fonte:  
World Inequality Report 2022

ISPI

Sul piano organizzativo poco o nulla si è visto rispetto ai due punti a più alto impatto sulla salute: il riordino della rete ospedaliera e la riorganizzazione delle cure primarie con logiche rinnovate e più adeguate alla mutata condizione epidemiologica.

Sappiamo quanto i comportamenti delle persone sono influenzati da interessi economici e commerciali e pensiamo che ciò avvenga anche nelle attività che hanno a che vedere con la salute.

Non possiamo negare in Sanità che ci troviamo in una condizione di mercato sostenuto da campagne di marketing focalizzate ad aumentare i consumi e trovare sempre nuovi clienti.

Non possiamo scandalizzarci se per il mercato prevale la legge del profitto e le persone sono interessanti in quanto potenziali clienti.

A questa ineffabile legge soggiace gran parte della ricerca biomedica, dell'innovazione tecnologica così come la prescrizione di farmaci, le indagini diagnostiche e le altre procedure sanitarie.

Non vogliamo però disconoscere che parliamo di realtà produttive in grado di generare anche benefici reali per i pazienti e per tutta la comunità.

La relazione possibile, pragmatica e adeguata è quella di operare dentro una cornice regolatoria che guardi al pubblico interesse e sappia valutare il valore generato da ogni singolo prodotto o servizio in termini di beneficio per i singoli individui e per la comunità e di costo da sostenere.

Una condizione, non facile da trovare, ma non per questo da non ricercare con determinazione, per la quale sono richieste competenza, onestà, lungimiranza, trasparenza e non conflitto ma.... "convergenza" d'interessi.

### La "financed-based medicine"

Come ricorda John Ioannidis, epidemiologo e docente di medicina alla *Stanford University School of Medicine*, siamo ormai tutti esposti alla "financed-based medicine", dove l'interesse prevalente di alcuni attori non è quello di salvaguardare la salute, ma di ampliare la propria fetta di mercato.

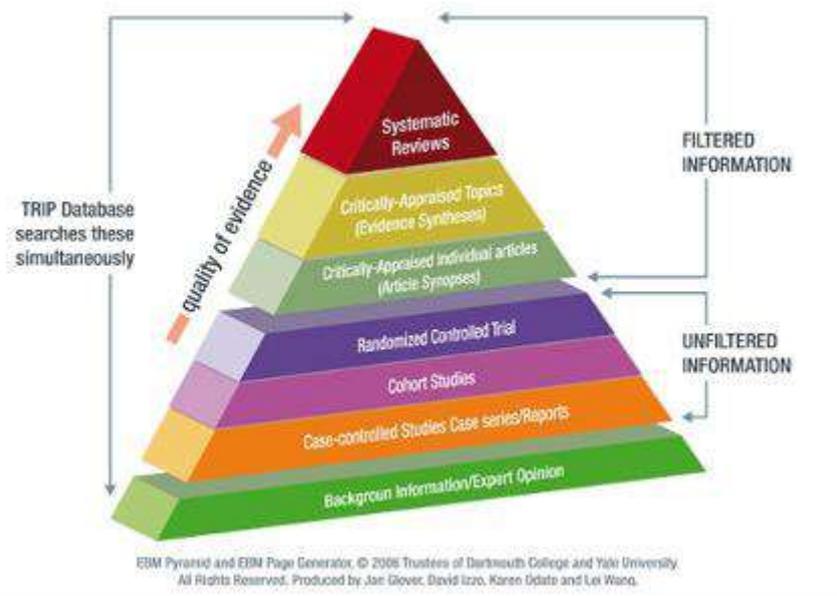
È noto come l'intero ambito della medicina è pervaso da prestazioni inutili e potenzialmente dannose che consumano ingenti quantità di risorse causando sprechi che riducono la possibilità di assicurare i servizi essenziali tutti i pazienti, con rischi per quelli delle classi sociali più disagiate.

Già anni fa il progetto "fare di più non vuol dire fare meglio", di *Slow Medicine*, sviluppato insieme a numerose società scientifiche, dimostrò che almeno 2.400 procedure cliniche correnti non avevano alcuna prova di evidenza di efficacia.

Il Ministero della Salute ne prese atto e promulgò il cosiddetto DM "Appropriatezza", la cui fine è nota: il ritiro dopo forti pressioni di lobby non solo degli oligopolisti di mercato, ma anche dei professionisti della sanità.

Oggi siamo già oltre: nuove conoscenze e nuove tecnologie rendono possibile ciò che in passato sembrava impensabile e ciascuno di noi vorrebbe e potrebbe essere trattato dal miglior specialista, nel modo più minuzioso possibile e nel luogo dotato delle tecnologie più innovative.

Tutti pazienti oggi sono potenziali protagonisti di una nuova medicina: di precisione e di comunità, nell'accezione di un approccio alla persona e ai suoi complessi bisogni sanitari, socio sanitari e sociali, come peraltro l'applicazione del DM 77 e della missione 6 del PNRR prevedono e dovremmo riuscire a realizzare.



### Per una sanità che cura e non fa solo profitti

Ancora oggi, nonostante le prove dello scarso valore generato, un gran numero di attività negli ospedali sono riconducibili a una medicina nella quale i saperi sono sempre più frammentati e iper specialistici e gli specialisti tendono a lavorare in modo isolato o in team ristretti.

Per loro natura gli specialisti non hanno una visione d'insieme, agiscono nel corso di episodi acuti della malattia e per brevi periodi di tempo. Hanno logiche che guardano più spesso alla prestazione che non al percorso di cura.

Non è una critica ma una considerazione sul loro ruolo che deve tenere a mente chi, chiamato ad avere una visione sistemica, è responsabile delle cure ai cittadini su più ampia scala. Questo perché i bisogni sono molto più ampi e complessi.

Crescono le solitudini, le fragilità che spesso diventano proxy di cronicità o poli-cronicità, crescono insicurezze e disagi sociali e le fasce di popolazione sull'orlo della povertà assoluta e non tutto si può medicalizzare anche se per gli oligopolisti della salute questa potrebbe essere una prospettiva molto lucrosa.

Le dinamiche sociali e i cambiamenti culturali non sono fattori indipendenti nell'efficacia di un sistema di cure ed assistenza.

Combattere solitudini, fragilità, insicurezze, povertà dispensando farmaci anti depressivi o altro non risolve i problemi delle persone coinvolte, anzi le aggrava, fa perdere lucidità e crea dipendenze ... ed ecco sullo sfondo un altro mercato oligopolistico, quello delle finte sicurezze, delle droghe e della dipendenza totale.

Ci sono però anche buone notizie come prove di policy efficaci contro la solitudine come quelle sviluppate in Gran Bretagna in alcuni siti pilota, ad esempio Frome, una cittadina di 45.000 abitanti nel Somerset, che mostrano che una via alternativa esiste.

### La sfida culturale e organizzativa

Oggi serve un grande investimento culturale sui professionisti e gli operatori della sanità e del sociale per renderli abili alle nuove metodiche, ai nuovi strumenti, ai nuovi flussi di dati e alle nuove evidenze cliniche. Questo sarà il *driver* dell'appropriatezza prescrittiva e clinica, anche se ci sarà chi si oppone ... gli oligopolisti

non sono sempre innovativi, anzi, spesso devono frenare l'innovazione per massimizzare il ritorno del loro investimento.

Accade per i farmaci e per i dispositivi medici, per le alte e le più semplici tecnologie e può ritardare cambiamenti delle procedure cliniche e organizzative interferendo negativamente sul potenziale di efficienza del sistema.

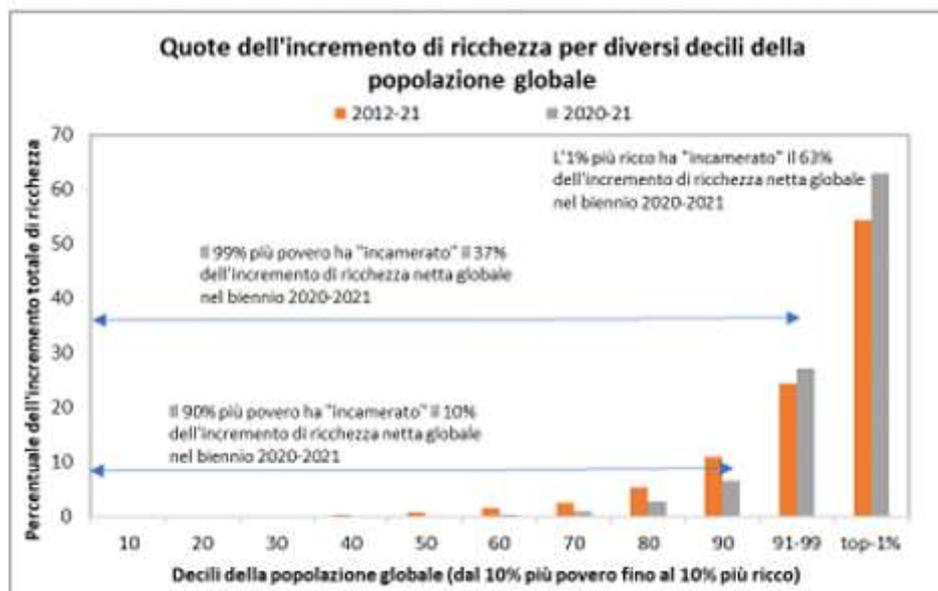


Figura 2. Quote dell'incremento di ricchezza netta per decile della popolazione mondiale nei periodi 2012-2021 e 2020-2021. Fonte: Rielaborazione Oxfam su dati di Credit Suisse<sup>16</sup>

### Dalla medicina "riduzionista" a quella "sistemica"

Come in natura la specializzazione si accompagna sempre all'integrazione, così alla medicina specialistica di tipo riduzionistico, centrata sul trattamento della malattia, occorre affiancare la medicina basata sull'approccio sistemico, sull'integrazione dei saperi e centrata sulla persona.

Se su una strada corre sempre più veloce la specializzazione e la suddivisione dei saperi e delle tecniche, su un'altra ci sono pazienti sempre più vecchi e malati che chiedono di essere curati, ma che sanno di non poter guarire, che desiderano essere assistiti nel loro abituale contesto di vita, senza dover abbandonare i loro affetti e la propria casa.

Persone che aspirano ad una vita e ad una morte dignitosa che vanno aiutate nella ricerca del benessere possibile facendo leva sulle loro residue capacità di adattamento.

Le due strade dovranno prima o poi incontrarsi.

Le cure dei pazienti che hanno cronicità multiple e devono convivere con le loro patologie per il resto della vita richiedono una pluralità di linguaggi, integrazioni delle conoscenze e una presa in cura complessiva per tempi indefiniti, da realizzare nel proprio contesto di vita familiare e di comunità.

Alcune idee e proposte su come organizzare le nuove reti territoriali le abbiamo raccolte nel recente ebook "Fragilità, cronicità e diseguaglianze di salute" edito da "Cultura e salute", che si può trovare sul sito [www.asiquas.net](http://www.asiquas.net) e su quello dell'editore, ma già nel 2013, come SIQUAS VRQ, affrontammo il tema dei "Requisiti di qualità nell'integrazione tra sanità e sociale", (Franco Angeli Editore) e poi nel 2021 con "La qualità nell'integrazione tra sanità e sociale", Editore COM SRL Roma (2012), referente scientifico il Prof Francesco Di Stanislao e un numeroso gruppo di colleghi.

Anche queste pubblicazioni possono essere scaricate dal sito [www.asiquas.net](http://www.asiquas.net).

### Oligopoli, progresso tecnico ... e crisi delle democrazie e del welfare

I monopoli e/o gli oligopoli sono oggi i player dei mercati, "finanziarizzati" e slegati dalle basi produttive delle singole economie nazionali.

La globalizzazione ha permesso lo sviluppo di Paesi del terzo e quarto mondo portandoli alla ribalta dell'economia mondiale ma allo stesso tempo ha causato una polarizzazione della ricchezza in tutti i Paesi coinvolti nelle filiere produttive globalizzate e integrate.

Nei Paesi occidentali sono entrati in crisi i modelli di sviluppo precedenti generando una pauperizzazione crescente dei così detti ceti medi e delle classi lavoratrici (operai dell'industria, dell'agricoltura e dei servizi) e sono entrati anche in crisi i meccanismi della democrazia partecipata, con livelli un tempo impensabili di astensionismo elettorale. Le società democratiche per come le abbiamo pensate, e per come aspireremmo che fossero, sono insidiate da movimenti populistici, sovranisti e nazionalisti.

In questo scenario globale noi siamo un Paese con sempre più vecchi che da una parte sostengono economicamente, con i risparmi accumulati negli anni, i giovani ancora *"incipienti"* ma dall'altra generano un onere previdenziale sulla cui sostenibilità molti dubitano.

Questa pleora di cittadini anziani richiede una capacità finanziaria consistente per sostenere servizi socio-sanitari e sociali adeguati alla domanda di oggi e a quella in divenire. Nel contempo abbiamo un restringimento della base imponibile nazionale per la denatalità e l'invecchiamento progressivo della popolazione.

### **E quindi...**

Avremmo bisogno oggi – secondo Asso Lombarda – di almeno 2.000.000 di lavoratori qualificati per colmare i vuoti che abbiamo nelle aziende che producono beni e servizi e non abbiamo politiche di immigrazione finalizzate a tali obiettivi, nonché politiche di inclusioni adeguate, salvo eccezioni di Enti Locali sparsi per la penisola.

Con la crisi dell'economia tedesca, e forse di quella francese, con cui condividiamo molte filiere produttive, rischiamo processi recessivi a breve e medio termine.

La crescita del contributo al PIL della nostra industria è ferma da 21 mesi. Innovazione e ricerca sono possibili se le imprese hanno orizzonti di mercato a 4/5 anni ... altrimenti lavorano sull'acquisito e interveniamo sulla produttività solo comprimendo il costo del lavoro, cioè i salari.

Se questo è lo scenario il welfare in Italia rischia di subire un ulteriore ridimensionamento in tutte le sue componenti: previdenza, servizi sociali, sanità. La sanità non è più in grado di continuare a offrire servizi e reti obsolete e costose. Adottare modelli innovativi da scelta diventa obbligo.

La carta costituzionale prevede che la salute collettiva e dei singoli sia assicurata, il Servizio sanitario nazionale è lo strumento fondamentale ma non il solo. Una visione politica che vuol interpretare la complessità contemporanea deve sapersi muovere nel contesto multistakeholder che la caratterizza per trarne vantaggi per i cittadini e non perdita di garanzie.

Conosciamo tutte le influenze e le spinte che si riversano sulla amministrazione della salute dei cittadini.

A parte quelle illecite, che esistono e dobbiamo reprimere, ci sono quelle esercitate da soggetti che, pur muovendosi per fare (legittimo) profitto, possono essere partner e non fornitori concorrenti.

La via maestra di quest'alleanza è che lo Stato e, nel nostro ordinamento, le singole Regioni conoscano ed affermino il bene comune e riconducano tutte le risorse reperibili nel contesto socio economico finanziario alla generazione di valore che si traduca nell'incremento del bene comune.

Questo approccio, per altro, è quello di *"salute in tutte le politiche"*, ovvero, *"one health"* ...

[https://www.quotidianosanita.it/studi-e-analisi/articolo.php?articolo\\_id=126753](https://www.quotidianosanita.it/studi-e-analisi/articolo.php?articolo_id=126753)

## “One Health”, salute e clima: cosa è cambiato e cosa cambierà

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

**Laura Franceschetti**, Professoressa presso DiSSE, Dipartimento di Scienze Sociali ed Economiche della Università “Sapienza” di Roma

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

*Per un efficace politica “One Health” occorrerà qualcosa di nuovo e di più: creare un vasto ecosistema della salute che per essere indipendente da condizionamenti di ogni tipo, primo fra tutti la minaccia oligopolista in corso, deve avere dimensioni e disponibilità finanziarie significative, cioè sovranazionali, con piani d’investimento e d’intervento focalizzati sugli interessi ed il bene dei cittadini, un condiviso sistema regolatorio, adeguato e snello*

**03 FEB -**

### **Cambia lo scenario geopolitico internazionale**

La nomina del nuovo Presidente Donald Trump in USA ha determinato un cambiamento profondo delle politiche americane su temi sensibili come salute, clima, immigrazione che impattano tutte sul tema “One Health”.

La Conferenza delle Nazioni Unite sui cambiamenti climatici del 2024 (UNFCCC COP 29) si è tenuta nel novembre 2024 a Baku, in Azerbaigian, ha avuto uno svolgimento complesso e ha registrato grandi differenze di intenti tra i Paesi partecipanti tanto che si è stato ad un passo di un clamoroso fallimento. I Paesi emergenti chiedevano aiuti per adottare tecnologie green, mentre i Paesi più sviluppati frenavano e alla fine per evitare il fallimento completo si è arrivati ad un mini accordo finanziario a supporto dei Paesi con siccità e con alti livelli di inquinamento. L’andamento ed i risultati della conferenza sono stati senza dubbio condizionati dall’attesa dell’esito delle elezioni americane di novembre 2024. Elezioni che hanno poi registrato la designazione di Donald Trump a Presidente USA con il pieno controllo della Camera dei Rappresentanti e del Senato, nonché della Corte Suprema e poi i primi atti ostili verso gli interventi e le misure adottate dalla precedente amministrazione per il contrasto del cambiamento climatico

### **Clima e ambiente: lo scenario in divenire**

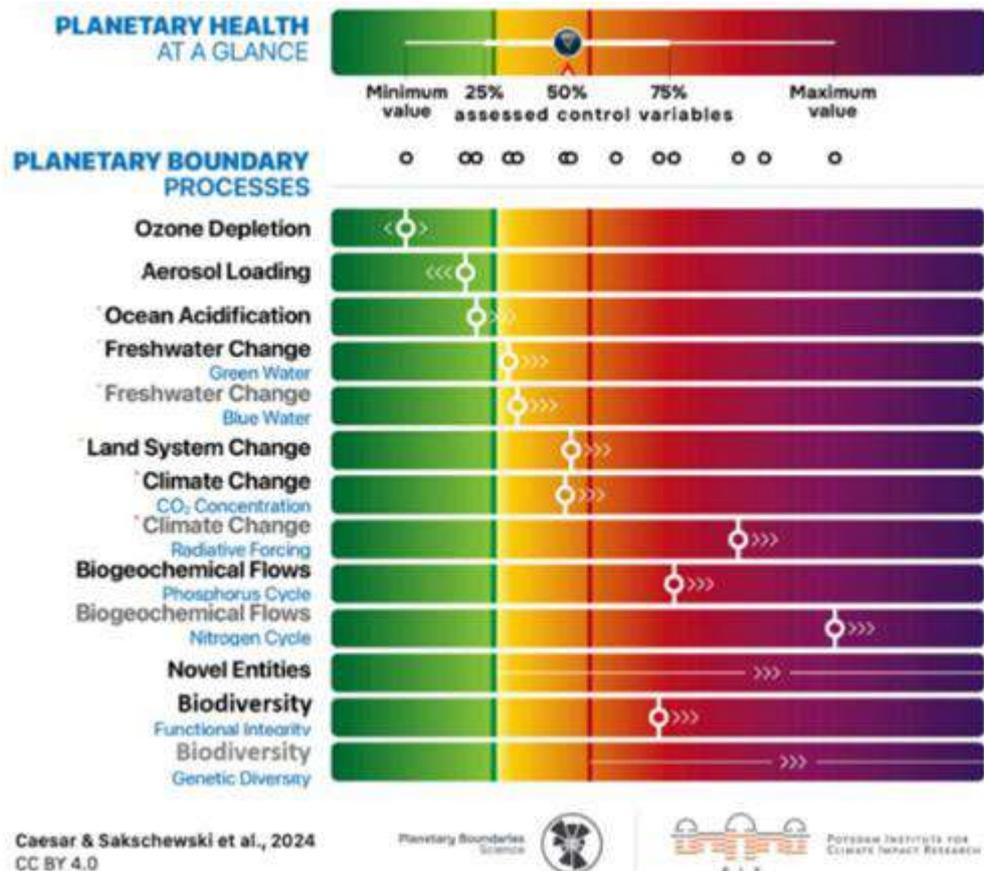
Lo Stato di salute della natura e del clima è ormai allarmante e l’azione delle principali imprese globali, nonostante un positivo slancio, rimane al di sotto di quanto sarebbe necessaria per ripristinare lo stato di salute degli ecosistemi planetari.

È quanto emerge dal [Briefing “State of Nature and Climate 2025”](#), redatto da *World Economic Forum* (WEF), *Potsdam Institute of Climate Impact Research* (PIK) e *Carbon Disclose Project* (CDP) e presentato il 21 gennaio 2025 nel corso di un [evento](#) dal titolo “*Nature e Clima: un bilancio globale*”, organizzato dal *Centre for Nature and Climate* del WEF, una piattaforma multi-stakeholder che si concentra sulla protezione del nostro ambiente e sulla promozione di pratiche sostenibili, a cui sono affiliate oltre 400 organizzazioni pubbliche e private, più di 150 fondazioni filantropiche e 5 Governi, la cui mission è realizzare la decarbonizzazione dell’industria in linea con il percorso di Parigi per il riscaldamento globale a 1,5 °C; la transizione dei sistemi nell’uso degli oceani e del suolo e la gestione delle risorse in termini di cibo, acqua e materiali.

Nel corso dell’evento, a cui hanno partecipato quali relatori il Direttore del PIK, Johan Rockström, la CEO del *Centre for Nature and Climate*, Gim Huay Neo e la CEO del CDP, Sherry Madera, si è sottolineato come la Terra stia perdendo resilienza. Già sei dei nove punti di svolta planetari sono già al di fuori dei limiti di sicurezza, lasciandoci sull’orlo di un declino irreversibile e che c’è necessità di un’azione più incisiva del settore privato nell’affrontare l’emergenza climatica e della natura.

Il briefing fornisce solide prove scientifiche che l'umanità sta mettendo la stabilità dell'intero Sistema Terra a rischio, mettendo a repentaglio lo sviluppo economico globale. I limiti del sistema planetario ([Planetary Boundaries](#)) si trovano nella "zona di rischio crescente".

Sei dei nove confini sono già stati superati (Nuove sostanze chimiche artificiali; Cambiamento climatico; Sfruttamento delle acque dolci; Cicli biogeochimici di azoto e fosforo; Cambiamenti nell'uso dei suoli; Perdita di biodiversità), mentre degli altri tre, uno si sta velocemente avviando verso il limite (Acidificazione degli oceani). Solo un confine è stabile (Riduzione dell'ozono) ed un altro, il solo, la Quantità di aerosol atmosferico sta migliorando.



Nel 2024, il mondo ha sperimentato un deterioramento e rischi a cascata per la salute globale del pianeta:

- *Il riscaldamento globale annuale ha raggiunto il record di 1,54 °C sopra la media del periodo preindustriale.* Gli eventi meteorologici estremi sono diventati più diffusi ad ogni aumento incrementale della temperatura globale.
- *Il carbonio immagazzinato in natura è vulnerabile ad un clima che cambia.* È evidente la capacità della natura terrestre di sequestrare il carbonio risente dei cambiamenti delle condizioni climatiche, in particolare di fronte all'intensificarsi della siccità e dell'attività degli ormai molteplici incendi. Storicamente la natura sulla terraferma ha assorbito circa un quarto delle emissioni di origine antropica, tamponando così il riscaldamento generato dalla combustione di combustibili fossili. Se questa funzione si indebolisse ulteriormente più CO<sub>2</sub> finirebbe nell'atmosfera, determinando un aumento del cambiamento climatico.
- *L'assorbimento di calore dell'oceano è ai massimi storici.* L'assorbimento ha raggiunto il suo massimo, come l'innalzamento del livello del mare, le ondate di calore oceaniche e lo sbiancamento dei coralli. La circolazione di ribaltamento meridionale dell'Atlantico, che regola il clima e il ciclo del carbonio negli oceani, sta mostrando segnali di rallentamento, con rischio di collasso in questo secolo e conseguenze globali catastrofiche.

### I comportamenti delle imprese in questo contesto

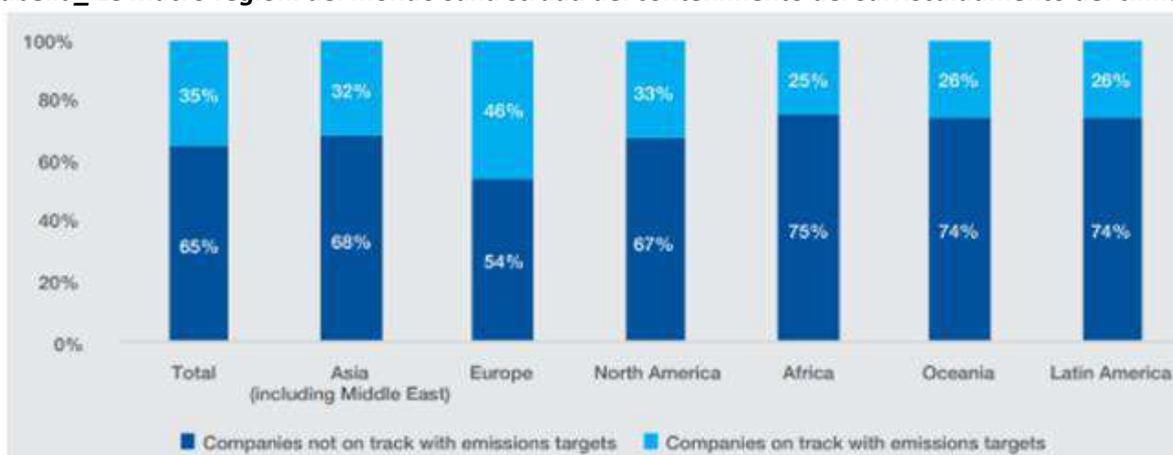
Solo il 10% delle aziende dimostra di aver intrapreso azioni tangibili per affrontare l'emergenza climatica e della natura. Le aziende che vengono analizzate dal *CDP-Corporate Health Check* rappresentano il 67% del mercato dei capitali e sono valutate in base a 4 livelli. Solo l'1% sta ottenendo risultati che le pone al livello (Livello 4).

Per le aziende che hanno fatto i maggiori progressi, sono state individuate 4 leve chiave:

1. Avere un piano di transizione climatica allineato a 1,5 °C
2. Dare un prezzo al carbonio
3. Collegare le retribuzioni dei dirigenti agli obiettivi ambientali
4. Coinvolgimento lungo tutta la catena del valore.

A livello globale, solo il 35% delle aziende è sulla buona strada per raggiungere i propri obiettivi. A livello regionale, l'Europa è in testa con il 46% delle aziende attive su percorso per raggiungere i propri obiettivi. Segue il Nord America 33%, poi Asia (32%), America Latina, Oceania (27%) e Africa (25%).

**Tabella\_ Le macro regioni del mondo sulla strada del contenimento del surriscaldamento del clima.**



**Fonte:** "State of Nature and Climate 2025", redatto da *World Economic Forum (WEF)*, *Potsdam Institute of Climate Impact Research (PIK)* e *Carbon Disclose Project (CDP)*

Il consumo di acqua è una questione importante per il 75% delle aziende valutate di tutti i settori, ma solo per il 48% divulga i dati. Allo stesso modo, mentre le foreste sono un argomento fondamentale per il 28% delle aziende, solo il 13% fornisce informazioni e pratiche in merito. Delle aziende che forniscono informazioni sulla natura, il 22% ha riferito di progressi rispetto ai propri obiettivi idrici e il 15% su quelli forestali.

Per quanto riguarda governance e incentivi, il 90% delle aziende dispone di un supervisore a livello di consiglio di amministrazione sulle questioni climatiche, con il 59% delle aziende che ha schemi di incentivazione monetaria per il management qualora vengano raggiunti gli obiettivi legati al clima. Inoltre, oltre un quarto (27%) delle aziende ha fissato un prezzo interno del carbonio, con una media prezzo di 70 dollari a tonnellata.

### Quali policy attuare?

La convergenza tra scienza e azione economica, come sottolineato nel briefing sullo stato della natura e del clima mette in evidenza che mentre i rischi aumentano su scala planetaria, il progresso delle aziende per mitigare questi rischi è ben al di sotto della velocità di progressione che il mondo scientifico segnala. Leader aziendali che divulgano dati trasparenti e responsabili ci dimostrano che i mercati dei capitali possono prosperare bilanciando contemporaneamente le esigenze delle persone, del pianeta e del profitto aziendale. Sarebbe necessario che più aziende ne seguissero l'esempio, per integrare l'azione per il clima con gli sforzi per proteggere la biodiversità, l'acqua, l'utilizzo dei suoli, la qualità dell'aria e gli altri confini planetari (*Planetary Boundaries*).

## La performance finanziarie possono coesistere con le azioni per la sostenibilità?

Le aziende all'avanguardia nel campo del clima e della natura costituiscono quasi il 20% della capitalizzazione di mercato totale e testimoniano un aumento del 10% all'annuo dal 2022, rispetto alle aziende non in linea con i propri obiettivi in materia di emissioni.

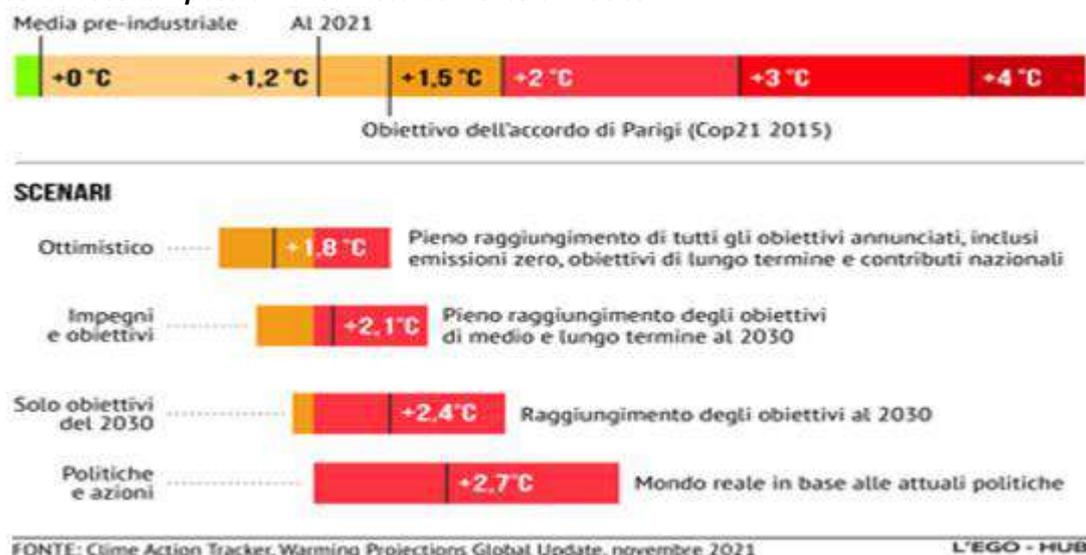
A conclusione del [Briefing "State of Nature and Climate 2025"](#), redatto da *World Economic Forum* (WEF), *Potsdam Institute of Climate Impact Research* (PIK) e *Carbon Disclosure Project* (CDP) c'è l'appello alle aziende di tutta l'economia globale ad accelerare e integrare gli sforzi per impostare e coscientemente perseguire obiettivi climatici e naturali lungo tutta la catena del valore. I governi e la società dovrebbero aumentare sostegno e premi per le imprese che contribuiscono a salvaguardare il nostro futuro collettivo.

*"Adottare un comportamento positivo nei confronti dell'ambiente non è più un optional, ma un obbligo aziendale"*, ha dichiarato Sherry Madera, la CEO di CDP, aggiungendo che le aziende potrebbero identificare meglio i rischi e le opportunità finanziarie se venisse quantificato l'impatto delle crisi climatiche e naturali su di esse, e viceversa.

Gli eventi meteorologici estremi, provocati dal cambiamento climatico, rappresentano un rischio per i beni immobili aziendali, mentre la perdita di integrità della natura potrebbe compromettere i servizi naturali forniti da ecosistemi sani, come la depurazione delle acque e l'impollinazione.

Dobbiamo però tener a mente che le aziende non possono gestire ciò che non possono misurare. Si ripropone quindi il tema della collaborazione scientifica e della divulgazione di studi e ricerche tra i Paesi e gli operatori interessati. Come sostiene da tempo Papa Francesco *"Siamo tutti sulla stessa barca, o ci salviamo insieme o non si salva nessuno"*.

### Tabella – Scenari possibili di surriscaldamento climatico



Le temperature globali rischiano seriamente di aumentare più di 2 gradi rispetto ai livelli dell'era preindustriale nel 2100. Fondamentale sarà il ruolo dei Centri di Ricerca, delle Agenzie nazionali e dei network scientifici e quanto verranno ascoltati dai governati, ma l'aria che tira non è delle migliori e si preannunciano anche nella UE passi indietro per le difficoltà economiche e sociali che la transizione comporterebbe. Se si stanno creando muri che aumentano i rischi per la salute pubblica planetaria.

### Le scelte dei governi

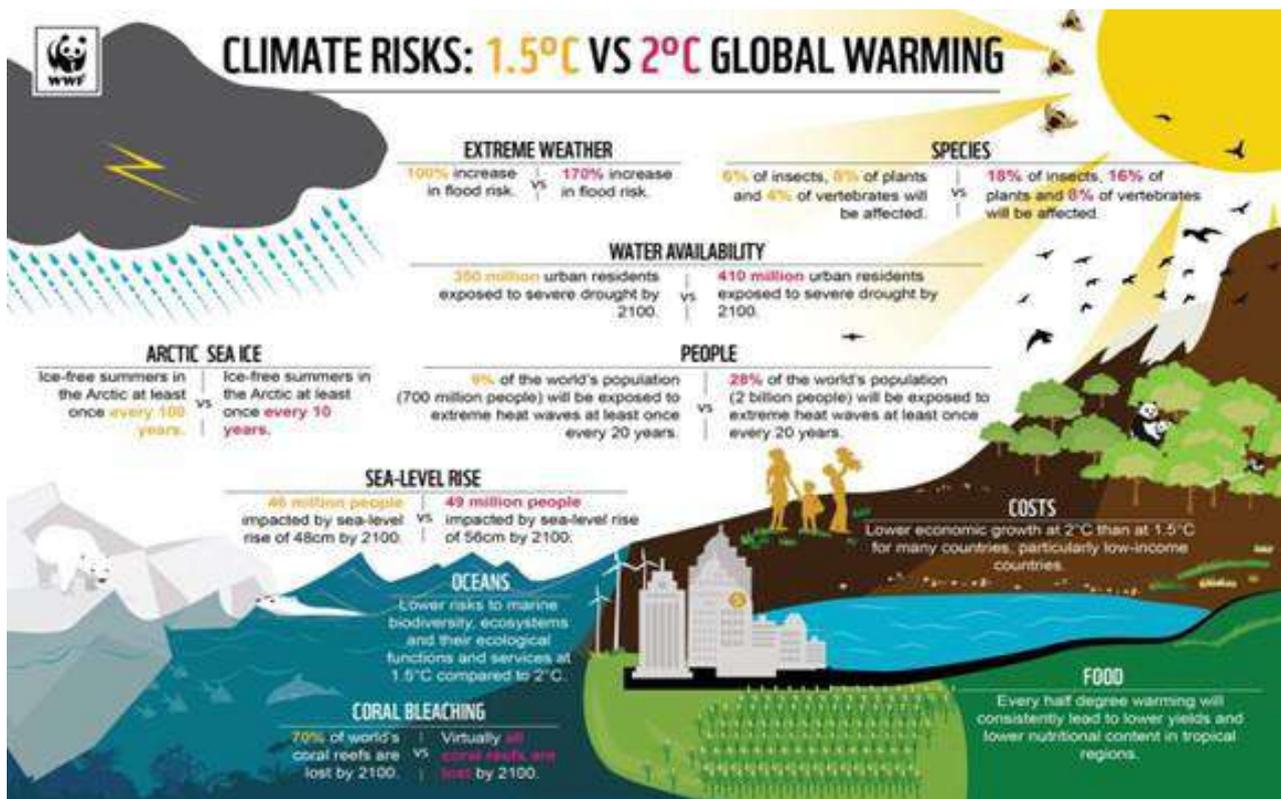
Preoccupano in particolare le scelte che l'amministrazione Trump ha iniziato a mettere in atto e quelle che ha dichiarato che farà: l'uscita degli USA dal WHO e da tutti gli accordi climatici in nome di un inverosimile negazionismo della crisi climatica e, di conseguenza, la liberalizzazione di tutte le attività di ricerca e trivellazione di gas e petrolio per le corporation americane del settore in tutto il mondo con qualsiasi tecnica

estrattiva e infine le ancora non ben definite politiche di sanità pubblica dove si prospettano approcci inquietanti.

Le scelte americane avranno effetti economici e politici, come è ovvio, sul resto del mondo. La presidente Von der Leyen sta per presentare il *Competitiveness Compass*, un atto che dovrebbe mettere l'Europa nella condizione di affrontare la "dura competizione globale". La Commissione Ue sta per assecondare così le spinte delle imprese europee per smantellare le poche e faticose conquiste della scorsa legislatura sulla responsabilità socio-ambientale delle imprese. Il rischio di un arretramento del *Green Deal* europeo è quasi una certezza.

### "One Health" e clima

e questo è lo scenario è evidente che siamo arrivati ad un punto critico e forse già di non ritorno.



Si rafforza quindi la convinzione d'intraprendere politiche di salute che guardino all'approccio One Health. Non si può sottovalutare però la persistenza di scetticismi, anche tra addetti ai lavori. Chi dice che è una "moda", chi che ci si deve concentrare sulle emergenze di tutti i giorni: le liste d'attesa, i Pronto soccorsi in sofferenza e il personale sanitario che scarseggia e non fare "fughe in avanti", sottovalutando il fatto che le soluzioni forse si trovano proprio guardando avanti.

Il Ministero della Salute italiano ha ormai adottato l'approccio "One Health", che riconosce l'interconnessione tra la salute umana, animale e dell'ecosistema, per sviluppare politiche sanitarie integrate e sostenibili. Questo approccio è evidente in diverse iniziative e piani strategici.

Il Piano Nazionale della Prevenzione 2020-2025 (PNP) rafforza una visione che considera "la salute come risultato di uno sviluppo armonico e sostenibile dell'essere umano, della natura e dell'ambiente. Promuove l'applicazione di un approccio multidisciplinare, intersettoriale e coordinato per affrontare i rischi potenziali o esistenti che emergono dall'interfaccia tra ambiente, animali ed ecosistemi".

Il grado d'implementazione di questi principi resta però sconosciuto, sappiamo che in questo momento in Italia non stiamo investendo in prevenzione quanto sarebbe logico fare.

Meglio stiamo facendo, dopo anni di incertezze, nel campo dell'antibiotico- resistenza di cui è stato finalmente percepito il reale pericolo. Con il Piano Nazionale per il Contrasto dell'Antimicrobico-Resistenza 2022-2025 (PNCAR), adottando il metodo "One Health", il Ministero ha sviluppato il PNCAR per affrontare

l'antimicrobico-resistenza. Questo piano coinvolge tutti gli attori possibili, sia istituzionali che non, per contrastare efficacemente questo fenomeno.

È attualmente in corso una riorganizzazione del Ministero per adottare un approccio "One Health" all'interno del Servizio Sanitario Nazionale. Questa riorganizzazione mira a creare un modello di assistenza territoriale di prossimità, rispondendo ai bisogni di salute in maniera più capillare e vicina ai cittadini. Include il potenziamento dell'assistenza domiciliare, la realizzazione di nuove strutture sanitarie sul territorio e la definizione di un nuovo assetto istituzionale per la prevenzione in ambito sanitario, ambientale e climatico.

### **Il contesto italiano è complesso e richiederebbe un forte coordinamento Stato-Regioni-PPAA.**

In molte occasioni alla regionalizzazione del sistema sanitario vengono imputati la frammentazione, i problemi di massa critica e di economie di scala, la difficoltà nello sviluppare le competenze e gli strumenti che servono per stare al passo con l'innovazione. Tutto ciò non favorisce certo l'implementazione di una politica "One Health". Forse per questo, certamente non solo per questo, Governo e Ministero stanno di fatto adottando una linea neo accentratrice. Si veda, ad esempio, il Decreto sulle liste d'attesa e la proposta, allo studio, di una rete di grandi ospedali indipendenti dalle Regioni.

Va però considerato che un sistema sanitario decentrato permette alle Regioni di adattare le politiche sanitarie alle peculiarità locali, promuovendo innovazione e sperimentazione sul campo. D'altro canto il rischio, e purtroppo gli esempi non mancano, sta nell'instaurarsi di condizioni di disparità nell'accesso e nella qualità dei servizi tra le diverse Regioni.

La via per riuscire ad attuare una politica sanitaria centrata su "One Health" è forse saper bilanciare centralizzazione e decentralizzazione per rispondere adeguatamente alle sfide sanitarie, tenendo conto delle specificità locali e della necessità di una governance efficace.

### **Una dimensione sovranazionale per una politica "One Health"**

Per un efficace politica "One Health" occorrerà anche qualcosa di nuovo e di più: creare un vasto ecosistema della salute che per essere indipendente da condizionamenti di ogni tipo, primo fra tutti la minaccia oligopolista in corso, deve avere dimensioni e disponibilità finanziarie significative, cioè sovranazionali, con piani d'investimento e d'intervento focalizzati sugli interessi ed il bene dei cittadini, un condiviso sistema regolatorio, adeguato a tale finalità ma opportunamente snello, per non sortire l'effetto contrario.

Crediamo che sbagli chi considera la dimensione continentale europea troppo vasta per condividere gli stessi bisogni, le stesse esigenze e le stesse aspettative dei cittadini. Le differenze sono marginali e si risolvono con una politica di gestione della sanità e del welfare nuova e coraggiosa da costruire progettando i processi che generano salute e la loro implementazione con la partecipazione di una miriade di comunità civiche, "*think globally, act locally*".

Accanto all'azione dei policy maker servirà anche una "*rivoluzione cognitiva*" di massa. Se questa sarà la futura discontinuità nelle società democratiche non prevarrà il rischio di oligopoli predatori che si fanno Stato. Come sempre nella storia quanto più e quanti più cittadini avranno i mezzi culturali adatti tanto più saremo al sicuro dal pericolo di nuovi despoti che ci spingeranno a barattare sistemi che si fondano sull'universalismo con approcci basati sugli individui. Se ciò dovesse accadere alcuni, tra i cittadini, saranno più forti e si faranno valere ma altri non avranno le stesse possibilità e... alla fine perderanno tutti.

[https://www.quotidianosanita.it/studi-e-analisi/articolo.php?articolo\\_id=127408](https://www.quotidianosanita.it/studi-e-analisi/articolo.php?articolo_id=127408)

## **Una rete italiana su Audit&Feedback per promuovere un'assistenza di qualità**

**di Antonio Giulio de Belvis** *Università Cattolica del Sacro Cuore, Policlinico A. Gemelli – Irccs, Presidente Asiquas*, **Nera Agabiti e Marina Davoli** *Dipartimento di Epidemiologia del Ssr del Lazio-Asl Roma 1 (Dep)*, **Nicola Pinelli** *Fiaso*, **Velia Bruno e Paola Santalucia**, *Centro nazionale della Clinical Governance, Iss*

Il divario tra la disponibilità di nuove cure e la loro concreta applicazione nella pratica assistenziale determina significativi impatti sull'organizzazione dell'assistenza, l'erogazione dei servizi e la qualità complessiva dei sistemi sanitari. Questo aspetto si somma, in Paesi come l'Italia, alla già forte variabilità nell'accesso a cure di qualità e negli esiti di salute tra le Regioni e nello stesso territorio regionale.

Con queste premesse si è svolto nelle scorse settimane il Simposio internazionale su Audit&Feedback (A&F) "Putting A&F into real world practice"; in due giornate oltre cento esperti dall'Italia e dal mondo hanno presentato esperienze di successo, condiviso le migliori pratiche e proporre soluzioni per superare gli ostacoli legati al divario tra ricerca e pratica clinica, a partire dall'Italia.

Il meeting, promosso da A&F MetaLab dell'Università di Ottawa, Università Cattolica del Sacro Cuore e Dipartimento di Epidemiologia del Servizio Sanitario Regionale del Lazio-Asl Roma 1 (Dep), in collaborazione con Asiquas e Fiaso, si è svolto in un momento in cui il nostro Sistema sanitario fatica a garantire livelli adeguati di qualità dell'assistenza.

La ricerca clinica produce continuamente nuove evidenze che possono contribuire a garantire un'assistenza sempre migliore per il paziente. Questa ricerca non porta a un cambiamento nei risultati di salute a meno che i servizi e gli operatori sanitari non la traducano sistematicamente nella pratica clinica quotidiana con modalità assistenziali economicamente e organizzativamente sostenibili.

L' A&F combina l'audit – verifica e valutazione sistematica dell'aderenza dei processi assistenziali alle linee guida, cioè le raccomandazioni che recepiscono i migliori risultati della ricerca clinica - con il feedback documentale al personale sanitario e al management aziendale.

L' A&F rappresenta, quindi, uno strumento che, oltre a favorire il dialogo tra professionisti sanitari e manager, promuove una strategia di "rinforzo" organizzativo per correggere i comportamenti inadeguati ed incoraggiare il miglioramento continuo della qualità nelle organizzazioni sanitarie. È, pertanto, strumento cardine della Clinical Governance.

La disseminazione delle migliori pratiche serve ad allineare i comportamenti e assicurare standard di cura più elevati, supportando lo sviluppo personale e professionale dei team assistenziali, ma non sempre è sufficiente a garantirne l'attuazione.

È quanto confermano i dati su sette regioni italiane (Piemonte, Lombardia, Friuli Venezia Giulia, Lazio, Toscana, Calabria, Sicilia) dove A&F è stato praticato sui principali problemi di salute, all'interno del progetto nazionale Easy-Net, finanziato dal ministero della Salute e dalle Regioni.

Parallelamente, il Progetto Easy-Net ha dimostrato come il nostro Paese sia maturo a recepire l'A&F come strumento efficace e applicabile per il miglioramento continuo della qualità e come la risposta al divario tra evidenze scientifiche e pratica clinica sia nell'implementazione dei Pdta e delle reti assistenziali, che declinano a loro volta le linee guida nell'organizzazione dell'assistenza. Con strumenti e metodi rigorosi come l'A&F l'implementazione, vera e propria scienza, può promuovere l'adozione dei risultati della ricerca nella pratica clinica, contenendo inapproprietezze e sprechi, migliorando la qualità e riducendo le disuguaglianze nell'assistenza.

Abbiamo bisogno che l'A&F sia diffuso attraverso una rete di buone pratiche e che diventi metodo sistematico di miglioramento della qualità nelle organizzazioni e tra i team assistenziali, questo il nostro impegno per il futuro. I manager e i professionisti presenti a Roma lo hanno posto come imperativo e si sono dichiarati pronti a implementarne i metodi nei propri contesti assistenziali.

<https://www.sanita24.ilsole24ore.com/art/lavoro-e-professione/2025-01-10/una-rete-italiana-auditfeedback-promuovere-un-assistenza-qualita-102559.php?uid=AGAYYqDC&cmpid=nlqf>

## Piano piano poco alla volta: storia della mancata riforma del SSN italiano

Maurizio Dal Maso – *Membro dell'Osservatorio Nazionale Welfare & Salute, Roma*

Casualmente ho avuto modo di leggere in sequenza due articoli che mi hanno fatto capire quanto sia ormai impossibile bloccare il lento quanto non governato (ingovernabile?) decadimento del nostro SSN/SSR per l'oggettiva impossibilità di riformarlo in tempi certi e a costi sostenibili per tutto il nostro Paese. Il primo articolo, scritto da un collega medico, era intitolato "Subito la riforma del Sistema sanitario" ([https://www.sanita33.it/politica\\_sanitaria/4614/subito-la-riforma-del-sistema-sanitario.html](https://www.sanita33.it/politica_sanitaria/4614/subito-la-riforma-del-sistema-sanitario.html)); mentre il secondo, l'editoriale del numero 48 di Lancet Regional Health, era intitolato "The Italian health data system is broken" ([https://www.thelancet.com/journals/lanrpe/article/PIIS2666-7762\(24\)00375-2/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lanrpe/article/PIIS2666-7762(24)00375-2/fulltext)). Il primo concludeva con una considerazione che spiegava con chiarezza il nodo politico della mancata ma, a parole, auspicata riforma del SSN: "...c'è un però: i risultati non si vedrebbero a breve, non cambierebbero le sorti elettorali nei prossimi mesi, ma sicuramente salverebbero vite umane oggi destinate ad un ingiusto destino e garantirebbero una qualità della vita che i nostri anziani meritano!".

Nel secondo, invece, venivano elencate le diverse concause della mancata riforma ovvero l'insieme di aspetti tecnici, professionali, istituzionali ed organizzativi non governati da decenni che hanno portato a definire non il nostro SSN "rotto", come non precisamente riportato da diversi media, ma la sua architettura ovvero il sistema informatico/informativo cosa che, nel 2025, è come ammettere che il nostro Paese ha perso anche l'ultimo treno perché i dati, e la loro gestione, sono "il petrolio" del nostro secolo, soprattutto nel mondo sanitario, mentre oggi siamo nella condizione riportata nell'editoriale in cui: "... solo il 42% dei clinici ha dichiarato di avere un sistema di acquisizione elettronica dei dati attivo in tutti i reparti".

**Tralascio ogni altra considerazione e invito tutti alla lettura di entrambi questi brevi articoli per farsi un'idea personale di quanto, ormai, la questione di un nuovo e "aggiornato" SSN sia stabilmente fuori controllo e, temo, anche fuori agenda.**

Da anni, tutti i giorni, stakeholders diversi propongono soluzioni quasi taumaturgiche che hanno tutte il problema di essere inattuabili perché troppo settoriali ovvero di una specifica area o professione o lobby, mentre servirebbe una risposta corale, integrata multispecialistica e multidisciplinare con una visione politica globale di sistema per realizzare una riforma vera e profonda che porti alla riscrittura delle regole e dei modelli di funzionamento e finanziamento del SSN. Le medicine oggi permette di realizzare attività o prestazioni che nel 1978 non erano nemmeno ipotizzabili (robotica, intelligenza artificiale, genomica, chirurgia mininvasiva, ...) e quindi pensare di usarle al meglio, in termini di efficacia ed efficienza assistenziale, nell'interesse di tutti a costi sostenibili utilizzando modelli organizzativi e norme contrattuali o procedurali che, anche se riviste e integrate negli anni, derivano dalla Legge 833/78 è certamente una cosa assurda e nei fatti improponibile.

**Questa è l'essenza del problema.**

La risposta vera sarebbe realizzare quello che già nel 2012 Eric Topol chiamava la "distruzione creativa della medicina" ovvero come la rivoluzione digitale potrebbe creare una migliore assistenza sanitaria smantellando pratiche sanitarie obsolete e migliorando la cura dei pazienti, ovvero come l'uso dell'intelligenza artificiale potrebbe rendere nuovamente umana la sanità nel ripristinare l'elemento umano nell'assistenza sanitaria migliorando l'efficienza e la precisione clinica. Queste innovazioni sono definite "disruptive" e l'espressione "disruptive innovation" apparve per la prima volta nel 1995 sull'Harvard Business Review. La traduzione del termine "disruptive" è "dirompente, devastante, distruttivo" e fa riferimento a tutte quelle innovazioni capaci di rivoluzionare un modello di attività preesistenti ridefinendo i confini, le azioni e i tempi, variando fortemente il modo con cui gli utenti sono abituati a utilizzare i prodotti e/o i servizi. Quindi significherebbe rivoluzionare il funzionamento di un mercato o settore (SSN) comportando "potenziali" rischi (opportunità?) alle aziende consolidate preesistenti (SSR) ma portando grandi benefici, attesi da tanti anni, agli utilizzatori finali ovvero i cittadini/utenti/pazienti.

**Tutto ciò spiega il “nodo politico” della mancata riforma del SSN, come correttamente descritto dal collega Paolo Russo.**

Il “nodo tecnico” deriverebbe, invece, dalla impossibilità di avere un mandato politico unico e forte (Sponsor) per realizzare questo progetto di cambiamento (Project management) con un regista (Project manager) adeguato e riconosciuto. Infatti, l'attuale assetto legislativo da ampia autonomia alla Regioni nella gestione dei SSR e quindi, di fatto, rende impossibile ogni tentativo di riforma delle regole dell'intero SSN. Ma se si volesse provare a realizzare questo progetto si potrebbero definire i criteri comuni su cui ogni Regione dovrebbe, nel pieno della sua autonomia, operare e cambiare? Temo che anche in questo caso non si riuscirebbe nell'intento anche riproponendo, in una nuova e più attuale declinazione, gli stessi punti cardine della Legge 833/78 ovvero l'equità, l'universalità, l'uguaglianza, la partecipazione e la solidarietà. La realtà sanitaria e sociosanitaria esistente, quella che vivono tutti i giorni i cittadini italiani dopo i primi 47 anni di SSN/SSR, ha raggiunto situazioni così profondamente diverse fra Regione e Regione, ma anche all'interno della stessa Regione e, addirittura, all'interno della stessa Azienda sanitaria, che renderebbe vano e oltre modo dispendioso, al limite del fallimento, ogni tentativo di cambiamento.

**Parlare oggi di equità significherebbe dire che non si può tollerare il fatto che 1 cittadino su 2 dichiara che dovendo fare un esame diagnostico o una visita specialistica non cerchi nemmeno di prenotarla nel SSN/SSR. Oppure che si continui ad accettare che il Servizio sanitario fornisca risposte uguali a bisogni diversi data l'incapacità “cronica” di decodificare i nuovi bisogni complessi e sempre più di tipo sociosanitario.**

A parole da anni tutti, nessuno escluso, cita la necessità di abbattere i mitici “silos” organizzativi e professionali, che infatti sono esattamente presenti, pur con le doverose e necessarie modifiche formali, come quelli esistenti nel 1978. Cito, a semplice titolo esemplificativo, uno di questi che si potrebbe provare ad aggredire in tempi ragionevoli, ovvero quello della Long Term Care (LTC) parametro di cura molto attuale e sempre più al centro dell'attenzione non solo dei cittadini.

**Oggi la spesa pubblica include tre componenti: l'indennità di accompagnamento (livello nazionale), la spesa sanitaria per LTC (livello regionale) e gli interventi socioassistenziali (livello comunale).**

Quindi troviamo tre interlocutori diversi (INPS, Regioni e Comuni), tre soggetti istituzionali diversi con procedure interne diverse, regole amministrative e contrattuali diverse, sviluppi di carriera diversi, sistemi premianti diversi, che dovrebbero, miracolosamente, essere in grado di coordinarsi per erogare in modo ottimale ed unitario “quella prestazione”, efficace ed efficiente, che il cittadino si aspetta. In effetti lui si aspetterebbe, da anni, una risposta unica ed unitaria al suo bisogno che è unico ed unitario, ma fino a quando il SSN/SSR manterrà questo assetto e frazionerà i budget dei diversi erogatori non potrà mai fornire il servizio migliore in termini di efficacia ed efficienza al costo minore e in tempi rapidi.

Potremmo provare a costruire un coordinamento operativo più stretto fra i tre diversi livelli, provare a costruire un settore unitario con modelli di intervento unici come regole e budget, che risulterebbero certamente più efficaci, avendo il coraggio di realizzare nuovi assetti organizzativi, forse arrivare anche ad un nuovo modello procedurale unitario di intervento ma poi, inesorabilmente, ci troveremo davanti al problema di come valutare, a livello locale, i fabbisogni standard per le coperture finanziarie sui vari livelli in linea con i LEA, forse i futuri LEPS, e a quel punto tutto si bloccherebbe così come è stato in tantissime altre occasioni, basti ricordare il recente “stop and go” del nuovo nomenclatore tariffario atteso da oltre 28 anni quello per le prestazioni di specialistica ambulatoriale e da 25 anni quello per l'assistenza protesica. Ancora, sono almeno 30 anni che studi clinici segnalano l'impossibilità di accettare come esito clinico (e finanziario) quello che oggi registriamo nei diversi Sistemi sanitari regionali con i tassi di variabilità attuali. La variabilità (clinica, organizzativa e dei flussi) in medicina è fisiologica ma, oltre un certo livello, diventa patologica, non più correlata ai bisogni e alle necessità dei pazienti, ma solo alle esigenze dei tanti e diversi erogatori.

**Questo fatto è legato anche al concetto della Non Qualità, ovvero sprechi, duplicazioni, inefficienze, cioè “il fare bene cose inutili” che consuma in media il 10% delle risorse (umane, materiali, finanziarie e tecnologiche) del SSN/SSR senza produrre alcun vantaggio di salute (valore) per i pazienti.**

Potremmo citare il dato della eccessiva migrazione dal Sud al Nord Italia di tanti pazienti in cerca di cure e non solo per l'alto prezzo economico e sociale che tutto questo comporta, o il fatto che la spesa “out of pocket”, stabile da almeno 20 anni attorno al 20% della spesa sanitaria complessiva, sia pagata direttamente dalle famiglie e non da enti o assicurazioni e serve nell'80% dei casi ad acquistare prestazioni già offerte,

quindi finanziate dal SSN/SSR, generando un inaccettabile condizione di iniquità dovuta allo squilibrio in accesso al servizio sanitario dove solo chi paga due volte lo stesso servizio (prima con la fiscalità generale e poi con il pagamento diretto) ottiene ciò che vuole, quando vuole e dove lo vuole. Ecco, dunque che la sintesi conclusiva di quanto scritto ci porta alla domanda principale da cui tutto parte e a cui tutto ritorna: sappiamo cosa fare (diagnosi), sappiamo come farlo (terapia) e abbiamo le competenze (credo) e le risorse (spero) per farlo, ma: **esistono oggi in Italia le condizioni politiche, istituzionali, sociali, culturali, professionali per scrivere in modo coordinato una nuova e moderna Legge di Riforma del Servizio Sanitario Nazionale?**

[Piano piano poco alla volta: storia della mancata riforma del SSN italiano - La voce dei medici](#)

**quotidianosanità.it**

## **L'ulteriore crescita dei Fondi Sanitari Integrativi nella sanità italiana**

**Giorgio Banchieri**, Segretario Nazionale ASQUAS, Docente DiSSE, Università "Sapienza", Roma,  
**Andrea Vannucci**. Socio ASQUAS, docente DISM UNISI, Membro Comitato Direttivo Accademia Nazionale di Medicina

*Non passa giorno che sugli organi di stampa generalisti, nelle pubblicazioni di settore, nei podcast e nei blog dedicati alla sanità si avanza l'idea che per mantenere l'universalismo del Servizio nazionale assicurando a chi ha bisogno ciò che serve sarà possibile solo con un sistema pubblico – privato in grado di agire nell'interesse della collettività. Non importa quanto ciò sia vero ma quale sarà la scelta dei governi dei prossimi anni e l'orientamento dell'opinione pubblica.*

Per affermare l'ipotesi di un sistema misto ci sarà non poco da lavorare...e con gli attrezzi giusti. Abbiamo poca esperienza di governance e di regolamentazione di eventuali rapporti tra soggetti pubblici e privati, a parte un sistema di accreditamento sbiadito e metriche di misura delle performance scarsamente utilizzate ai fini di programmazione e controllo. Due cardini per la gestione di sistemi misti. Ma prima cerchiamo di spiegare di cosa stiamo parlando.

### **I cosiddetti "pilastri" della sanità italiana**

Il Sistema sanitario Nazionale ormai si basa ormai su diversi "pilastri" che contribuiscono con differente peso alla sua attuale operatività

- La sanità "pubblica", gestita dai Sistemi sanitari delle Regioni e delle Province autonome, finanziata dal FSN e, in parte residua, dai bilanci regionali, almeno in quelle più ricche;
- La sanità privata "accreditata" gestita da operatori terzi privati che opera "in nome e per conto" dei vari SSR, sulla base del possesso di requisiti di accreditamento che ne dovrebbero garantire qualità e sicurezza delle prestazioni e secondo contratti che stabiliscono tipologia di attività e tetti di spesa coerenti con la programmazione;
- La sanità privata che opera in aree in "outsourcing" delle aziende sanitarie pubbliche ed offre servizi variegati: dal personale ("gettonisti" compresi) alla gestione di reparti e servizi all'interno di strutture "pubbliche" (abbiamo esempi di intere UOC), ADI, riabilitazione, etc, in base a contratti acquisiti con procedure da gare pubbliche;
- La sanità "privata" che opera sia in libero mercato, sia in convenzione con Assicurazioni e Mutue che tramite il "welfare aziendale" previsto nella Legge "Job Act" del 2016, costituiscono la "sanità integrativa" connessa ai CCNL.

Il valore complessivo di questo “quasi mercato” è stato nel 2024 circa 197 mld di Euro, di cui 136 mld gestiti da SSN e SSR direttamente o dando commesse a terzi erogatori (si stima quasi il 36% del totale). Quindi attualmente gran parte dei fondi rinvenienti dal FSN non sono più a gestione diretta “pubblica”, ma sono esternalizzati dal SSN e dai SSR verso erogatori privati terzi “accreditati” o “contrattulizzati”.

### I Fondi Sanitari integrativi

Le Mutue e le Assicurazioni sanitarie sono sempre esistite nel nostro Paese, le Mutue erano presenti prima dell’istituzione del SSN ed erano i “gestori” della sanità sul modello simil “Bismarck” tedesco. Sono poi gradualmente ricomparse con l’approvazione della Legge “Job Act” nel 2016 quando hanno ricevuto una forte incentivazione al loro sviluppo. La loro presenza è andata crescendo in modo esponenziale anno dopo anno, anche durante gli anni della pandemia da Covid-19.

Questo sviluppo ha spinto il Ministero della Sanità, presso la Direzione della Programmazione sanitaria, a istituire un’Anagrafe dei Fondi Sanitari, per monitorare le attività svolte dai Fondi Sanitari Integrativi del Servizio Sanitario Nazionale (tipo A) e dagli Enti, Casse e Società di Mutuo Soccorso, che hanno finalità esclusivamente assistenziali (tipo B).

In particolare:

- I Fondi di tipo A dovrebbero svolgere solo una funzione integrativa del Servizio Sanitario Nazionale ed offrire solo le prestazioni extra-LEA.
- I Fondi di tipo B svolgono una funzione complementare e sostitutiva del Sistema Sanitario Nazionale (SSN) ed erogano ai propri iscritti sia le prestazioni già offerte dal sistema pubblico (incluse nei [LEA](#)) sia quelle non erogate (extra-LEA).

L’iscrizione all’Anagrafe è subordinata al possesso di requisiti specifici, va rinnovata ogni anno e consente agli iscritti ai Fondi di beneficiare di un trattamento fiscale agevolato sulla contribuzione versata.

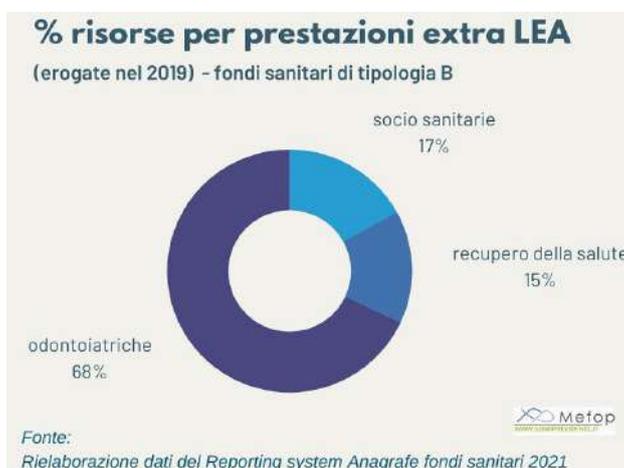
I Fondi di tipo B devono anche inviare una certificazione per attestare che almeno il 20% delle loro risorse è destinato a prestazioni di assistenza che il servizio sanitario pubblico non garantisce: odontoiatrica, per il recupero di soggetti inabilitati da malattia, a favore di persone [non autosufficienti](#).

Nel corso degli anni il numero di Fondi iscritti all’Anagrafe è aumentato: nel 2010, anno dell’inizio dell’attività dell’Anagrafe, i fondi censiti erano 267, nel 2020 sono arrivati ad essere 318: il 96% (306) appartenenti alla tipologia B e il 4% (12) alla tipologia A. Nel 2023 sono diventati 324.

### Le prestazioni erogate dai Fondi al 2020

I Fondi di tipo A iscritti all’Anagrafe nel 2020 erogarono nell’anno precedente, come previsto dalla disciplina in materia, solo prestazioni extra LEA. Le risorse erogate furono oltre 2 milioni 600mila e quasi la totalità è stata spesa per l’assistenza odontoiatrica.

I Fondi di tipo B, invece, erogarono per le tutte le tipologie di prestazioni (LEA ed extra LEA) quasi 3 miliardi di euro; di questi, il 33%, pari a oltre 95 milioni di euro, fu speso per prestazioni “vincolate”, cioè al di fuori di quelle previste dai Livelli Essenziali di Assistenza. La maggior parte delle risorse extra LEA (68%) furono spese per l’assistenza odontoiatrica.



Nel 2020, anno di inizio della pandemia, i Fondi Sanitari di tipo B avevano 14.677.223 iscritti più i familiari ammessi nelle polizze istituite, con una spesa complessiva di quasi 3 mld di Euro per prestazioni LEA ed extra LEA, come da tabella seguente:

| Fondi sanitari tipologia B: risorse per prestazioni erogate e numero dei propri iscritti |                                   |                             |  |  |    |                 |
|--|-----------------------------------|-----------------------------|--|--|----|-----------------|
| Numero Enti, Casse e SMS iscritti all'Anagrafe   | Anno di attestazione all'Anagrafe | Anno fiscale di riferimento | Totale delle risorse per prestazioni sanitarie vincolate (solo extra LEA) erogate in € | Totale delle risorse per tutte le prestazioni (LEA e extra LEA) erogate in € | %  | Totale iscritti |
| 306  | 2020                              | 2019                        | 925.133.096  | 2.826.008.550  | 33 | 14.677.223      |
| 304  | 2019                              | 2018                        | 875.952.071  | 2.718.011.026  | 32 | 14.077.733      |
| 302  | 2018                              | 2017                        | 743.939.119  | 2.370.504.825  | 31 | 12.562.773      |
| 313  | 2017                              | 2016                        | 753.762.824  | 2.328.328.385  | 32 | 10.605.308      |
| 297  | 2016                              | 2015                        | 694.092.843  | 2.242.215.085  | 31 | 9.145.336       |
| 293  | 2015                              | 2014                        | 682.448.936  | 2.159.808.946  | 32 | 7.493.179       |
| 286  | 2014                              | 2013                        | 690.892.884  | 2.111.730.229  | 33 | 6.913.373       |

Per contro i Fondi Sanitari di tipo A invece avevano solo circa 38 mila iscritti e un volume di attività per prestazioni sanitarie solo extra LEA pari a 2,7 milioni di Euro, come da tabella seguente:

| Fondi sanitari tipologia A: risorse per prestazioni erogate e numero dei propri iscritti |                                   |                             |  |                 |
|--|-----------------------------------|-----------------------------|--|-----------------|
| Numero Fondi sanitari integrativi del SSN  | Anno di attestazione all'Anagrafe | Anno fiscale di riferimento | Totale delle risorse per prestazioni sanitarie (solo extra LEA) erogate in € | Totale iscritti |
| 12   | 2020                              | 2019                        | 2.687.640  | 37.977          |
| 9  | 2019                              | 2018                        | 1.475.753  | 21.447          |
| 9  | 2018                              | 2017                        | 1.594.797  | 10.133          |
| 9  | 2017                              | 2016                        | 1.305.596  | 11.097          |
| 8  | 2016                              | 2015                        | 1.243.485  | 9.156           |
| 7  | 2015                              | 2014                        | 77.051   | 645             |
| 4  | 2014                              | 2013                        | 51.013   | 811             |

#### L'evoluzione dal 2020 al 2023, ultimo anno censito.

Nel 2016 (fonte CREA) la spesa sanitaria italiana totale pubblica e privata era complessivamente inferiore del 32,5% rispetto a quella dei Paesi dell'Europa Occidentale. In rapporto al PIL, l'Italia era al 9,4%, contro il 10,4% dell'Europa Occidentale. Negli ultimi 10 anni la spesa sanitaria pubblica era cresciuta dell'1% medio annuo contro il 3,8% degli altri Paesi dell'Europa Occidentale: un quarto, peraltro come il PIL. La crescita della spesa privata (2,1% medio annuo) era stata invece leggermente inferiore a quella europea (2,3%), ma oltre il doppio di quella pubblica.

Negli ultimi anni era costantemente cresciuta la quota di spesa sanitaria privata pari a circa €. 36 Mld, di cui solo il 10,1% era spesa intermediata dai Fondi Sanitari Integrativi e Complementari, nonché dalle Compagnie di Assicurazione. Questa componente dopo l'entrata in vigore del "Job Acts" è cresciuta per la deducibilità

delle polizze di “sanità integrativa” che nel 2020 vedevano una platea di beneficiari pari a 14 milioni di iscritti ai vari tipi di Fondi. Nonostante ciò la spesa sanitaria privata è ancora prevalentemente “out of pocket”.

**Gli ultimi dati 2022 dall’Anagrafe dei Fondi Integrativi presso il Ministero della Salute**

| anno di attestazione | anno fiscale di riferimento | n. fondi attestati dall’Anagrafe | n. totale degli iscritti ai Fondi sanitari |
|----------------------|-----------------------------|----------------------------------|--|
| 2020                 | 2019                        | 318                              | 14.715.200                                 |
| 2019                 | 2018                        | 313                              | 14.099.180                                 |
| 2018                 | 2017                        | 322                              | 10.616.405                                 |
| 2017                 | 2016                        | 305                              | 9.154.492                                  |
| 2016                 | 2015                        | 300                              | 7.493.824                                  |

La “sanità integrativa” viene defiscalizzata con un massimale per singola polizza superiore ai €. 3.200. Dall’entrata in vigore del “Job Acts” ad oggi le dotazioni per il “welfare aziendale” sono state rifinanziate da tutti i Governi in carica con le Leggi di stabilità annuali per un totale superiore ai 38 mld di euro.

Nello stesso periodo la sanità, come voce di spesa del bilancio annuale delle Stato Italiano veniva decurtata per circa 37,5 mld di euro. La spesa sanitaria privata era nelle Regioni del Centro Nord pari al 26,9% del totale, mentre nelle Regioni meridionali era pari a solo il 18,9%.

La quota delle risorse per la Sanità In base alle previsioni sull’evoluzione della struttura per età della popolazione al 2035 nelle Regioni del nord passerà dal 46,1% al 47,8% (2035) nelle Regioni meridionali invece si assisterà ad una contrazione dal 33,8% al 31,7% (2035). Questo perché nelle Regioni del nord l’incremento della popolazione sarà più rilevante, mentre le Regioni meridionali saranno presto più vecchie di quelle del Nord e, quindi, non sarà possibile mantenere gli attuali equilibri di bilancio.

**I nuovi dati dall’Osservatorio Ministeriale sui Fondi Integrativi in sanità al 2023.**

Osservando gli ultimi tre anni nell’anno 2023, sono stati 329 i Fondi Sanitari a richiedere l’attestato e l’Anagrafe ha rigettato 5 domande, nell’anno 2022 le richieste sono state 344 e ne sono state respinte 10 e nell’anno 2021 le richieste sono state 331 e ne sono state rigettate 4.

**Grafico 1. Numero attestati rilasciati dall’anagrafe del Ministero della Salute, anni 2010-2023**



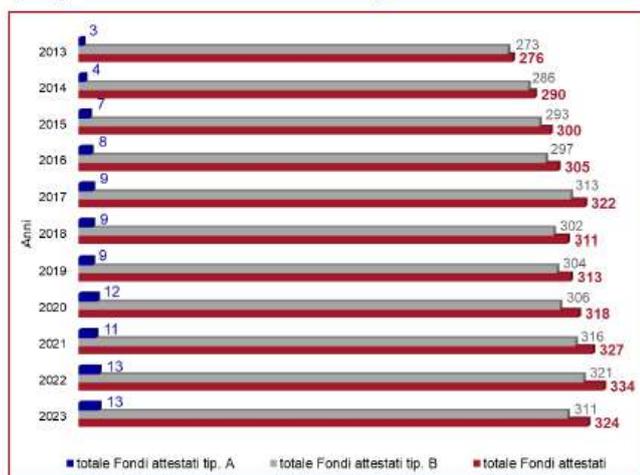
Fonte: elaborazione su dati del Sistema Informativo Anagrafe Fondi Sanitari (SIAF-NSIS), Ministero della Salute, 2024

Nel corso degli ultimi dieci anni i Fondi Sanitari di tipologia B, che hanno ricevuto l’attestato, hanno avuto un leggero decremento in quanto sono passati dal 99% nell’anno 2013 al 96% nell’anno 2023.

I Fondi Sanitari di tipologia A, invece, si sono caratterizzati per un costante, seppur lieve, incremento partendo nell’anno 2013 con una percentuale dell’1% che ha raggiunto il 4% negli anni 2022 e 2023.

Dall’analisi dei volumi di spesa erogati dai Fondi Sanitari per le due classi di prestazioni, LEA e integrative ai LEA, negli ultimi dieci anni (tabella 1), emerge che sono gradualmente aumentati i volumi di spesa per entrambe le tipologie di prestazioni, in maniera più evidente per quelle LEA.

**Grafico 2. Tipologia dei fondi sanitari attestati negli anni 2013-2023**



Fonte: elaborazione su dati del Sistema Informativo Anagrafe Fondi Sanitari (SIAF-NSIS), Ministero della Salute, 2024

In particolare, mettendo a confronto i Fondi Sanitari iscritti all'Anagrafe negli anni 2013 e 2023, emerge che nel 2023 hanno ricevuto l'attestato 48 Fondi in più rispetto a dieci anni fa e la spesa sostenuta per le prestazioni LEA è maggiore di circa 864 milioni di euro, mentre per le prestazioni integrative ai LEA è aumentata di circa 466 milioni di euro.

Considerato che negli ultimi anni il SSN ha dovuto far fronte all'emergenza pandemica COVID-19, l'andamento della spesa sostenuta dai Fondi Sanitari ha chiaramente risentito delle misure sanitarie adottate a livello nazionale per contrastare la diffusione del virus. In particolare, si fa riferimento alle disposizioni emanate dal Ministero della Salute che hanno regolamentato l'accesso alle prestazioni sanitarie nell'anno 2020 e a tutte le altre misure intraprese (come per esempio il lockdown del periodo 9 marzo - 18 maggio 2020).

**Tabella 1. Prestazioni LEA e integrative ai LEA che i fondi sanitari iscritti all'anagrafe hanno dichiarato di aver erogato negli ultimi dieci anni**

| N° FS tipologia A e B attestati | Anno di attestazione all'anagrafe | Anno fiscale di riferimento | Totale delle risorse in € erogate per le prestazioni LEA dai FS tipologia B | Totale delle risorse in € erogate per le sole prestazioni integrative ai LEA dai FS tipologia A e B | Totale delle risorse in € erogate per tutte le prestazioni dai FS tipologia A e B |
|---------------------------------|-----------------------------------|-----------------------------|---|---|---|
| 324                             | 2023                              | 2022                        | 2.174.025.522   | 1.069.353.184   | 3.243.378.706   |
| 334                             | 2022                              | 2021                        | 2.068.188.680   | 1.017.864.548   | 3.086.053.228   |
| 327                             | 2021                              | 2020                        | 1.853.584.388   | 929.880.609   | 2.783.464.997   |
| 318                             | 2020                              | 2019                        | 1.900.875.454   | 927.820.736   | 2.828.696.190   |
| 313                             | 2019                              | 2018                        | 1.842.058.955   | 877.427.824   | 2.719.486.779   |
| 311                             | 2018                              | 2017                        | 1.626.565.706   | 745.533.916   | 2.372.099.622   |
| 322                             | 2017                              | 2016                        | 1.574.565.561   | 755.068.420   | 2.329.633.981   |
| 305                             | 2016                              | 2015                        | 1.548.122.242   | 695.336.328   | 2.243.458.570   |
| 300                             | 2015                              | 2014                        | 1.477.360.010   | 682.525.987   | 2.159.885.997   |
| 290                             | 2014                              | 2013                        | 1.420.837.345   | 690.943.897   | 2.111.781.242   |
| 276                             | 2013                              | 2012                        | 1.310.298.764   | 603.220.611   | 1.913.519.375   |

Fonte: elaborazione su dati del Sistema Informativo Anagrafe Fondi Sanitari (SIAF-NSIS), Ministero della Salute, 2024

Tali circostanze hanno determinato per i Fondi Sanitari, nell'anno fiscale 2020, pandemia in essere, una riduzione della spesa per le prestazioni LEA di 47 milioni di euro rispetto all'anno precedente (prima della pandemia) e un incremento di poco più di 2 milioni di euro per le prestazioni integrative ai LEA.

Nell'anno 2021 è iniziata di nuovo a crescere la spesa sia per le prestazioni LEA (circa 215 milioni in più rispetto all'anno precedente), sia per quelle integrative ai LEA (con un aumento di circa 88 milioni di euro rispetto all'anno 2020). Infine nell'anno 2022, rispetto all'anno 2021, si è verificato un incremento della spesa per le prestazioni LEA di circa 106 milioni di euro e per quelle integrative ai LEA di circa 51 milioni di euro.

Dall'analisi dei dati della Tabella 2, si rileva che gli Enti, Casse e Società di Mutuo Soccorso, negli ultimi due anni, hanno speso più di 3 miliardi di euro per l'assistenza sanitaria, di cui un terzo dedicati alle prestazioni integrative dei LEA. Inoltre, sempre nello stesso periodo di riferimento, sono aumentati sia i volumi di spesa per le prestazioni sostitutive al SSN sia il numero degli iscritti.

**Tabella 2. Volumi di spesa e numero degli iscritti dichiarati dai Fondi sanitari tipologia B negli ultimi 10 anni di attestazioni**

| N° Enti, Casse e SMS iscritte all'anagrafe | Anno di attestazione all'anagrafe | Anno fiscale di riferimento | Totale delle risorse in € erogate per tutte le prestazioni (Lea e integrative ai LEA) | Totale delle risorse in € erogate per le sole prestazioni LEA | Totale delle risorse in € erogate per le prestazioni vincolate (solo integrative ai LEA) | % risorse vincolate | Totale iscritti |
|--|-----------------------------------|-----------------------------|---|---|--|---------------------|-----------------|
| 311  | 2023                              | 2022                        | 3.242.215.417   | 2.174.025.522   | 1.068.189.895  | 33                  | 16.249.288      |
| 321  | 2022                              | 2021                        | 3.085.219.690   | 2.068.188.680   | 1.017.031.010  | 33                  | 15.231.366      |
| 316  | 2021                              | 2020                        | 2.779.893.024   | 1.853.584.388   | 926.308.636  | 33                  | 15.976.766      |
| 306  | 2020                              | 2019                        | 2.826.008.550   | 1.900.875.454   | 925.133.096  | 33                  | 14.677.223      |
| 304  | 2019                              | 2018                        | 2.718.011.026   | 1.842.058.955   | 875.952.071  | 32                  | 14.077.733      |
| 302  | 2018                              | 2017                        | 2.370.504.825   | 1.626.565.706   | 743.939.119  | 31                  | 12.562.773      |
| 313  | 2017                              | 2016                        | 2.328.328.385   | 1.574.565.561   | 753.762.824  | 32                  | 10.605.308      |
| 297  | 2016                              | 2015                        | 2.242.215.085   | 1.548.122.242   | 694.092.843  | 31                  | 9.145.336       |
| 293  | 2015                              | 2014                        | 2.159.808.946   | 1.477.360.010   | 682.448.936  | 32                  | 7.493.179       |
| 286  | 2014                              | 2013                        | 2.111.730.229   | 1.420.837.345   | 690.892.884  | 33                  | 6.913.373       |
| 273  | 2013                              | 2012                        | 1.913.474.236   | 1.310.298.764   | 603.175.472  | 31                  | 5.831.742       |

Fonte: elaborazione su dati del Sistema Informativo Anagrafe Fondi Sanitari (SIAF-NSIS), Ministero della Salute, 2024

Quindi i Fondi Sanitari di tipo B sono passati tra 2020 e il 2023 da 14 milioni a oltre 16 milioni di iscritti. Occorre poi tener conto dell'accesso alle polizze da parte dei familiari degli iscritti stessi. Abbiamo ormai la quasi totalità dei lavoratori dipendenti privati e pubblici con Contratti Collettivi Nazionali di Lavoro includenti clausole relative al "welfare aziendale" e, quindi, al loro interno le polizze per la "sanità integrativa".

### I servizi erogati dai Fondi Sanitari nel periodo pandemico

Dall'analisi dei dati della tabella 3, si rileva che i *Fondi Sanitari Integrativi* del Servizio Sanitario Nazionale, negli ultimi tre anni, hanno registrato una singolare variazione dei costi sostenuti. In particolare, nell'anno fiscale 2020 hanno raggiunto il massimo delle risorse erogate negli ultimi dieci anni (pari a euro 3.571.973), ritornando, negli anni fiscali 2021 e 2022, a livelli inferiori a quelli registrati nell'anno fiscale 2015.

**Tabella 3. Volumi di spesa e numero degli iscritti dichiarati dai Fondi sanitari tipologia A negli ultimi 10 anni di attestazione**

| N° Fondi Sanitari integrativi del SSN | Anno di attestazione all'anagrafe | Anno fiscale di riferimento | Totale delle risorse in € erogate per prestazioni integrative ai LEA | Totale iscritti |
|---------------------------------------|-----------------------------------|-----------------------------|--|-----------------|
| 13                                    | 2023                              | 2022                        | 1.163.289  | 23.564          |
| 13                                    | 2022                              | 2021                        | 833.538  | 39.282          |
| 11                                    | 2021                              | 2020                        | 3.571.973  | 35.433          |
| 12                                    | 2020                              | 2019                        | 2.687.640  | 37.977          |
| 9                                     | 2019                              | 2018                        | 1.475.753  | 21.447          |
| 9                                     | 2018                              | 2017                        | 1.594.797  | 10.133          |
| 9                                     | 2017                              | 2016                        | 1.305.596  | 11.097          |
| 8                                     | 2016                              | 2015                        | 1.243.485  | 9.156           |
| 7                                     | 2015                              | 2014                        | 77.051   | 645             |
| 4                                     | 2014                              | 2013                        | 51.013   | 811             |
| 3                                     | 2013                              | 2012                        | 45.139   | 201             |

Fonte: elaborazione su dati del Sistema Informativo Anagrafe Fondi Sanitari (SIAF-NSIS), Ministero della Salute, 2024

Il numero totale degli iscritti, dichiarati dai Fondi Sanitari tipologia A e B, negli ultimi dieci anni, presenta, eccetto una leggera flessione nell'anno fiscale 2021, un lento, ma crescente aumento.

Il significativo incremento registrato nell'anno 2020 è stato riconfermato, superata la fase più critica del periodo pandemico, nell'anno 2022. In riferimento alla tabella 4 si evidenzia che, per l'anno 2021, alla riduzione degli iscritti ai Fondi di tipologia B si è registrato un aumento di quelli iscritti alla tipologia A, mentre nell'anno successivo si è avuto l'esatto opposto; sono aumentati gli iscritti ai fondi di tipologia B e diminuiti quelli di tipologia A, pur essendo rimasto stabile, negli anni di riferimento, il numero di attestati rilasciati dall'anagrafe per i fondi di tipologia A e ridotti per la tipologia B.

**Tabella 4. Numero totale degli iscritti ai fondi sanitari anni 2013-2022 distinti per tipologia A e B**

| Anno di attestazione all'anagrafe | Anno fiscale di riferimento | N° FS tipologia B attestati | N° FS tipologia A attestati | N° totale attestati rilasciati dall'anagrafe | Totale iscritti ai FS tipologia B | Totale iscritti ai FS tipologia A | TOTALE ISCRITTI tipologia A+B |
|-----------------------------------|-----------------------------|-----------------------------|-----------------------------|--|-----------------------------------|-----------------------------------|-------------------------------|
| 2023                              | 2022                        | 311                         | 13                          | 324  | 16.249.288                        | 23.564                            | 16.272.852                    |
| 2022                              | 2021                        | 321                         | 13                          | 334  | 15.231.366                        | 39.282                            | 15.270.648                    |
| 2021                              | 2020                        | 316                         | 11                          | 327  | 15.976.766                        | 35.433                            | 16.012.199                    |
| 2020                              | 2019                        | 306                         | 12                          | 318  | 14.677.223                        | 37.977                            | 14.715.200                    |
| 2019                              | 2018                        | 304                         | 9                           | 313  | 14.077.733                        | 21.447                            | 14.099.180                    |
| 2018                              | 2017                        | 302                         | 9                           | 311  | 12.562.773                        | 10.133                            | 12.572.906                    |
| 2017                              | 2016                        | 313                         | 9                           | 322  | 10.605.308                        | 11.097                            | 10.616.405                    |
| 2016                              | 2015                        | 297                         | 8                           | 305  | 9.145.336                         | 9.156                             | 9.154.492                     |
| 2015                              | 2014                        | 293                         | 7                           | 300  | 7.493.179                         | 645                               | 7.493.824                     |
| 2014                              | 2013                        | 286                         | 4                           | 290  | 6.913.373                         | 811                               | 6.914.184                     |

Fonte: elaborazione su dati del Sistema Informativo Anagrafe Fondi Sanitari (SIAF-NSIS), Ministero della Salute, 2024

Dalle informazioni analitiche sulla densità e distribuzione delle varie classi di iscritti ai Fondi Sanitari nell'ultimo triennio (grafici 14-16), emerge una netta prevalenza dei lavoratori dipendenti che sono aumentati nell'anno 2021 di 455.614 unità rispetto all'anno precedente e concretamente raddoppiati nell'anno 2022 rispetto allo stesso anno 2021.

In riferimento agli iscritti familiari dei lavoratori si è verificata una tendenza inversa in quanto si è registrato un costante decremento e nell'anno 2021, versus anno 2020, sono diminuiti di 1.237.351 unità.

Infine, per i pensionati e i loro familiari, si è verificato, prima, un aumento, seppur non significativo, nell'anno 2021 sull'anno 2020 e poi una riduzione degli iscritti nell'anno 2022 versus l'anno precedente.

I dati dichiarati dai Fondi Sanitari confermano, pertanto, la criticità già riscontrata negli anni precedenti inerente alla scarsa copertura dei lavoratori in quiescenza, che rappresentano la classe di popolazione che ha più bisogno di cure, e che andrà costantemente ad aumentare numericamente richiedendo una sempre più complessa assistenza socio-sanitaria.

I dati forniti dai Fondi Sanitari Integrativi mostrano anche un progressivo incremento della spesa sostenuta sia per le prestazioni LEA sia per quelle integrative i LEA correlato ad un costante aumento del numero degli aderenti ai fondi stessi (tabella 5).

**Tabella 5. Sintesi dei volumi di spesa per le prestazioni LEA e integrative ai LEA erogate dai fondi sanitari tipologia A e B e del numero totale degli iscritti negli ultimi dieci anni**

| N° FS tipologia A e B attestati | Anno di attestazione all'anagrafe | Anno fiscale di riferimento | Totale delle risorse in € erogate per le prestazioni LEA dai FS tipologia B | Tot. risorse in € erogate per le sole prestazioni integrative ai LEA dai FS tipologia A e B | Totale delle risorse in € erogate per tutte le prestazioni dai FS tipologia A e B | Totale iscritti ai FS tipologia A e B |
|---------------------------------|-----------------------------------|-----------------------------|---|---|---|---------------------------------------|
| 324                             | 2023                              | 2022                        | 2.174.025.522   | 1.069.353.184   | 3.243.378.706   | 16.272.852                            |
| 334                             | 2022                              | 2021                        | 2.068.188.680   | 1.017.864.548   | 3.086.053.228   | 15.270.648                            |
| 327                             | 2021                              | 2020                        | 1.853.584.388   | 929.880.609   | 2.783.464.997   | 16.012.199                            |
| 318                             | 2020                              | 2019                        | 1.900.875.454   | 927.820.736   | 2.828.696.190   | 14.715.200                            |
| 313                             | 2019                              | 2018                        | 1.842.058.955   | 877.427.824   | 2.719.486.779   | 14.099.180                            |
| 311                             | 2018                              | 2017                        | 1.626.565.706   | 745.533.916   | 2.372.099.622   | 12.572.906                            |
| 322                             | 2017                              | 2016                        | 1.574.565.561   | 755.068.420   | 2.329.633.981   | 10.616.405                            |
| 305                             | 2016                              | 2015                        | 1.548.122.242   | 695.336.328   | 2.243.458.570   | 9.154.492                             |
| 300                             | 2015                              | 2014                        | 1.477.360.010   | 682.525.987   | 2.159.885.997   | 7.493.824                             |
| 290                             | 2014                              | 2013                        | 1.420.837.345   | 690.943.897   | 2.111.781.242   | 6.914.184                             |
| 276                             | 2013                              | 2012                        | 1.310.298.764   | 603.220.611   | 1.913.519.375   | 5.831.943                             |

Fonte: elaborazione su dati del Sistema Informativo Anagrafe Fondi Sanitari (SIAF-NSIS), Ministero della Salute, 2024

### Considerazioni conclusive

La sanità italiana si avvia ad essere un sistema che si poggia su più "pilastri". Tale scenario è frutto delle scelte dei Governi che si sono succeduti negli ultimi anni che hanno mostrato una sostanziale "continuità" di politica sanitaria. Lo sviluppo delle "sanità integrativa" ha trovato spazio nelle difficoltà di gestione dei differenti SSR, condizionati da contesti economici, sociali, demografici ... e politici variegati.

La sostanziale interruzione di ogni forma di coordinamento nazionale di "programmazione sanitaria" ha ulteriormente favorito la difformità dei modelli di SSR.

Siamo arrivati ad un punto di svolta oltre il quale il SSN rischia di implodere per le sue contraddizioni e difficoltà interne, nonostante ancora sia più performante rispetto a quelli di molti altri Paesi.

Le criticità da affrontare richiedono una serie d'interventi tecnici ed amministrativi per raggiungere livelli di governance adeguati alla complessità del sistema e in grado di mettere a frutto il valore prodotto da tutte le tutte le parti interessate.

Speriamo di usare bene l'opportunità del PNRR e qualsiasi altra fonte di finanziamento acquisibile (anche il MES) per creare una convergenza possibili sui modelli gestionali e di rete in modo che ci sia più omogeneità tra le Regioni e attuiamo politiche sanitarie che, utilizzando bene l'innovazione scientifica e tecnologica con un guadagno netto in termini di appropriatezza clinica ed organizzativa.

Mettiamo in agenda i punti prioritari, quelli che dobbiamo e possiamo fare da subito, come:

- L'aggiornamento dei nomenclatori tariffari degli erogatori di *"sanità integrativa"* in modo da garantire vera *"integrazione"* e non *"competizione"* tra pubblico e terzi erogatori di *"sanità integrativa"* e l'aggiornamento dei *"capitolati tecnici"* per il convenzionamento dei soggetti terzi erogatori di *"sanità integrativa"*. Perché non basta aggiornare i *"nomenclatori tariffari"*, serve anche entrare nel merito dei requisiti di qualità e sicurezza per operatori e pazienti.
- La creazione di condizioni favorevoli all'acquisizione di personale qualificato con competenze tecniche e relazionali adeguate alle nuove sfide che ci aspettano in numero sufficiente e con qualifiche necessarie alla gestione dei nuovi servizi, come da PNRR;
- Lo sviluppo di supporti tecnologici e digitali performanti e uniformi per la diffusione di modelli gestionali basati su *"buone pratiche consolidate"*;
- L'adozione di sistemi di valutazione delle performance con logica *"value-based"*, centrati sul paziente e sui suoi percorsi di cura superando la logica prestazionale e magari anche i DRG così come li conosciamo e che comunque dovranno essere riformulati su *"costi standard italiani"* e aggiornati e su più aggiornate versioni dei codici delle diagnosi e prestazioni;
- Il completamento della progettazione di un sistema di dati sanitari e flussi informativi amministrativi integrati, incardinato sul FSE, indispensabile per la governance del sistema nazionale e dei SSR.

Tutto dipenderà dalle scelte di politica sanitaria del Governo nazionale e di quelli regionali dall'impegno dei manager e dei professionisti che agiscono nei sistemi sanitario e sociale, dalle loro organizzazioni professionali, sindacali e scientifiche ... e dalla consapevolezza dei cittadini sulla posta in gioco ... se c'è una consapevolezza diffusa e un impegno collettivo ce la possiamo fare!

[https://www.quotidianosanita.it/studi-e-analisi/articolo.php?articolo\\_id=127047#:~:text=Nel%20corso%20degli%20anni%20il,Nel%202023%20sono%20diventati%20324.](https://www.quotidianosanita.it/studi-e-analisi/articolo.php?articolo_id=127047#:~:text=Nel%20corso%20degli%20anni%20il,Nel%202023%20sono%20diventati%20324.)

## LEPS: i servizi per la definizione dei percorsi personalizzati e i sostegni in essi previsti

Franco Pesaresi, | 03 gennaio 2025

*Questo articolo è il quattordicesimo 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.”, dei “Servizi per la residenza fittizia per i senza dimora”, dell’“Assistenza domiciliare sociale”, della “Supervisione del personale dei servizi sociali”, del “Servizio sociale professionale”, dei “servizi sociali di sollievo per le persone anziane non autosufficienti”, dell’Indicatore della situazione economica equivalente (ISEE), dei “Servizi sociali di supporto per le persone anziane non autosufficienti” dei “Contributi” per gli anziani non autosufficienti della “Valutazione multidimensionale” ed ora invece mi occupo dei servizi per la definizione dei percorsi personalizzati e i sostegni in essi previsti per coloro che accedono all’Assegno di inclusione. 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

Le diverse norme che si sono succedute nel tempo prima per la sperimentazione del “Reddito di inclusione”, poi per l’attuazione del “Reddito di cittadinanza” ed infine per l’“Assegno di inclusione” hanno previsto due nuovi livelli essenziali (LEPS) strettamente interconnessi:

1. I servizi per la valutazione multidimensionale (di cui ci siamo occupati in un precedente articolo);
2. I servizi per la definizione dei percorsi personalizzati e i sostegni in essi previsti [note]D.L. 48/2023, art. 6 comma 8.[/note].

Questi livelli essenziali si riferiscono al solo percorso di contrasto alla povertà e sono esigibili nei limiti delle risorse disponibili a legislazione vigente.

L’individuazione del LEPS relativo ai servizi per la definizione dei percorsi personalizzati e i sostegni in essi previsti per coloro che accedono alla misura nazionale di contrasto alla povertà (oggi l’assegno di inclusione), è avvenuta addirittura con tre disposizioni di legge che usano un linguaggio diverso ed, in un caso, propongono anche contenuti diversi.

La prima norma è del 2017 che individua come LEPS “Il progetto personalizzato e i sostegni in esso previsti” (art. 6 comma 13 D. Lgs.147/2017).

Successivamente, con il D.L. 4/2019 art. 4 comma 13, si è stabilito che “Il Patto per il lavoro e il Patto per l’inclusione sociale e i sostegni in essi previsti, nonché la valutazione multidimensionale che eventualmente li precede, costituiscono livelli essenziali delle prestazioni, nei limiti delle risorse disponibili a legislazione vigente”.

La nuova formulazione del 2019 ha posto però un nuovo quesito e cioè se il Patto per il lavoro, il Patto per l’inclusione sociale, i sostegni in essi previsti e la valutazione multidimensionale costituiscano un solo LEPS oppure due dato che diversamente dalla precedente norma i due elementi vengono collocati insieme nello stesso comma e dunque apparentemente in un unico LEPS.

Risolve il dubbio la successiva norma contenuta nel D. L. 48/2023 art. 6 comma 8 che stabilisce che “i servizi per la definizione dei percorsi personalizzati e i sostegni in essi previsti costituiscono livelli essenziali delle prestazioni” collocandoli quindi separatamente dalla valutazione multidimensionale che non è compresa nel comma. Essendo quest’ultima norma successiva a tutte le altre, in base al principio interpretativo

“cronologico[<sup>note</sup>]Secondo tale principio la norma legiferata successivamente modifica o abroga quella precedente di pari grado.[/<sup>note</sup>]” delle norme, modifica le norme precedenti.

Per cui se il D.L 48/2023 afferma che un livello essenziale è costituito dai “servizi per la definizione dei percorsi personalizzati e i sostegni in essi previsti” non può più valere la norma precedente che collocava nello stesso livello essenziale sia i Servizi per i Percorsi sia la Valutazione multidimensionale. Siamo dunque in presenza di due distinti LEPS uno dei quali è costituito dai servizi per la definizione dei percorsi personalizzati e i sostegni in essi previsti per coloro che accedono all’Assegno di inclusione.

Il Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali nei suoi documenti (compresa la bozza di Piano nazionale degli interventi e dei servizi sociali 2024-2026) tiene insieme i due LEPS della Valutazione multidimensionale e del Progetto personalizzato e chi scrive condivide questo orientamento ideale ma il quadro normativo – sicuramente carente di coordinamento – li considera separatamente e di questo occorre tener conto. Ovviamente, nella pratica quotidiana di lavoro degli operatori i due livelli essenziali dovranno essere realizzati e gestiti in modo unitario.

**La presente scheda si riferisce al LEPS relativo ai servizi per la definizione dei percorsi personalizzati e i sostegni in essi previsti.**

#### **Descrizione sintetica del LEPS**

Il percorso personalizzato di inclusione sociale e lavorativa è un Livello essenziale delle prestazioni sociali che riguarda i nuclei familiari beneficiari dell’Assegno di inclusione. Il percorso viene definito nell’ambito di uno o più progetti finalizzati a identificare i bisogni del nucleo familiare nel suo complesso e dei singoli componenti. I nuclei familiari beneficiari dell’Assegno di inclusione con determinate caratteristiche (vedi paragrafo sui destinatari) una volta sottoscritto il patto di attivazione digitale e all’esito della valutazione multidimensionale sono tenuti ad aderire al percorso di inclusione sociale e lavorativa.

I servizi sociali dell’Ambito sociale/Comune effettuano una valutazione multidimensionale dei bisogni del nucleo familiare, finalizzata alla sottoscrizione di un patto per l’inclusione sociale (PaIS). Nell’ambito di tale valutazione, i componenti con responsabilità genitoriale del nucleo familiare, di età compresa tra 18 e 59 anni, attivabili al lavoro, vengono avviati ai centri per l’impiego ovvero presso i soggetti accreditati ai servizi per il lavoro, per la sottoscrizione del patto di servizio personalizzato (PSP).

Gli strumenti per i percorsi personalizzati sono dunque il patto per l’inclusione sociale (PaIS) a cura dei Servizi sociali degli Ambiti sociali/Comuni e il patto di servizio personalizzato (PSP) a cura dei Centri per l’impiego. Il PaIS, in integrazione con il PSP, investe le diverse dimensioni del benessere del nucleo – lavoro, formazione, istruzione, salute, casa – e riporta ad unitarietà gli interventi che possono essere messi in campo da parte delle diverse filiere amministrative di governo dei servizi territoriali (servizi sociali, centri per l’impiego, agenzie regionali per la formazione, ASL, scuola, servizi specialistici sociosanitari, uffici per le politiche abitative, ecc.). I citati “Patti” prevedono specifici impegni da parte della famiglia e supporti da parte dei servizi territoriali, individuati sulla base di una valutazione che tiene conto delle difficoltà, dei bisogni e delle potenzialità dei suoi componenti.

#### **Obiettivi**

L’Assegno di inclusione (ADI) è una misura di sostegno economico e di inclusione sociale e professionale che utilizza l’approccio dell’inclusione attiva basato sull’erogazione di un contributo economico e sulla definizione di percorsi personalizzati di accompagnamento all’inserimento lavorativo e all’inclusione sociale.

L’obiettivo del percorso personalizzato (patto per l’inclusione sociale, patto di servizio personalizzato) è quello di accompagnare il sostegno economico, con un progetto concretamente orientato alla rimozione delle cause che sono alla base della condizione di povertà e a favorire una migliore e piena integrazione della persona, e del nucleo nel suo insieme, nel contesto sociale ed economico nel quale si svolge la sua esistenza.

Destinatari I destinatari dei percorsi personalizzati sono tutti coloro che accedono all’Assegno di inclusione (ADIn), dato che sono tenuti all’obbligo di adesione e alla partecipazione attiva a tutte le attività formative, di lavoro, nonché alle misure di politica attiva, comunque denominate, individuate nel progetto di inclusione sociale e lavorativo, nonché i componenti del nucleo familiare, maggiorenni, che esercitano la responsabilità genitoriale, non già occupati e non frequentanti un regolare corso di studi, e che non abbiano carichi di cura. Sono esclusi da tale obbligo lavorativo e sociale:

1. i beneficiari dell'Assegno di inclusione titolari di pensione diretta o comunque di età pari o superiore a sessanta anni;
2. i componenti con disabilità, ai sensi della legge 12 marzo 1999, n. 68, fatta salva ogni iniziativa di collocamento mirato[*note*]Unica eccezione che comporta la sottoscrizione del PaIS riguarda le persone con responsabilità genitoriale che si trovano in condizione di disabilità e/o di età superiore a 60 anni. In questi casi si conferma esclusione dall'obbligo lavorativo ma permane l'obbligo sociale.[/i>];
3. i componenti affetti da patologie oncologiche;
4. i componenti con carichi di cura, valutati con riferimento alla presenza di soggetti minori di tre anni di età, di tre o più figli minori di età, ovvero di componenti il nucleo familiare con disabilità o non autosufficienza;
5. i componenti inseriti nei percorsi di protezione relativi alla violenza di genere e le donne vittime di violenza, con o senza figli, prese in carico da centri antiviolenza riconosciuti dalle regioni o dai servizi sociali nei percorsi di protezione relativi alla violenza di genere.

Infine, sono esclusi dagli obblighi lavorativi le persone con responsabilità genitoriale che risultano già occupate o frequentanti un regolare corso di studio.

I componenti del nucleo familiare con disabilità o di età pari o superiore a sessanta anni o inseriti nei percorsi di protezione relativi alla violenza di genere possono comunque richiedere l'adesione volontaria a un percorso personalizzato di accompagnamento all'inserimento lavorativo o all'inclusione sociale.

### **Modalità di accesso per i destinatari**

Con la sottoscrizione del Patto di attivazione digitale (PAD) del nucleo familiare, viene effettuato l'invio automatico dei dati del nucleo familiare al servizio sociale del comune di residenza per l'analisi e la presa in carico dei componenti con bisogni complessi e per l'attivazione degli eventuali sostegni, nonché del percorso personalizzato di inclusione sociale e lavorativa dei componenti del nucleo familiare.

A seguito dell'invio automatico dei dati del nucleo familiare, entro centoventi giorni dalla sottoscrizione del PAD, all'esito positivo dell'istruttoria, i beneficiari sono convocati o, in assenza di convocazione, devono presentarsi per il primo appuntamento presso i servizi sociali al fine di consentire la valutazione multidimensionale dei bisogni del nucleo familiare.

La convocazione dei beneficiari attivabili al lavoro nonché dei richiedenti la misura e dei relativi nuclei beneficiari da parte dei comuni/Ambiti sociali può essere effettuata tramite la piattaforma digitale, ovvero con altri mezzi, quali messaggistica telefonica o posta elettronica, utilizzando i contatti a tal fine forniti dai beneficiari.

In assenza di convocazione da parte dei Servizi sociali, qualora nei termini indicati non risulti avvenuto un primo incontro, l'erogazione del beneficio è sospesa, per essere riattivata a seguito dell'incontro. Resta fermo che il nucleo beneficiario che non si presenta alle convocazioni da parte dei servizi, senza giustificato motivo, decade dalla misura.

### **Modalità operative**

I beneficiari, di norma, vengono convocati dall'Ambito sociale/Comune. I servizi sociali effettuano una valutazione multidimensionale dei bisogni del nucleo familiare, finalizzata alla sottoscrizione di un patto per l'inclusione sociale.

### **Il Patto per l'inclusione sociale e sostegni in esso previsti**

I beneficiari dell'ADIn, anche se esclusi dagli obblighi di attivazione lavorativa, sono comunque tenuti ad aderire a un percorso personalizzato di inclusione sociale finalizzato alla sottoscrizione del patto di inclusione, ad eccezione delle categorie esonerate. In assenza dell'assolvimento di tale obbligo il nucleo familiare non ha diritto all'ADIn.

Il Patto per l'inclusione sociale è frutto di un'elaborazione condivisa tra famiglia e servizi, finalizzata a supportare un processo di cambiamento e di attivazione da parte dei componenti del nucleo ed è da essi sottoscritto. Attraverso il Patto per l'Inclusione Sociale (PaIS) i servizi sociali dell'Ambito sociale/Comune, in eventuale accordo con altri servizi e soggetti territoriali, definiscono, sulla base dei bisogni e delle risorse del nucleo e dei suoi componenti gli impegni e sostegni attivabili ai fini della loro responsabilizzazione ed empowerment.

Questo accordo prevede specifici impegni da parte della famiglia e supporti da parte dei servizi territoriali, individuati sulla base di una valutazione che tiene conto delle difficoltà, dei bisogni e delle potenzialità dei suoi componenti.

Il progetto è definito, anche nella sua durata, secondo principi di proporzionalità, appropriatezza e non eccedenza rispetto alle necessità di sostegno del nucleo familiare rilevate, in coerenza con la valutazione multidimensionale e con le risorse disponibili, in funzione della corretta allocazione delle risorse medesime. La durata del progetto può eccedere la durata del beneficio economico.

Il progetto personalizzato individua, sulla base della natura del bisogno prevalente emergente dalle necessità di sostegni definite nel progetto, una figura di riferimento che ne curi la realizzazione e il monitoraggio, attraverso il coordinamento e l'attività di impulso verso i vari soggetti responsabili della realizzazione dello stesso.

Nel caso il componente del nucleo familiare sia già stato valutato dai competenti servizi territoriali e disponga di un progetto per finalità diverse da quelle relative all'accesso all'Assegno di inclusione a seguito di precedente presa in carico, la valutazione e la progettazione sono integrate secondo i principi e con gli interventi e i servizi previste dal nuovo contesto.

In esito alla valutazione multidimensionale, il Patto per l'inclusione sociale prevede, che accanto all'esplicitazione degli obiettivi/risultati attesi e agli impegni che la famiglia assume (contatti con i servizi, ricerca attiva di lavoro, frequenza scolastica, ecc.), siano individuati gli specifici sostegni di cui il nucleo necessita.

Il Patto investe le diverse dimensioni del benessere del nucleo – lavoro, formazione, istruzione, salute, casa – e riporta ad unitarietà gli interventi che possono essere messi in campo da parte delle diverse filiere amministrative di governo dei servizi territoriali (servizi sociali, centri per l'impiego, agenzie regionali per la formazione, ASL, scuola, servizi specialistici sociosanitari, uffici per le politiche abitative, ecc.).

Oltre al segretariato sociale rivolto a tutti i cittadini e al servizio sociale professionale, l'elenco dei sostegni (interventi e servizi) finanziabili nel progetto personalizzato afferenti al sistema integrato di interventi e servizi sociali, includono:

1. tirocini finalizzati all'inclusione sociale, all'autonomia delle persone e alla riabilitazione;
2. sostegno socio-educativo domiciliare o territoriale, incluso il supporto nella gestione delle spese e del bilancio familiare;
3. assistenza domiciliare socio-assistenziale e servizi di prossimità;
4. sostegno alla genitorialità e servizio di mediazione familiare;
5. servizio di mediazione culturale;
6. servizio di pronto intervento sociale.

Il Ministero del Lavoro e delle politiche sociali ha stabilito, inoltre, quale obiettivo di servizio che almeno per tutti i nuclei in cui sia stata individuata la presenza di bisogni complessi o particolari criticità, venga attivato come sostegno nel progetto uno degli interventi o dei servizi sociali sopra elencati. Inoltre, viene confermata la necessità di prevedere l'attivazione di un percorso di sostegno alla genitorialità ogni qual volta si presenti una situazione di bisogno complesso e nel nucleo sia presente un bambino o una bambina nei primi mille giorni di vita. Al riguardo, si sottolinea l'utilità, ove possibile, di attivare interventi di educativa domiciliare.

Il progetto definisce metodologie di monitoraggio, verifica periodica (ogni 90 giorni) ed eventuale revisione, tenuto conto della soddisfazione e delle preferenze dei componenti il nucleo familiare.

### **Il percorso di attivazione lavorativa**

In esito alla valutazione multidimensionale dell'intero nucleo familiare effettuata dai servizi sociali, con riferimento ai soli componenti di età compresa tra i diciotto e i cinquantanove anni, che esercitano le responsabilità genitoriali, tenuti agli obblighi di attivazione lavorativa, sono individuati i componenti attivabili al lavoro, obbligati al percorso di attivazione lavorativa.

Per il tramite di GePI, i componenti attivabili al lavoro sono comunicati ai Centri per l'impiego o ai soggetti accreditati ai servizi per il lavoro, per la sottoscrizione del patto di servizio personalizzato entro sessanta giorni dalla comunicazione.

I componenti con responsabilità genitoriale, avviati al percorso di attivazione lavorativa, sono tenuti agli impegni assunti con il patto di servizio personalizzato[<sup>note</sup>]Il patto di servizio personalizzato può prevedere

l'adesione ai percorsi formativi previsti dal Programma nazionale per la Garanzia di occupabilità dei Lavoratori (GOL) e tutta una serie di interventi afferenti alle politiche del lavoro e della formazione quali:

orientamento specialistico;

- Ausilio alla ricerca di una occupazione, anche mediante sessioni di gruppo; accompagnamento al lavoro anche attraverso l'utilizzo dell'assegno individuale di ricollocazione;
- Tirocini di orientamento e formazione; erogazione dell'indennità di partecipazione a tirocini; attività di sostegno e supporto dei processi di apprendimento nei contesti lavorativi;
- Accompagnamento al lavoro autonomo o all'avvio di impresa; accompagnamento alla formazione; accesso al micro-credito, incentivi all'attività di lavoro autonomo e altri strumenti finanziari;
- Strumenti finalizzati alla conciliazione dei tempi di lavoro con gli obblighi di cura nei confronti di minori o di soggetti non autosufficienti;
- Formazione per il conseguimento di qualifiche professionali; formazione per lo sviluppo di competenze trasversali e di base;
- Altra formazione breve; indennità di frequenza ai percorsi formativi; certificazione delle competenze, anche per acquisizione di qualifica professionale; attività a supporto della partecipazione a percorsi formativi. [/note].

A seguito della sottoscrizione del patto di servizio personalizzato, ogni novanta giorni, i soggetti attivabili al lavoro sono tenuti a presentarsi ai Centri per l'impiego o presso i soggetti accreditati ai servizi per il lavoro presso cui sia stato sottoscritto il patto di servizio personalizzato per aggiornare la propria posizione.

Nel caso di mancata sottoscrizione del patto di servizio personalizzato nei termini indicati l'erogazione del beneficio è sospesa. Resta fermo che i soggetti attivabili al lavoro che non si presentano alle convocazioni da parte dei servizi senza giustificato motivo, e che non sottoscrivono il PSP, decadono dalla misura.

### **I progetti utili alla collettività (PUC)**

Nell'ambito del percorso personalizzato può essere previsto l'impegno dei beneficiari dell'ADIn alla partecipazione a progetti utili alla collettività (PUC), a titolarità dei comuni o di altre amministrazioni pubbliche a tale fine convenzionate con i comuni, in ambito culturale, sociale, artistico, ambientale, formativo e di tutela dei beni comuni, da svolgere presso il comune di residenza, compatibilmente con le altre attività del beneficiario.

Lo svolgimento di tali attività è a titolo gratuito, non è assimilabile a una prestazione di lavoro subordinato o parasubordinato e non comporta comunque l'instaurazione di un rapporto di pubblico impiego con le amministrazioni pubbliche.

Equivale alla partecipazione ai progetti utili alla collettività, ai fini della definizione degli impegni nell'ambito dei patti per l'inclusione sociale, anche la partecipazione, definita d'intesa con il comune, ad attività di volontariato presso enti del Terzo settore e a titolarità degli stessi, da svolgere nel comune di residenza nei medesimi ambiti di intervento.

### **Professionalità coinvolte**

Il Patto per l'inclusione sociale è definito, in accordo con la famiglia, dal referente incaricato (assistente sociale) del servizio sociale che svolge la funzione di case manager. In presenza di bisogni complessi (inclusi i casi di bisogni prioritariamente relativi ad aree specialistiche di intervento, come ad esempio salute mentale, dipendenze ecc.), è auspicabile che sia definito da una Equipe Multidisciplinare, composta dal referente incaricato del servizio sociale, dalla famiglia e altri operatori della rete dei servizi territoriali, identificati in base alla documentazione presente e alle aree di osservazione emerse come rilevanti nel Quadro di analisi.

### **Costi per i destinatari**

Non ci sono costi per chi accede alla prestazione.

### **Finanziamenti**

I Servizi per la definizione dei percorsi personalizzati e i sostegni in essi previsti per coloro che accedono all'Assegno di inclusione sono finanziati dalla quota del Fondo per la lotta alla povertà e all'esclusione

sociale[<sup>note</sup>]di cui all'articolo 7, comma 3, del decreto legislativo 15 settembre 2017, n. 147.[/<sup>note</sup>], attribuita agli Ambiti territoriali sociali (ATS).

Le risorse stanziare si possono utilizzare per i beneficiari dell'Assegno di inclusione (ADIn), nonché per i nuclei familiari e gli individui in simili condizioni di disagio economico (in possesso di attestazione ISEE non superiore a 9.360 euro).

Nel triennio 2024-2026 le risorse complessivamente afferenti al Fondo Povertà sono pari a 594.677.545 euro nel 2024, 601.120.765 euro nel 2025 e 617 milioni di euro nel 2026. Una parte significativa del Fondo è dedicata esplicitamente al finanziamento, fra l'altro, del progetto personalizzato e dei sostegni in esso previsti per un importo di 369 milioni di euro nel 2024, di 376 milioni nel 2025 e di 392 milioni nel 2026 (Cfr. Tab.1). Più precisamente, quest'ultimo stanziamento è destinato al finanziamento della valutazione multidimensionale (LEPS), all'attivazione dei servizi e sostegni presenti nel Patto per l'Inclusione Sociale (LEPS), ai Sistemi informativi (collegati al contrasto alla povertà), ai Progetti Utili alla Collettività (PUC) e alle attività di volontariato a titolarità degli enti del terzo settore (ETS) definite d'intesa con gli Ambiti sociali/Comuni.

Tab. 1 - Finanziamenti del Fondo povertà 2024-2026 dedicati al Progetto personalizzato ed ai sostegni in esso previsti (in euro)

| Funzione  | 2024        | 2025        | 2026        |
|---|-------------|-------------|-------------|
| Segretariato sociale e altri servizi per la presa in carico (valutazione multidimensionale e progetto personalizzato) | 369.677.545 | 376.120.765 | 392.000.000 |
| Su un Totale del Fondo povertà di   | 594.677.545 | 594.677.545 | 594.677.545 |

<https://www.welforum.it/leps-i-servizi-per-la-definizione-dei-percorsi-personalizzati-e-i-sostegni-in-essi-previsti/>

**welforum.it** Osservatorio nazionale  
sulle politiche sociali

## LEPS: i servizi per la valutazione multidimensionale

Franco Pesaresi, | 04 dicembre 2024

*Questo articolo è il tredicesimo 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.", dei "Servizi per la residenza fittizia per i senza dimora", dell'"Assistenza domiciliare sociale", della "Supervisione del personale dei servizi sociali", del "Servizio sociale professionale", dei "servizi sociali di sollievo per le persone anziane non autosufficienti", dell'Indicatore della situazione economica equivalente (ISEE), dei "Servizi sociali di supporto per le persone anziane non autosufficienti" dei "Contributi" per gli anziani non autosufficienti ed ora invece mi occupo della Valutazione multidimensionale per coloro che accedono all'Assegno di inclusione (ADIn).*

*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.

Le diverse norme che si sono succedute nel tempo prima per la sperimentazione del “Reddito di inclusione”, poi per l’attuazione del “Reddito di cittadinanza” ed infine per l’”Assegno di inclusione” hanno previsto due nuovi livelli essenziali strettamente interconnessi:

1. I servizi per la valutazione multidimensionale;
2. I servizi per la definizione dei percorsi personalizzati e i sostegni in essi previsti [note]D.L. 48/2023, art. 6 comma 8. [/note] (ovvero il Patto per il lavoro e il Patto per l'inclusione sociale e i sostegni in essi previsti [note]D.L. 4/2019 Art. 4 comma 14. [/note]).

Questi livelli essenziali si riferiscono al solo percorso di contrasto alla povertà e sono esigibili nei limiti delle risorse disponibili a legislazione vigente.

L’individuazione del LEPS relativo alla Valutazione multidimensionale per l’accesso alla misura nazionale per il contrasto alla povertà, che oggi è l’Assegno di inclusione, è avvenuta con addirittura con tre disposizioni di legge. La prima è del 2017 che individua come LEPS i “servizi per la valutazione multidimensionale” (art. 5 D. Lgs.147/2017).

Successivamente, con D.L. 4/2019 Art. 4 comma 13, si è stabilito che “Il Patto per il lavoro e il Patto per l'inclusione sociale e i sostegni in essi previsti, nonché la valutazione multidimensionale che eventualmente li precede, costituiscono livelli essenziali delle prestazioni, nei limiti delle risorse disponibili a legislazione vigente”.

La nuova formulazione ha posto un nuovo quesito e cioè se il Patto per il lavoro, il Patto per l'inclusione sociale, i sostegni in essi previsti e la valutazione multidimensionale costituiscano un solo LEPS oppure due.

Risolve il dubbio, con qualche residua incertezza, la successiva norma contenuta nel D. L. 48/2023 art. 6 comma 8 che identifica “i servizi per la definizione dei percorsi personalizzati e i sostegni in essi previsti” quali livelli essenziali autonomi e quindi separati dalla valutazione multidimensionale.

Essendo quest’ultima norma successiva a tutte le altre in base al principio interpretativo “cronologico [note]Secondo tale principio la norma legiferata successivamente modifica o abroga quella precedente di pari grado. [/note]” delle norme, sostituisce le norme precedenti. Per cui se il D.L 48/2023 afferma che un livello essenziale è costituito dai “servizi per la definizione dei percorsi personalizzati e i sostegni in essi previsti” non può più valere la norma precedente che collocava nello stesso livello essenziale sia i Servizi per i percorsi sia la Valutazione multidimensionale.

Occorre dunque prenderne atto e, per simmetria, ritenere che siamo in presenza di due LEPS uno dei quali è la “Valutazione multidimensionale” che in modo autonomo era stato previsto sin dall’art. 5 D.Lgs.147/2017.

La presente scheda si riferisce pertanto al livello essenziale relativo alla valutazione multidimensionale relativa ai percorsi di contrasto alla povertà ed attuazione delle norme sull’Assegno di inclusione (ADIn).

## Denominazione del LEPS

I servizi per la valutazione multidimensionale (per chi accede all’Assegno di inclusione)

## Descrizione sintetica del LEPS

Che cosa si intenda per servizi per la valutazione multidimensionale viene spiegato nell’art. 7 del D. Lgs. 147/2017 laddove si specifica che i servizi per l'accesso e la valutazione (...) afferenti al sistema integrato di interventi e servizi sociali, di cui alla legge n. 328 del 2000, includono il:

1. segretariato sociale;
2. servizio sociale professionale per la presa in carico, inclusa la componente sociale della valutazione multidimensionale.

Per cui, in estrema sintesi, l’attuazione del livello essenziale relativo ai “Servizi per la valutazione multidimensionale” si concretizza nella presenza di assistenti sociali incaricati di effettuare le valutazioni multidimensionali per i nuclei familiari che hanno richiesto l’Assegno di inclusione (ADIn).

I servizi sociali effettuano la valutazione multidimensionale e definiscono insieme al nucleo familiare che richiede l’Assegno di inclusione il percorso personalizzato di inclusione sociale e lavorativa.

La valutazione multidimensionale ha come obiettivo quello di informare gli operatori sui bisogni e le caratteristiche dei nuclei familiari, al fine di definire una **progettazione personalizzata**.

La valutazione multidimensionale è finalizzata ad identificare i bisogni del nucleo familiare e dei suoi componenti, tenuto conto delle risorse e dei fattori di vulnerabilità del nucleo, nonché dei fattori ambientali e di sostegno presenti. In particolare, sono oggetto di analisi:

1. condizioni e funzionamenti personali e sociali;
2. situazione economica;
3. situazione lavorativa e profilo di occupabilità;
4. educazione, istruzione e formazione;
5. condizione abitativa;
6. reti familiari, di prossimità e sociali.

La valutazione multidimensionale è composta: dall'**Analisi preliminare**, obbligatoria per tutti i nuclei convocati dai servizi degli Ambiti/Comuni e, ove necessario, dal **Quadro di analisi**, che rappresenta un'opportunità di conoscenza approfondita di ogni nucleo in presenza di bisogni complessi.

La valutazione multidimensionale consente, di:

### **1. Identificare gli attivabili al lavoro**

Identificare, nell'ambito dei componenti del nucleo tenuti agli obblighi di attivazione lavorativa, coloro che sono immediatamente attivabili al lavoro, da indirizzare ai competenti Centri per l'impiego per la definizione anche dei Patti di servizio personalizzati;

### **2. Trovare le cause di esclusione**

Acquisire la documentazione inerente eventuali cause di esclusione dagli obblighi di attivazione lavorativa non già identificate dai dati amministrativi;

### **3. Definire i patti per l'inclusione sociale**

Acquisire gli elementi necessari per la definizione di Patti per l'inclusione sociale per tutti i nuclei beneficiari. In seguito alla valutazione multidimensionale, i componenti del nucleo vengono indirizzati ad un particolare percorso o combinazione di percorsi di natura sociale, sociosanitaria o lavorativa, che definiscono la progettazione personalizzata del nucleo. In base alle caratteristiche personali, l'adesione al percorso in alcuni casi è prevista solo su base volontaria. Pertanto, per alcuni nuclei potrebbe non essere definito un Patto per l'inclusione sociale.

### **Obiettivi**

La valutazione multidimensionale è finalizzata ad identificare i bisogni del nucleo familiare e dei suoi componenti, tenuto conto delle risorse e dei fattori di vulnerabilità del nucleo, nonché dei fattori ambientali e di sostegno presenti al fine di definire una progettazione personalizzata degli interventi.

### **Destinatari**

La valutazione multidimensionale dei bisogni del nucleo familiare e la definizione del percorso personalizzato di inclusione sociale e lavorativa coinvolgono indistintamente tutti i nuclei beneficiari dell'ADIn, indipendentemente dalla presenza o meno di componenti tenuti agli obblighi di attivazione lavorativa e dal loro eventuale indirizzamento anche ai servizi per il lavoro.

I nuclei familiari devono risultare, al momento della presentazione della richiesta e per tutta la durata dell'erogazione del beneficio, in possesso congiuntamente dei requisiti previsti dal D. L. 48/2023. L'Assegno di inclusione è riconosciuto, a richiesta di uno dei componenti del nucleo familiare, a garanzia delle necessità di inclusione dei componenti di nuclei familiari con disabilità, nonché dei componenti minorenni o con almeno sessant'anni di età ovvero dei componenti in condizione di svantaggio e inseriti in programmi di cura e assistenza dei servizi sociosanitari territoriali certificati dalla pubblica amministrazione.

### **Modalità di accesso per i destinatari**

A seguito dell'invio automatico dei dati del nucleo familiare al servizio sociale del Comune/ATS di residenza, si avvia il percorso di accompagnamento. I servizi sociali convocano il nucleo familiare entro 120 giorni dalla presentazione del Patto di Attivazione Digitale (PAD) ed effettuano una valutazione multidimensionale dei bisogni del nucleo familiare, finalizzata alla sottoscrizione di un patto per l'inclusione sociale.

È auspicabile convocare i nuclei familiari entro 60 giorni dalla sottoscrizione del PAD in modo da arrivare a finalizzare il Patto di Inclusione Sociale entro 120 giorni. In ogni caso i beneficiari sono tenuti, anche in assenza di convocazione, a presentarsi ai servizi sociale entro 120 gg dalla sottoscrizione del PAD, pena la sospensione del beneficio.

### **Modalità operative**

La valutazione multidimensionale è effettuata da operatori del servizio sociale coinvolgendo operatori afferenti alla rete dei servizi territoriali, con particolare riferimento ai servizi per l'impiego, la formazione, le politiche abitative, la tutela della salute e l'istruzione.

La valutazione è organizzata in un'analisi preliminare e in un quadro di analisi approfondito, laddove necessario in base alla condizione del nucleo.

Gli strumenti di presa in carico dei beneficiari dell'ADIn sono disponibili in modalità informatica sulla Piattaforma GePi che consente di calendarizzare gli appuntamenti e formalizzare la valutazione multidimensionale.

I componenti il nucleo collaborano con gli operatori dei servizi ai fini della valutazione multidimensionale e della definizione del Patto per l'inclusione sociale e si impegnano ad accettare espressamente gli obblighi e rispettare gli impegni previsti nel Patto.

L'analisi preliminare (AP) è finalizzata ad orientare, mediante colloquio con il nucleo familiare, le successive scelte relative alla definizione del progetto personalizzato.

Il responsabile dell'analisi preliminare è un assistente sociale, opportunamente identificato dai servizi competenti dell'Ambito Territoriale Sociale (ATS).

L'AP serve per indagare 5 dimensioni di analisi: anagrafica della famiglia e caratteristiche dei componenti, situazione economica della famiglia (ISEE), bisogni del richiedente e del suo nucleo, servizi attivi per il nucleo familiare ed elementi per la definizione del Patto.

Laddove, in esito all'analisi preliminare, la situazione di povertà emerga come esclusivamente connessa alla sola dimensione della situazione lavorativa, i beneficiari sono indirizzati anche al competente centro per l'impiego per la sottoscrizione dei Patti per il lavoro. Laddove, in esito all'AP, emerga che uno o più componenti siano attivabili al lavoro, i beneficiari dovranno sottoscrivere oltre al Patto per l'inclusione sociale (PaIS) anche il Patto personalizzato a cura del Centro per l'impiego (CPI).

### **Quadro di analisi**

Laddove, in esito all'analisi preliminare, emerga la necessità di sviluppare un quadro di analisi approfondito, è costituita una équipe multidisciplinare composta da un operatore sociale identificato dal servizio sociale competente e da altri operatori afferenti alla rete dei servizi territoriali, identificati dal servizio sociale a seconda dei bisogni del nucleo più rilevanti emersi a seguito dell'analisi preliminare, con particolare riferimento ai servizi per l'impiego, la formazione, le politiche abitative, la tutela della salute e l'istruzione.

Nel caso la persona sia stata già valutata da altri servizi e disponga di un progetto per finalità diverse, la valutazione e la progettazione sono acquisite ai fini della valutazione. Non si dà luogo alla costituzione di équipe multidisciplinari, nel caso in cui la persona sia stata già valutata da altri servizi, e quando, in esito all'analisi preliminare e all'assenza di bisogni complessi, non ne emerga la necessità. In tal caso, al progetto personalizzato eventualmente in versione semplificata, provvede il servizio sociale.

I servizi sociali nel procedere alla valutazione multidimensionale dei bisogni del nucleo familiare, finalizzata alla sottoscrizione di un patto per l'inclusione avviano ai centri per l'impiego i componenti del nucleo familiare, di età compresa tra 18 e 59 anni, tenuti agli obblighi di attivazione lavorativa, qualora risultino attivabili al lavoro, per la sottoscrizione del patto di servizio personalizzato.

Tale patto è sottoscritto entro sessanta giorni da quando i componenti vengono avviati al centro per l'impiego.

## **Monitoraggio**

Il Ministero del lavoro e delle politiche sociali è responsabile della valutazione dell'efficacia dell'Assegno di inclusione e del coordinamento dell'attuazione dei livelli essenziali delle prestazioni sociali e a questo fine si avvale del Sistema informativo unitario dei servizi sociali che aggiunge fra le sue finalità anche quella di monitorare il rispetto dei livelli essenziali delle prestazioni.

## **Professionalità coinvolte**

La valutazione multidimensionale è effettuata da operatori del servizio sociale competente del comune o dell'ambito territoriale sociale (ATS).

Qualora emerga la necessità di sviluppare un quadro di analisi approfondito, è costituita una équipe multidisciplinare composta da un operatore sociale identificato dal servizio sociale competente e da altri operatori afferenti alla rete dei servizi territoriali, identificati dal servizio sociale a seconda dei bisogni del nucleo più rilevanti emersi a seguito dell'analisi preliminare, con particolare riferimento ai servizi per l'impiego, la formazione, le politiche abitative, la tutela della salute e l'istruzione.

All'interno dell'équipe viene individuata una figura di riferimento (case manager o operatore 'responsabile della famiglia', piuttosto che del "caso") che coordina il lavoro di équipe, in particolare la compilazione del Quadro di analisi e la realizzazione e il monitoraggio del Patto per l'inclusione sociale, e che rappresenta il principale riferimento per la famiglia.

## **Costi per i destinatari**

Non ci sono costi per chi accede alla valutazione multidimensionale.

## **Finanziamenti**

L'elemento principale che serve per attuare questo Livello essenziale è costituito dalla presenza degli assistenti sociali per cui i finanziamenti a cui far riferimento sono quelli dedicati all'assunzione di tale personale specialistico.

Le risorse con cui finanziare le assunzioni a tempo indeterminato di assistenti sociali (che costituiscono esse stesse un altro LEPS (Cfr. Pesaresi, 2024)) sono relative a due diversi fondi distribuiti ai comuni e agli Ambiti territoriali sociali:

1. Quota parte del Fondo per la lotta alla povertà e all'esclusione sociale. Dall'anno 2022, sono riservati 180 milioni di euro di tale fondo alle assunzioni degli assistenti sociali degli ATS/comuni per il raggiungimento del LEPS relativo. Di questi, nel 2023, sono stati spesi 64,8 milioni di euro. La parte non vincolata del Fondo potrà comunque essere utilizzata anche per le assunzioni di assistenti sociali in quei territori che hanno un rapporto inferiore a 1:6.500;
2. Quota parte del Fondo di solidarietà comunale (FSC) finalizzata al finanziamento e allo sviluppo dei servizi sociali comunali svolti in forma singola o associata dai comuni, di cui al comma 792 dell'art. 1 della Legge di bilancio 2021 (L.178/2020). Tale fondo dispone di un finanziamento annuo crescente pari a 345,9 milioni di euro per il 2024 ma che arriverà a 650.923.000 euro annui a decorrere dall'anno 2030. Dal 2025, parte di tale fondo verrà trasferito al Fondo speciale equità livello dei servizi ma con medesime funzioni di sviluppo dei servizi sociali comunali. Nel 2022 i comuni che appartengono ad ATS sotto soglia hanno ricevuto risorse aggiuntive per circa 114 milioni.

<https://www.welforum.it/leps-i-servizi-per-la-valutazione-multidimensionale/>

# **IL COVID-19 IN ITALIA**

**LA GESTIONE E GLI  
INSEGNAMENTI**

**FRANCO PESARESI**

WELFARE EBOOK N.12/2024

<https://francopesaresi.blogspot.com/2024/12/ebook-il-covid-19-in-italia-la-gestione.html>



**APRIREnetwork**

Assistenza PRIMaria In REte  
Salute a Km 0

## **Fragilità, cronicità e diseguaglianze di salute - primo articolo online**

*"(...) Per affrontare cronicità, fragilità e disuguaglianze in salute (...) il mantenimento dell'attuale approccio prevalente, basato sulla erogazione di singole prestazioni, risulta inefficace oltre che non sostenibile."*

Fragilità, cronicità e diseguaglianze di salute – 2024

È disponibile online il **primo capitolo** del **progetto editoriale FRAGILITÀ, CRONICITÀ E DISEGUAGLIANZE DI SALUTE**, edito da *Cultura e Salute Editore Perugia*:

- **Riformare le Cure Primarie, chiave necessaria per affrontare le sfide emergenti: cronicità, fragilità, disuguaglianze di salute - a cura di Fulvio Lonati, presidente di APRIRENetwork**





# A global agenda for dignity and health: a personal opinion

Gabriel Ivbijaro<sup>1,2,3,4,5,\*</sup>

Academic Editor: Birgitta Dresp-Langley

## Abstract

La dignità è fondamentale per un'assistenza sanitaria di buona qualità. Ogni incontro, che sia a casa, nell'istruzione, al lavoro o in contesti sanitari, ha il potenziale per essere un incontro positivo di dignità. La dignità è radicata nel contesto culturale e si basa su valori che includono santità, libertà, responsabilità, dovere e servizio agli altri. Deriva da una comunità solidale. Dobbiamo lavorare in collaborazione con cittadini, governo e altre organizzazioni per garantire che siano presenti le condizioni e il supporto per far sì che ciò accada. C'è bisogno di fornire assistenza basata sulle prove che incorpori l'esperienza umana nello sviluppo di linee guida, radicata nella dignità per tutti i cittadini. Questo commento si basa sulla mia esperienza personale nel campo e fornisce una base per un futuro numero speciale per continuare il discorso sulla dignità.

**Parole chiave:** dignità, assistenza sanitaria, cultura, linee guida

**Citazione:** Ivbijaro G. Un'agenda globale per la dignità e la salute: un'opinione personale. *Academia Mental Health and Well-Being* 2024;1. <https://doi.org/10.20935/MHealthWellB7361>

## 1. Introduzione

Il concetto di dignità è importante e deve essere considerato in tutti gli aspetti della salute. I legami tra dignità e diritti umani sono stati riconosciuti nella Dichiarazione universale dei diritti umani [1], e un tema che dovremmo considerare in materia di salute è il ruolo dell'empatia e del trattamento reciproco con rispetto.

Definire la dignità in ambito sanitario è difficile, ma ogni individuo riconosce istintivamente una violazione della propria dignità e riconosce allo stesso modo quando la propria dignità viene rispettata.

Praticamente tutti vogliono che la propria dignità venga mantenuta e rafforzata, anche se non sono in grado di definirla. Una persona la cui dignità viene rispettata o rafforzata lo sentirà, e una persona la cui dignità viene violata lo sentirà anche. Il rapporto di potere tra individui e gruppi è fondamentale per comprendere la prospettiva della dignità, e questo è particolarmente evidente per le popolazioni svantaggiate [2].

Le persone con problemi di salute mentale che potrebbero ricevere cure in ospedale o a casa possono rientrare in questa categoria e hanno maggiori probabilità di subire violazioni della dignità.

È quindi imperativo per coloro che lavorano nel settore sanitario e per coloro che forniscono assistenza essere vigili e denunciare le violazioni della dignità ogni volta che le vediamo, ricordando che un giorno, potresti essere tu.

La dignità è radicata nei valori, tra cui la santità, la libertà, la responsabilità, il dovere e il servizio agli altri.

La dignità è influenzata dal contesto culturale.

Salute e benessere sono essenziali per vivere una vita appagante e mantenere la propria dignità. Eriksson ha suggerito che la dignità umana deriva da una comunità solidale [3–5].

Ogni interazione umana ha il potenziale per essere un incontro di dignità, che sia a casa, al lavoro, in luoghi pubblici o in situazioni sociali, che siano pubbliche o private [6].

Le relazioni sono importanti quando si considera la dignità. Il modo in cui parliamo l'uno con l'altro, il modo in cui ci relazioniamo e il modo in cui ci percepiamo a vicenda sono tutti fattori che contano, e il potere è più importante della ricchezza quando si considerano questioni relative alla dignità [2, 7, 8].

Dobbiamo imparare a dare ai pazienti il potere di prendersi cura della propria salute e di prendere decisioni al riguardo, poiché ciò probabilmente migliorerà il recupero e i risultati dei pazienti.

La cultura è dinamica, non statica, e ciò che poteva essere culturalmente accettabile 100 anni fa potrebbe non esserlo oggi.

Il modo in cui venivano forniti gli interventi sanitari in passato potrebbe non essere appropriato ora e potrebbe comportare violazioni della dignità.

Ecco perché dobbiamo continuare a essere sensibili e vigili nel rivedere regolarmente l'appropriatezza delle nostre interazioni e dei percorsi di cura all'interno della cultura prevalente.

Dobbiamo essere disposti a mettere in discussione ciò che crediamo e sappiamo essere sbagliato.

Una revisione sistematica del 2022 della dignità segnalata dai pazienti e delle cure dignitose durante i ricoveri ospedalieri acuti in una serie di contesti ospedalieri ha rilevato che molti pazienti in tali contesti hanno subito una perdita di dignità da lieve a grave durante la loro degenza.

Gli autori hanno sottolineato l'importanza di adottare un approccio attivo per promuovere la dignità nell'assistenza ai pazienti, includendo il miglioramento della dignità come parte della pianificazione dell'assistenza per alleviare il disagio e supportare il funzionamento migliorato, migliorando potenzialmente i risultati sanitari generali e la soddisfazione per i servizi sanitari [9].

Il mio interesse per la dignità dei pazienti è iniziato negli anni '80 durante la mia formazione iniziale in psichiatria presso l'Università del Benin, in Nigeria, dove ci sono meno strutture per la cura di persone con disturbi psichiatrici e una pressione significativa sul sistema.

La dignità negli incontri con i pazienti era spesso una considerazione secondaria. La mia esperienza nell'assistenza sanitaria primaria globale ha rafforzato il fatto che c'è molto che si può fare per migliorare la dignità del paziente negli incontri correlati alla salute mentale.

È importante dare alle cure primarie gli strumenti per fornire più assistenza sanitaria mentale più vicino a casa.

Questo è stato affrontato nel 2008 attraverso un lavoro congiunto con Wonca (Organizzazione mondiale dei medici di famiglia) e l'OMS (Organizzazione mondiale della sanità), "Integrare la salute mentale nell'assistenza primaria: una prospettiva globale" [10].

Questa pubblicazione ha definito i principi chiave per fornire più interventi di salute mentale basati sulle prove nell'assistenza primaria, fornendo esempi globali per migliorare la dignità del paziente e migliorare la sua esperienza di assistenza sanitaria mentale.

Le raccomandazioni chiave di questo rapporto includevano l'abilitazione dell'auto-cura a tutti i livelli di intervento, dalla comunità all'ambiente ospedaliero, consentendo agli individui di partecipare alle proprie cure, migliorando così la loro autonomia e dignità. Il rispetto dei diritti umani dovrebbe essere centrale nell'assistenza, supportato da quadri giuridici appropriati per garantire protezioni legali che evitino violazioni della dignità e supportino il miglioramento della dignità nell'assistenza.

Ho continuato questo lavoro attraverso il World Dignity Project, un'organizzazione benefica volta a promuovere e migliorare la dignità della salute mentale nelle esperienze dei pazienti.

Ho interagito con il pubblico per sentire cosa significhi la dignità nella salute mentale a livello personale [11, 12].

Trascurare l'esperienza del paziente porta a violazioni della dignità, che è qualcosa che dobbiamo combattere. La dignità dovrebbe essere attivamente considerata nello sviluppo e nell'erogazione di tutti i percorsi di assistenza e, a mio parere, possiamo utilizzare i percorsi di assistenza come strumento per monitorare le nostre attività nell'interazione paziente-clinico e i più ampi determinanti della salute.

Dobbiamo promuovere attivamente la dignità a tutti i livelli della società per garantire la dignità nella salute. Dobbiamo considerare il livello sociale, compresi i quadri giuridici che supportano l'erogazione dell'assistenza sanitaria e la dignità.

Dobbiamo richiedere che politiche e linee guida appropriate vengano applicate in tutti gli incontri.

Inoltre, dobbiamo adottare un approccio che tenga conto del corso di vita, affrontando le esigenze di assistenza prenatale, bambini e adolescenti, adulti in età lavorativa e anziani, tenendo conto anche dell'alloggio e dei farmaci che forniamo.

Il linguaggio utilizzato e gli stili di comunicazione sono importanti quando si promuove la dignità in contesti sanitari e dobbiamo tenere conto dell'autostigma e dello stigma pubblico per migliorare la dignità [13].

I medici che si prendono cura dei pazienti devono considerare attivamente il ruolo della dignità nella loro erogazione delle cure. Un documento del 2021 ha proposto un quadro pratico per l'erogazione delle cure agli anziani con problemi di salute mentale e ha preso in considerazione le considerazioni aggiuntive quando si prendono cura del numero crescente di persone che necessitano di cure in contesti residenziali e di case di cura.

I medici e altro personale sanitario hanno un ruolo nel garantire che forniscano cure basate sulla dignità.

Ciò può essere ottenuto attraverso una migliore comunicazione tra gli utenti del servizio e coloro che si prendono cura di loro e delle loro famiglie, insieme a piani di cura dettagliati e co-prodotti, una buona alimentazione, una gestione ottimale del dolore, una buona igiene dentale e la prevenzione della solitudine e dell'isolamento: la dignità dovrebbe essere al centro di tutti i piani di cura [14].

La recente pandemia di COVID-19 ha posto la dignità nella salute in primo piano. Uno studio del 2020 ha preso in considerazione l'impatto psicologico delle violazioni della dignità sugli individui.

La gestione della solitudine e dell'isolamento sociale è stata identificata come una preoccupazione significativa e l'esclusione digitale ha colpito una parte significativa della popolazione, con il risultato che molte persone non sono state in grado di beneficiare delle iniziative governative online, con un impatto sproporzionato su coloro che hanno un reddito basso, i vulnerabili e le persone con problemi di salute mentale a lungo termine. I problemi evidenziati per la considerazione a livello di popolazione quando si affrontano le inevitabili pandemie future includevano la fornitura di telepsichiatria ben supportata e finanziata e assistenza primaria virtuale; gruppi di supporto online che si incontrano regolarmente; lo sviluppo di servizi accessibili non online, come linee di assistenza 24 ore su 24, 7 giorni su 7; e contatto umano proattivo attraverso reti comunitarie [15].

Dobbiamo migliorare l'assistenza che forniamo utilizzando percorsi di assistenza appropriati basati sulle prove. Il lavoro svolto in Europa aiuta a fornire informazioni su ciò che è possibile e sui benefici di ciò, suggerendo che quando si forniscono linee guida e protocolli, anche l'esperienza umana dovrebbe essere inclusa [16]. Le linee guida possono essere meccaniche e guidate da obiettivi. Gli anziani sono una popolazione vulnerabile perché potrebbero aver bisogno di assistenza personale in contesti a lungo termine e noi abbiamo e c'è molto da imparare dai paesi nordici

[17]. La Norvegia ha una "Garanzia di dignità" per gli anziani per fornire un quadro giuridico che garantisca che l'assistenza sia fornita con dignità per gli anziani [18, 19]. Dovremmo sostenere l'inclusione dell'esperienza umana nello sviluppo e nella fornitura di tutte le linee guida perché, senza misurarla, non possiamo progredire. Dobbiamo puntare a rendere una garanzia di dignità una realtà per i cittadini del mondo.

## **2. Conclusioni**

La mia visione per la rivista *Academia Mental Health and Well-Being* è quella di unire una comunità eterogenea, che includa la comunità dei servizi, inclusi decisori politici, autorità legali, clinici e altri professionisti della salute e del benessere. Il numero speciale di *Academia Mental Health and Well-Being* esplorerà come la dignità umana e la compassione attraverso l'empatia portino a risultati di salute desiderabili

sia per l'individuo che per la società nell'assistenza sanitaria. Insieme, puntiamo a mostrare i successi e a identificare aree di miglioramento, rendendo la dignità nell'assistenza sanitaria una priorità universale nell'agenda globale e sviluppando il nostro quadro per consentire incontri di dignità basati sull'empatia per tutti.

<https://doi.org/10.20935/MHealthWellB7361>



## **OMS. In arrivo una crisi sanitaria globale**

**Kent Buse, Larry Gostin, Adeeba Kamarulzaman e Martin McKee**

L'annuncio dell'amministrazione statunitense di ritirarsi dall'Organizzazione Mondiale della Sanità è un duro colpo per la salute globale. Kent Buse e colleghi propongono azioni urgenti per la comunità internazionale per mitigare il danno (1).

Quando la precedente amministrazione Trump annunciò il suo ritiro dall'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS), la decisione provocò onde d'urto in tutto il mondo<sup>1</sup>.

Sebbene quella decisione sia stata annullata dalla subentrante amministrazione Biden, Trump ci ha provato di nuovo.

E questa volta ha tempo a sufficienza per completare il processo di ritiro in 12 mesi.

Questa rottura dei legami tra la più grande economia mondiale e il principale ente di sanità pubblica rappresenta una battuta d'arresto importante per la diplomazia sanitaria, la collaborazione scientifica e i finanziamenti.

Le ripercussioni si estenderanno oltre i confini, lasciando l'OMS più debole e gli Stati Uniti isolati quando le sfide sanitarie globali richiederanno unità.

Per decenni, l'OMS è stata un faro di cooperazione internazionale, coordinando le risposte alle epidemie, promuovendo lo scambio scientifico, stabilendo norme e fornendo un'assistenza tecnica di inestimabile valore.

I vantaggi dell'adesione sono immensi, tra cui la sorveglianza delle malattie, il rafforzamento del sistema sanitario e la diplomazia sanitaria. Gli Stati Uniti hanno contribuito a creare l'OMS e sono stati un finanziatore e un leader chiave per oltre 75 anni<sup>2</sup>.

Storicamente, gli Stati Uniti sono stati il più grande finanziatore sanitario globale al mondo, sostenendo programmi per combattere l'AIDS, la tubercolosi e la malaria, la preparazione e la risposta alle pandemie e per migliorare la salute materna e infantile.

Il suo ritiro mina non solo le finanze e i programmi dell'OMS, ma anche l'influenza e la posizione dell'America nel mondo.

Il ritiro dall'OMS non "Rende Più Sana l'America", ma riduce gravemente l'influenza e la posizione americana nel mondo, minacciando al contempo i suoi interessi nazionali e la salute della popolazione<sup>3</sup>.

Mentre l'OMS perde finanziamenti e competenze da parte di forse il suo membro più importante, ci chiediamo come la comunità sanitaria globale possa sostenere la sua continua efficacia e resilienza.

Vediamo tre pilastri principali, in cui un'azione concertata potrebbe supportare l'OMS. Il primo è il racconto. Le organizzazioni di sanità pubblica, i ricercatori e le organizzazioni della società civile devono difendere l'OMS e dimostrare il suo ruolo essenziale nella salute globale.

Dati gli istinti populistici del presidente Trump, gran parte di questa difesa ricadrà sugli scienziati e le organizzazioni statunitensi, sottolineando i benefici a lungo termine dell'OMS per la popolazione statunitense. Il pubblico principale cui rivolgersi non dovrebbe essere la nuova amministrazione, molti dei cui membri sono scettici nei confronti delle organizzazioni internazionali e della scienza stessa.

Anche coloro che comprendono l'importanza dell'impegno degli Stati Uniti negli affari mondiali hanno fortemente criticato l'OMS<sup>4</sup>. Negli Stati Uniti, la sanità pubblica è principalmente una funzione statale.

I leader degli Stati, i media e la società civile dovrebbero evidenziare il particolare danno che verrà arrecato alla salute in patria e all'estero.

Ciò porrebbe le basi per un ampio sostegno per un'eventuale inversione di questa decisione, sia da parte di questa amministrazione che di una futura. Il secondo è il denaro.

Durante il primo mandato di Trump, quando annunciò la sua intenzione di ritirarsi dall'OMS, diversi paesi europei contribuirono a colmare il vuoto di finanziamenti e leadership.

È improbabile che ciò accada questa volta, date le realtà politiche che devono affrontare i principali donatori, l'Unione Europea, la Francia, la Germania e il Regno Unito.

Inoltre, i problemi saranno probabilmente esacerbati se l'amministrazione Trump ridurrà i finanziamenti anche ad altre organizzazioni globali nei settori della salute e dello sviluppo.

Prevediamo in particolare una riduzione importante dei finanziamenti per la salute sessuale e riproduttiva.

Le organizzazioni filantropiche e gli individui facoltosi potrebbero essere in grado di colmare alcune lacune nei finanziamenti, ma è irrealistico aspettarsi che sostituiscano gli Stati Uniti.

Le nazioni BRICS, recentemente espansive, hanno una pessima reputazione nel finanziamento di organizzazioni multilaterali<sup>5</sup>.

Tuttavia, molte hanno la capacità di aumentare significativamente i finanziamenti, soprattutto con sovvenzioni non-vincolate all'OMS, tra cui Brasile, Cina, India e Sudafrica.

Gli Stati del Golfo hanno enormi capacità finanziarie e dovrebbero intensificare il loro impegno per sostenere l'OMS, soprattutto dato il loro interesse nell'affrontare le sfide sanitarie in Medio Oriente. I loro investimenti dimostrerebbero un impegno condiviso per la sicurezza sanitaria globale.

Oltre all'aumento dei finanziamenti, i governi possono supportare direttamente l'OMS distaccando esperti di sanità pubblica presso l'organizzazione.

Ciò compenserebbe le potenziali carenze di personale garantendo al contempo una continua collaborazione tecnica tra l'OMS e i suoi stati membri.

Il terzo è lo scambio di conoscenze scientifiche. Se l'impegno diretto degli Stati Uniti rimane limitato, bisogna esplorare canali informali. Molte organizzazioni americane hanno legami esistenti con l'OMS, sia direttamente che come parte di organismi globali.

Decine di Collaborating Centres in università, ospedali, istituti di ricerca e laboratori sono attivi nel supportare l'OMS. L'OMS potrebbe utilmente rivedere la sua rete di Collaborating Centres negli Stati Uniti, identificando modi per rafforzarli.

I Collaborating Centres con sede negli Stati Uniti e altre entità simpatizzanti potrebbero fungere da intermediari, facilitando la collaborazione tra esperti statunitensi e le loro controparti globali.

Né dobbiamo dimenticare gli elevati rischi per coloro che promuovono la salute pubblica globale negli Stati Uniti.

Molte università americane, che ospitano Collaborating Centres, potrebbero esse stesse affrontare gravi minacce dalla nuova amministrazione<sup>6</sup> i cui membri le hanno descritte come bastioni di un'élite "woke".

La comunità globale dovrà anche fare i conti con un forte aumento di disinformazione e scetticismo scientifico, che fomentano la sfiducia nella sanità pubblica, inclusa l'OMS. Le agenzie di sanità pubblica negli Stati Uniti sono ora guidate da individui scarsamente qualificati che mettono in discussione i principi scientifici di base<sup>7</sup>.

La minaccia all'OMS e alla salute globale non è mai stata così grande. È fondamentale che la comunità internazionale si faccia avanti per sostenere un'Organizzazione Mondiale della Sanità solida e resiliente

**<https://doi.org/10.1136/bmj.r116> (Published 21 January 2025) Cite this as: BMJ 2025;388:r116.**

# Education as protection against adult mortality

*A global systematic review and meta-analysis*

**“Effects of education on adult mortality: A global systematic review and meta-analysis” (The Lancet Public Health, 2024) provides the most comprehensive evidence to date of the reduction in all-cause mortality risk, associated with each year of schooling. The study was conducted by the Centre for Global Health Inequalities Research (CHAIN), in collaboration with the Institute for Health Metrics and Evaluation (IHME).**

While the positive impact of education on reducing adult mortality has long been known, this is the first global study to calculate exactly how much each year of schooling reduces all-cause adult mortality risk.

## What is all-cause mortality?

All-cause mortality measures the total amount of deaths in a population from all causes in a given time, including disease and harmful exposure.

## Recommendations

- Investments to reduce disparities in education can help improve health outcomes and reduce health inequalities.
- Schooling policies and resources can be structured as proactive investments for health.

## Key findings

Higher educational attainment is linked with lower levels of adult mortality. This is true for people of all ages, genders, time periods, birth groups, and different social and demographic backgrounds.

### The CHAIN-IHME study also shows that:

- With each additional year of education, a person’s risk of mortality goes down by 1.9%. Even at higher levels of education, the reduction in mortality risk with each additional year remains stable.
- The health risks linked to having fewer years of education can be compared to the risks associated with smoking and excessive alcohol consumption.

## Each year of education reduces all-cause mortality risk

Compared to 0 years of education, completing 6 years of education (roughly primary school level in most areas) was associated with a 13.1% reduction in all-cause mortality risk when controlling for age, sex, and marital status. This value increased to 24.5% after 12 years and 34.3% after 18 years of education. This translates to an average 1.9% reduction per year of education across the 18 years.



# First and most comprehensive global study to quantify the importance of years of schooling in reducing adult mortality - How does the CHAIN-IHME study go beyond what we already know?

## Identifying under-examined benefits of education

No previous study has attempted to systematically identify the impact of years of schooling on adult mortality risk at a global level. CHAIN and IHME have improved our understanding of education as a determinant of health by quantifying the % reduction in risk of adult mortality per additional year of education.

## Going beyond high-income countries and child mortality

Previous reports on educational inequalities focus often on their effects on child mortality, while those on adult mortality are mostly available for high-income countries. This comprehensive global study includes data on varied economic contexts and focuses on adult mortality across age groups from 18 to 70+ years.

## Creating comparability between level of education and other determinants of health outcomes

This study makes it possible to compare the effect of education on mortality risk with that of other high-impact social determinants of health and behavioural risk factors, such as level of physical activity, smoking and alcohol consumption.

## Exceeding previous studies in scale, geographic and demographic scope

This CHAIN-IHME study exceeds previous studies on educational inequalities in scale, geographic and demographic scope. It offers a global systematic review and meta-analysis of all existing studies on educational inequalities in adult mortality, which is not restricted by time, location, or language.



## The UN Sustainable Development Goals

Education offers a way to improve the health of current and future generations while also fostering sustainable development. It promotes opportunities, participation

in society, and provides knock-on effects for other factors that shape our health and lives.

The results of this study provide robust evidence to support the United Nations Sustainable Development Goals (SDGs), which target inclusive and

quality education for everyone (SDG 4), gender equality (SDG 5), and reduction of inequalities within and between countries (SDG 10). Investments to reduce inequalities in education can be important drivers for improved health outcomes.

## Effects of education on reducing adult mortality by age group, sex and Socio-demographic Index

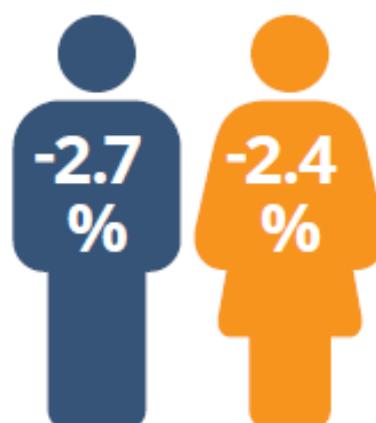
### AGE

- Each year of schooling led to a 2.9% reduction in mortality risk for people **aged 18 to 49**.
- Adults **older than 50** had an average reduction of 0.8% per year.
- Even **after 70**, higher education was significantly protective.



### SEX<sup>1</sup>

- There was no difference in the protective effect of each year of education between male and female populations **globally**.
- However, among **high-income countries** the reduction per year of education was greater in males (when controlling for age only)



**SDI level:** Socio-demographic Index (SDI) measures where countries sit on the spectrum of development. This is the first meta-analysis to examine links between SDI levels and educational inequalities in mortality. **There is no clear difference in the effect of education on adult mortality across SDI levels.**

## Exploring factors underlying these findings

Education shapes socioeconomic development, social and gender empowerment, and our ability to improve our socioeconomic position.

The positive effect of education on all-cause mortality risk is known to be mediated by health behaviours:

- Higher education facilitates access to better employment and higher income, better healthcare, and helps us take better care of our own health.
- Highly educated people tend to develop a larger set of social and psychological resources that shape their health and the length of their lives.
- Having received fewer years of schooling is correlated with higher rates of cardiovascular disease and cancer mortality. The benefits of education extend into old age and are significant across sexes and economic contexts.
- Education can impact a person's habits, and ultimately how likely they are to live a long and healthy life.

## Contextualising the results

### Education as a protective factor

**18 years of schooling reduces the risk of all-cause mortality by 34.3%, compared to no education.**

This compares to:

- the reduction in risk of ischaemic heart disease that results from eating enough vegetables, compared to not eating any vegetables.
- the difference in risk of all-cause mortality between people that meet the recommended level of physical activity compared to those that do not.

### Low education as a risk factor

Adults that have not received any education face higher risks for ill-health than those that have received 18 years. These increased risks compare to

- The risk of lung cancer for a current five pack-year smoker compared to a never smoker<sup>2</sup>.
- A high-volume alcohol drinker compared to an occasional drinker.

<sup>1</sup>These sex-stratified models controlled for age only, as there is some evidence to indicate that the effects of marriage differ between sexes.

<sup>2</sup>[...] pack-year calculations [...] multiply smoking use per day with years of smoking. Thus, a person who has smoked half a pack (10 cigarettes) daily for 10 years is a five pack-year smoker. *APOCT14-CE.pdf (ncpa.ca)*

## Considerations for future research

*Education is an important determinant of health. Investing in education can contribute to improving health outcomes across the life course.*

### A call for future research to address research limitations

The majority of studies that were identified in this CHAIN-IHME review are from high-income settings. Additional investment in research in low- and middle-income countries is needed to identify the effects of this essential determinant of health.

The scarcity of studies from sub-Saharan and North Africa should be addressed in future research and should be a funding priority.

### Increased investments in education are a pathway for reducing inequities in mortality

- The study improves our understanding of education as a social determinant that shapes our health.
- Younger generations are impacted more by educational inequalities. Better schooling policies and more resources can be used as proactive investments for health.
- More research is needed to unpack the protective effect of education on specific causes of mortality. This will provide more detailed information to further inform policy and decision makers.

**Corresponding Author:** Terje Andreas Eikemo — **First Authors:** Mirza Balaj, Claire A Henson — **Authors:** Amanda Aronsson, Aleksandr Aravkin, Kathryn C Beck, Claire J Degail, Lorena Donadello, Kristoffer Eikemo, Joseph Friedman, Anna Giouleka, Indrit Grdeci, Simon I Hay, Magnus Rom Jensen, Susan A McLaughlin, Erin C Mullany, Erin M O'Connell, Kam Sripada, Donata Stonkute, Reed J.D. Sorensen, Solvor Solhaug, Hanne Dahl Vonen, Celine Westby, Peng Zheng, Talal Mohammad, Terje Andreas Eikemo, Emmanuela Gakidou

*All references can be found in the article. The study contains detailed methodological descriptions and annexes. The factsheet was prepared by CHAIN partner EuroHealthNet, the European Partnership for Improving Health, Equity and Wellbeing.*



Institute for Health  
Metrics and Evaluation



This publication is supported by a grant awarded by the Norwegian Research Council (project number 288638) to the Centre for Global Health Inequalities Research (CHAIN) at the Norwegian University of Science and Technology (NTNU). This work was also supported by the Bill & Melinda Gates Foundation (grant OPP1152504) and the Rockefeller Foundation-Boston University Commission on Social Determinants, Data, and Decision Making (3-D Commission). CHAIN is a world leading centre and interdisciplinary research network for global health inequalities, led by the Norwegian University of Science and Technology (NTNU). It brings together expert researchers in the field of health, social determinants, civil society and the UN system to advance health inequalities research, especially for children. Stay informed by following us on Facebook or Twitter, and visiting our website.

The Institute for Health Metrics and Evaluation (IHME) is an independent population health research center at UW Medicine, part of the University of Washington, that provides rigorous and comparable measurement of the world's most important health problems and evaluates the strategies used to address them. IHME makes this information freely available so that policymakers have the evidence they need to make informed decisions about how to allocate resources to best improve population health.

EuroHealthNet is a Partnership of organisations, agencies and statutory bodies working on public health, disease prevention, promoting health and reducing inequalities. EuroHealthNet's mission is to improve and sustain health between and within European States through action on the social determinants of health, and to tackle health inequalities. To find out more about our work, visit our website [eurohealthnet.eu](http://eurohealthnet.eu) and follow us on X, Instagram, LinkedIn or YouTube.

# DOPPIOZERO

## Falso

Stefano Bartezzaghi

Il 21 febbraio del 1979, un mercoledì, la professoressa di italiano della mia classe di liceo assieme al registro posò sulla cattedra anche una copia di *Repubblica*, quotidiano che non le avevamo mai visto sfogliare.

Alla ricreazione cercai di soddisfare la mia curiosità, ma lei mi disse soltanto, parendo però un po' imbarazzata, che sul filobus che la portava a scuola un passeggero leggeva il quotidiano, con un grande titolo che l'aveva colpita e così, una volta giunta alla sua fermata, era passata da un'edicola.

Ma la copia che aveva acquistato portava un altro titolo.

Quello che intravisto in filovia aveva, molto comprensibilmente, colpito la professoressa era: "È la terza guerra mondiale". L'articolo di fondo di Eugenio Scalfari si intitolava:

"Manteniamo la calma" e cominciava con una sentenza "Ci siamo: anche la terza guerra mondiale è scoppiata, al pari delle altre due". Del tutto simile a una prima pagina di *Repubblica* non si trattava del quotidiano allora giunto al terzo anno di pubblicazione.

Era invece uno dei falsi prodotti dal settimanale satirico *Il Male*, in cui ottime contraffazioni della grafica di quotidiani (oltre a *Repubblica*, *Il Corriere della sera*, *La Stampa*, *Paese Sera*) riportavano notizie di grande clamore, come l'arresto di Ugo Tognazzi in quanto capo delle Brigate Rosse, l'estinzione dello Stato, lo sbarco di extraterrestri sulla Terra.

È appena uscito un libro curato da protagonisti di quell'epoca che ne rievoca le gesta: Mario Canale, Angelo Pasquini, Giovanna Caronia, *Gli anni del Male, Quando la satira diventa realtà*, (DeriveApprodi, 2024).

In un'epoca in cui le potenzialità di "falsogenesi" dell'Intelligenza Artificiale non potevano essere neppure sospettate, le copertine del *Male* costituiscono l'episodio che mise con maggiore evidenza sotto gli occhi di tutti la potenza eversiva del Falso, inteso sia come categoria filosofica sia come genere testuale sia, perfino, come reato.

C'erano stati casi storici, come quello dei *Protocolli dei Savi di Sion*, dimostrati falsi già nel 1921 ma serviti anche in seguito ad alimentare la propaganda antisemita nazista e tuttora circolanti.

C'erano i falsi

artistici, come i Vermeer prodotti da Han van Meegeren e da questo venduti a musei e a gerarchi nazisti negli anni Trenta e Quaranta.

C'era anche stato pochi anni prima un esperimento della Rai, condotto da Umberto

Eco a scopo di studio, in cui si mostrava a un campione di pubblico un documentario che narrava una rivolta in Liechtenstein, in realtà non avvenuta ("Storia di una rivoluzione mai esistita", 1976).

Un esperimento analogo andò realmente in onda nel 1990, nel programma di RaiDue Mixer, quando il giornalista Enrico Deaglio costruì con la complicità di un testimone mendace e un montaggio di filmati in parte genuini e in parte ingannevoli un'inchiesta intesa a dimostrare che nel referendum istituzionale del 1946 sulla forma dello

Stato italiano la maggioranza dei voti era in realtà andata alla monarchia (alla fine della puntata si rivelava la finzione ma ancor oggi la puntata stessa viene citata da filomonarchici a prova dei presunti brogli).

Ma a colpire l'immaginario collettivo come le false prime pagine prodotte dal *Male* fu soltanto la vicenda delle false teste di Modigliani (Livorno, 1984).

Di fronte ai casi che si moltiplicano oggi, per esempio Kamala Harris vestita da militare russa o il video prodotto via AI del pranzo fra Joe Biden e Donald Trump alla Casa Bianca, mi torna sempre in mente quella mia professoressa: la sua sorpresa, il suo tentativo di documentarsi, il suo smarrimento e la sensazione di esserci cascata come una stupida che deve averla pervasa quando nel corso della stessa mattinata studenti lettori del *Male* le rivelarono il tranello. Io so che Kamala Harris non è stata arruolata dall'esercito russo, so che Biden e Trump hanno avuto un incontro assai più formale, così come quel giorno sapevo che la Terza guerra mondiale non era scoppiata (essendo io stesso un lettore del *Male*). Ma so anche che un falso viene rivelato da alcuni parametri che, a decenni di distanza da quegli eventi, sono parecchio mutati.

Uno dei massimi studiosi del Falso è stato Umberto Eco, che ha dedicato all'argomento studi semiotici, articoli, corsi universitari, conferenze, esperimenti scientifici e persino romanzi (*Baudolino*, Bompiani 2000; *Il cimitero di Praga*, Bompiani, 2010).

Quello che Eco conclude è che difendersi dal Falso non è affatto difficile; quello che è difficile è avere un concetto del Vero.

Per rendersene conto basta guardare a coloro che hanno un concetto solidissimo del Vero: per esempio i terrapiattisti o gli antivaccinisti.

La loro fiducia è incrollabile e sono impermeabili a qualsiasi tentativo di dimostrazione del fatto che quanto loro credono vero sia in realtà falso.

I falsi Vermeer furono scoperti anche perché il falsario aveva usato pennelli prodotti nel Novecento. Se avesse trovato dei pennelli del Seicento (così come aveva dipinto su tele dell'epoca) questo non avrebbe "dimostrato" l'autenticità.

Così come l'aver emulato perfettamente lo stile pittorico di Vermeer, aver rispettato i canoni pittorici vigenti all'epoca di lui, non aver compiuto altri errori, furono fattori capaci di incrementare la verosimiglianza del suo inganno ma incapaci di costituire una prova.

Non abbiamo alcun sistema di comunicazione che impedisca di mentire o che rilevi il Falso e ce lo riveli.

Un punto che può essere utile oggi di quei ragionamenti (spesso profetici) di Eco riguarda la differenza tra falso e contraffazione.

Che fosse scoppiata la Terza guerra mondiale era falso: ma ci si poteva ingannare soltanto vedendo la pagina da lontano, come accadde alla mia sfortunata professoressa di lettere. Il resto del fascicolo era un numero del *Male*, con la testata bene in vista, e denunciava del tutto chiaramente la sua natura di burla. Era un falso, ma era soltanto in parte una contraffazione.

Se io credo che piovga e lo dico, se c'è il sole ho detto il falso ma non sto contraffacendo il vero.

È contraffazione soltanto se so che il tempo è sereno ma dico che piove perché non voglio uscire. Il problema, dice Eco, è di ordine non ontologico bensì pragmatico.

Il falso del *Male* si presentava come vero ma ammetteva subito di essere falso. Il falso dei Protocolli antisemitici si presenta come vero e resiste alle smentite storiche e filologiche poiché approfitta dello statuto di "Verità che provano a soffocare", uno statuto che di per sé nella nostra società ha una forte capacità veridittiva.

I deepfake e in genere i falsi prodotti dall'AI – come l'annuncio di un attacco al Pentagono o il video in cui il governatore di Bankitalia promuove prodotti finanziari – non hanno enunciazione, appaiono nelle bacheche e nelle timeline dei social network come dei "si dice che".

Se sul piano del contenuto il loro è un effetto dirompente, sul piano dell'espressione appaiono come dati di fatto, banalità di cui prendere atto, qualcosa che ormai tutti sanno.

Come tutto ciò che circola sul web vengono chiamati "contenuti" proprio perché è come se non avessero espressione e enunciazione, ma si imponessero come pure realtà.

È il motivo per cui le intercettazioni telefoniche circolano e vengono considerate, fanno opinione, anche quando sono illecite e frutto di abusi di inquirenti giudiziari o investigatori privati.

Ciò che diventa "virale" cancella le tracce della sua produzione e quindi non appare più dipendere da un'intenzione né può essere contraffazione.

Potrebbe essere falso, certo. Ma intanto è.

E nel frattempo parlare di Terza guerra mondiale non fa più ridere.

<https://www.doppiozero.com/falso>



# Health at a Glance: Europe 2024

STATE OF HEALTH IN THE EU CYCLE



[https://www.oecd.org/en/publications/health-at-a-glance-europe-2024\\_b3704e14-en.html](https://www.oecd.org/en/publications/health-at-a-glance-europe-2024_b3704e14-en.html)

# Health, the missing chapter in the Draghi Report on Europe's future



Martin Atiles,<sup>1</sup> Anneli de Boer,<sup>2</sup> and Tansun Henry<sup>3</sup>

<sup>1</sup>London School of Hygiene and Tropical Medicine, London, England, UK

<sup>2</sup>University of Amsterdam, School of Law, Law for Health and Life, Amsterdam, the Netherlands

<sup>3</sup>University of London, The City Law School, London, England, UK



Presentando il suo rapporto<sup>1</sup> sulla futura competitività dell'Europa, Mario Draghi, ex Presidente della Banca Centrale Europea, ha scritto che "l'Europa si trova di fronte a una scelta tra paralisi, uscita o integrazione. L'uscita è stata tentata e non ha prodotto ciò che i suoi sostenitori speravano. La paralisi sta diventando insostenibile mentre scivoliamo verso una maggiore ansia e insicurezza.

Quindi, l'integrazione è la nostra unica speranza rimasta". Draghi stava rispondendo alle preoccupazioni sulla capacità dell'Europa di sfruttare l'innovazione tecnologica e la transizione energetica, perseguendo al contempo la sostenibilità. Il rapporto segnala anche la necessità che l'UE si posizioni nei confronti di altre potenze economiche e politiche, delineando la tabella di marcia politica per i prossimi cinque anni dell'Europa e oltre, che, con il Presidente Trump come nuovo Presidente degli Stati Uniti, è diventato ancora più rilevante e urgente.

Tuttavia, nonostante le oltre 400 pagine, presenta una grave omissione: la salute dei cittadini europei. La salute viene menzionata, ma solo in termini di contributo dell'industria farmaceutica e opportunità derivanti dall'estrazione di dati sanitari nello European Health Data Space e dalla condivisione di dati genomici oltre confine.

Questa omissione è sorprendente, dato che il rapporto si concentra sulla bassa produttività economica dell'Europa, il che, ad esempio, significa che dobbiamo produrre più prodotti e lavorare di più.

Mentre Draghi individua fattori quali la scarsa adozione della tecnologia informatica e la carenza di competenze, e chiede opportunamente investimenti significativi nell'istruzione, nello sviluppo delle competenze (in particolare nella tecnologia e nelle industrie verdi), nelle riforme del mercato del lavoro e in una maggiore mobilità del lavoro all'interno e tra gli Stati membri per abbinare le competenze alle opportunità di lavoro, possiamo identificare una serie di problemi correlati alla salute che avrebbero dovuto essere inclusi: investimenti in una popolazione sana, anche nell'istruzione e in particolare per le piccole aziende; e investimenti nei sistemi sanitari, in particolare nelle nuove tecnologie e nella ricerca biomedica, e come manifestazione del contratto sociale.

In primo luogo, si consideri l'investimento in una popolazione sana.

Come mostra il rapporto Draghi, l'Europa sta affrontando crisi della forza lavoro e la malattia è una delle principali ragioni per cui le persone abbandonano il lavoro.<sup>2</sup>

Nei lavori che comportano lavoro manuale, le menomazioni fisiche possono rendere impossibile il lavoro.

Ma è vero anche per il lavoro non manuale. La cattiva salute mentale è un problema crescente in molti Paesi e influisce sulla partecipazione alla forza lavoro nel corso della vita.

L'uscita dalla forza lavoro associata a malattia è particolarmente probabile nelle aree in cui ci sono poche opportunità di lavoro, mentre coloro che sono già svantaggiati nel mercato del lavoro, comprese le donne, sono colpiti in modo sproporzionato.

Vivere uno shock sanitario, come un infarto, in età media aumenta notevolmente la probabilità di uscire dalla forza lavoro,<sup>3</sup> soprattutto per gli uomini, coloro che hanno un'istruzione superiore e coloro che ricoprono incarichi dirigenziali.<sup>4</sup> Anche se le persone rimangono nella forza lavoro, coloro che soffrono di malattia sono probabilmente meno produttivi.

Mentre vi è un notevole dibattito su come misurare al meglio la produttività della forza lavoro, i metodi convenzionali trovano costantemente un'associazione tra cattiva salute e minore produttività.<sup>5</sup>

Ci sono altri due modi in cui la salute contribuisce alla crescita economica. I giovani in cattiva salute hanno maggiori probabilità di perdere la scuola e di ottenere risultati peggiori nelle lezioni, il che porta a un livello di istruzione inferiore e all'acquisizione di competenze.

Inoltre, sebbene un po' meno studiata, la cattiva salute, soprattutto quando si presenta come uno shock sanitario che colpisce un individuo chiave, può essere devastante per le piccole aziende.

In secondo luogo, mancano investimenti nei sistemi sanitari.

I sistemi sanitari dovrebbero cercare di migliorare la loro produttività. Investire nella tecnologia da sola non è sufficiente. Sebbene la tecnologia sanitaria possa migliorare le prestazioni e l'efficienza degli operatori sanitari,<sup>6</sup> c'è ancora l'importanza continua dell'interazione umana nel settore. Inoltre, per ottenere risultati ottimali, potrebbe essere necessario cambiare i metodi di lavoro per implementare nuove tecnologie.

Queste considerazioni richiedono misure e investimenti sistematici per garantire che i sistemi sanitari possano adottare, implementare e, ove necessario, adattare le innovazioni.

Inoltre, le strutture sanitarie contribuiscono all'innovazione agendo come contesti per la ricerca clinica. Mentre le richieste all'Europa di reimpostare i suoi investimenti nella ricerca si intensificano come parte del "movimento Draghi",<sup>7</sup> la salute deve essere inclusa.

La partecipazione attiva alle sperimentazioni cliniche e alle innovazioni avvantaggia tutti.

Se vengono effettuati investimenti in attrezzature e capacità nelle strutture in cui si svolgono le sperimentazioni, queste strutture aumentano anche la produttività in quanto il personale qualificato viene formato e il talento viene mantenuto. Inoltre, i pazienti di queste strutture ottengono risultati migliori rispetto a quelli di istituzioni mediche che non partecipano alle sperimentazioni.

Una revisione completa non ha trovato prove che i pazienti siano danneggiati dalla partecipazione alle sperimentazioni e molti studi dimostrano che ne traggono beneficio, indipendentemente dal fatto che siano nel braccio di intervento o di controllo.<sup>8</sup>

E i pazienti, in generale, traggono vantaggio da un'innovazione più rapida, soprattutto se vengono intraprese più sperimentazioni al di fuori dei tipici ospedali altamente specializzati.

Le strutture sanitarie supportano anche gli investimenti interni, in particolare nelle aree che stanno vivendo un declino post-industriale. Agiscono come istituzioni di ancoraggio, integrate nella loro comunità e con un interesse personale nella sua prosperità. La loro presenza e il loro successo svolgono un ruolo fondamentale nell'attrarre e mantenere lavoratori qualificati in altri settori e, in alcuni casi, offrono un impiego ai loro familiari. Infine, l'investimento in salute e sistemi sanitari è una manifestazione del contratto sociale tra i governati e coloro che li governano, che insieme allo stato di diritto rafforza la fiducia sociale che è essenziale per il progresso sociale ed economico.<sup>9,10</sup>

[www.thelancet.com](http://www.thelancet.com) Vol 48 January, 2025

---

**la Repubblica**

## **Gli Usa se ne vanno, l'Oms taglia i fondi. Le conseguenze per la salute globale**

**a cura di redazione Salute**

Con l'annuncio del presidente Donald Trump e il ritiro degli Usa dall'Organizzazione mondiale della sanità (Oms), l'agenzia ridurrà i costi e rivedrà a quali programmi sanitari dare priorità. Trump ha fatto questa mossa il 20 gennaio scorso, primo giorno del suo secondo mandato, accusando l'agenzia sanitaria delle Nazioni Unite di aver gestito male la pandemia Covid e altre crisi sanitarie internazionali.

"Questo annuncio ha reso la nostra situazione finanziaria ancora più grave", ha detto il direttore generale dell'Oms, Tedros Adhanom in una nota. Le Nazioni Unite hanno confermato che gli Stati Uniti avrebbero dovuto ritirarsi dall'Oms il 22 gennaio 2026.

### **I finanziamenti Usa all'Oms**

Gli Usa sono di gran lunga il maggiore finanziatore dell'Oms, contribuendo con circa il 18% del suo budget complessivo. Quello biennale più recente dell'Organizzazione, per il 2024-2025, è stato di 6,8 miliardi di dollari. L'Oms ha comunicato di aver già lavorato per una riforma finalizzata a cambiare il metodo dei finanziamenti, con gli Stati membri che aumentano le loro tariffe obbligatorie e contribuiscono al round di investimenti lanciato lo scorso anno.

Ma, d'altro canto, ha detto anche che sarebbero necessari maggiori stanziamenti e che contemporaneamente i costi dovrebbero essere tagliati. Le conseguenze? Ciò comporterebbe, ad esempio, il fatto di rendere tutte le riunioni virtuali per impostazione predefinita senza un'approvazione eccezionale, di limitare la sostituzione delle apparecchiature high tech e di sospendere le ristrutturazioni degli uffici a meno che non siano legate alla sicurezza o a tagli dei costi già approvati. "Questa serie di misure non è completa e altre saranno annunciate a tempo debito", si legge ancora nella nota. Da Ginevra, intanto, l'Oms fa sapere che farà tutto il possibile per sostenere e proteggere il personale.

### **Le conseguenze**

Ma, al di là dei tagli, quali altre conseguenze può comportare l'uscita Usa dall'Oms? Se l'organizzazione, a causa del crollo dei fondi, dovesse collassare ci potrebbero essere problemi per la salute globale, ad esempio salterebbe il controllo delle malattie infettive nei Paesi in via di sviluppo.

Nella Costituzione dell'Oms si afferma che "il godimento del più alto standard di salute raggiungibile è uno dei diritti fondamentali di ogni essere umano senza distinzione di razza, religione, credo politico, condizione economica o sociale". In 76 anni di storia l'Oms ha organizzato campagne, ad esempio, per l'eradicazione del vaiolo, ha lavorato per ridurre l'uso del tabacco. Come ha detto il direttore generale, che ha anche contribuito "a eliminare, o quasi, di cinque malattie tropicali, ha reso l'immunizzazione infantile quasi universale e definito standard globali per l'acqua potabile sicura".

### **Rezza: "Duro colpo per i Paesi più poveri"**

Sul tema interviene anche Giovanni Rezza, professore di Igiene e Sanità pubblica all'Università Vita-Salute San Raffaele di Milano ed ex direttore generale della Prevenzione sanitaria al Ministero della Salute. Che sottolinea: "Il ritiro degli Usa dall'Oms potrebbe essere un duro colpo per i Paesi più deboli, in cui i sistemi di ricerca e sanitari sono particolarmente sostenuti proprio dall'Oms".

Oltre alle quote associative di circa 110 milioni di dollari all'anno, gli Stati Uniti sono appunto uno dei maggiori sostenitori volontari dell'Oms al momento, avendo contribuito con 1,1 miliardi di dollari nel 2022 e nel 2023. "Non si può dire che le critiche all'Oms siano del tutto infondate – prosegue Rezza -. È vero, ad esempio, che nelle decisioni dell'organismo e nella ripartizione delle cariche non ha gioco solo il merito personale, ma anche gli equilibri geopolitici. Ed è anche vero che la gestione di determinate crisi sanitarie nel tempo non hanno visto brillare l'Oms anche per il timore delle conseguenze economiche delle sue scelte. Ma rimane il punto che certe crisi sanitarie hanno portata globale ed è necessario il coordinamento di un organismo sovranazionale che possa indicare una strategia comune".

### **"Ruolo di integrazione fondamentale"**

L'esperto prosegue: "Allo stesso tempo, lo abbiamo visto con la patologia originariamente sconosciuta diffusasi in Congo, nei casi in cui ricercatori, medici e la struttura amministrativa non sono del tutto in grado di rispondere ad esempio a focolai di infezione, lì l'Oms ha un ruolo di integrazione fondamentale, che se indebolito esporrebbe tutti, anche chi abita negli stessi Usa a subire le conseguenze di epidemie e pandemie non gestite da personale in loco all'altezza".

Allo stato, la decisione dell'amministrazione Trump è solo l'inizio di una procedura nella quale potrebbe avere voce in capitolo anche il Congresso degli Usa.

### **E se uscisse anche l'Italia?**

Intanto, anche in Italia si muovono le acque. Uscire dall'Oms, dove l'Italia stessa siede dal 1947, in scia a quanto ha annunciato il presidente Trump è la proposta della Lega, presentata alla Camera da Claudio Borghi e da Alberto Bagnai, il primo senatore e l'altro deputato del partito di Matteo Salvini, entrambi esponenti di primo piano e da sempre euroscettici. Una proposta però che non pare essere gradita alle forze di governo.

Sull'iniziativa insiste via social lo stesso Salvini, spiegando che "l'Italia non deve più avere a che fare con un centro di potere sovranazionale, profumatamente finanziato dai contribuenti italiani, che va a braccetto con le multinazionali del farmaco". "Faremo di tutto perché il testo di legge sia calendarizzato al più presto e mi auguro che con gli alleati ci sia condivisione", aveva già detto Borghi, noto anche per le posizioni critiche sul vaccino Covid, sperando di raccogliere il consenso di Fdi e Fi.

Se Trump ha fatto riferimento ai costi eccessivi per l'amministrazione americana, ai troppi soldi versati all'Oms, la Lega pone l'accento sulla presunta "poca utilità dell'organizzazione" con sede a New York, parlando di "uno stipendio inutile agli interessi nazionali, un carrozzone che non fa del bene al mondo, ma solo ai propri dipendenti". Tuttavia, l'idea dei due leghisti non raccoglie, almeno per ora, alcuna adesione, lasciando freddi anche alcuni dirigenti che militano nello stesso partito di Borghi e Bagnai, che non nascondono dubbi sulla necessità di abbandonare l'Oms, vedendo più rischi che vantaggi.

[https://www.repubblica.it/salute/2025/01/24/news/oms\\_stati\\_uniti\\_finanziamenti\\_lega\\_italia-423958857/?ref=-BH-IO-P-S5-T1](https://www.repubblica.it/salute/2025/01/24/news/oms_stati_uniti_finanziamenti_lega_italia-423958857/?ref=-BH-IO-P-S5-T1)



<https://www.oxfamitalia.org/disuguaglianza-poverta-ingiusta-e-ricchezza-immeritata/>

## La sanità e il 2025. Ecco le sfide e le riforme più attese per il prossimo anno

Luciano Fassari

*Come sempre ci sarà tanta carne sul fuoco, ma con la difficoltà ormai cronica del sistema di aggiornarsi. Una criticità che fa apparire ogni anno di più il Ssn immobile rispetto alle sfide crescenti che ha di fronte. Ecco, in sintesi, cosa ci aspetta il nuovo anno.*

### 07 GEN -

Il 2025 che si è appena aperto sarà un anno importante perché oltre a rappresentare il giro di boa della legislatura porta con sé parecchie sfide per la sanità italiana. Prima fra tutte la necessità di riforme sostanziali. Se nei primi due anni di Governo si è lavorato sulla riorganizzazione (dal Ministero ad Aifa per citare le principali) e sugli interventi più urgenti come per gettonisti e liste d'attesa, quello che è mancato è un intervento organico che tracciasse la rotta oltre la siepe delle emergenze quotidiane.

Si auspica quindi l'arrivo del già annunciato nuovo Piano sanitario nazionale che dovrebbe essere la summa dell'impianto riformatore di questo Esecutivo. È ormai passato un anno dall'annuncio del Ministro della Salute, Orazio Schillaci ma per ora nulla di concreto è arrivato sul tavolo.

Molta attesa c'è poi la riorganizzazione di ospedali e territorio su cui era stato predisposto (non senza polemiche) un tavolo di lavoro nel 2023.

Sugli ospedali pare si voglia rafforzare il modello Hub & Spoke con l'individuazione di 10 grandi strutture nazionali. Ma oltre a questo la grande e attesa riforma sarà quella territoriale.

Sono sempre più crescenti, infatti, le voci di una riorganizzazione del lavoro di medici di famiglia, pediatri e specialisti ambulatoriali.

Per i mmg i rumors parlano (e questa non è una novità) di passaggio alla dipendenza per i nuovi, mentre coloro che vorranno mantenere il rapporto in convenzione dovranno in ogni caso garantire dalle 14 alle 16 ore settimanali nei presidi del territorio come le famigerate Case della Comunità.

Se ne parla da anni ma alla fine non se n'è mai fatto nulla, così come non si è mai dato seguito all'aggregazione degli studi senza intaccare il rapporto convenzionale. Vedremo se il Governo avrà la forza e la voglia d'intervenire.

Tema sempre caldo quello del personale. In questo mese potrebbe chiudersi la trattativa per il rinnovo del contratto del Comparto Sanità 2022-2024 e poi dovrebbero partire i lavori per il rinnovo di quello dei medici. Il clima è teso, viste anche le proteste del 2024. E in ogni caso si attende un piano assunzionale per far fronte alle carenze, soprattutto infermieristiche.

Saranno poi da vedere gli esiti dell'intervento sui medici a gettone a quasi due anni dalla legge che ne ha stretto le maglie per l'utilizzo. Attesa pure per i decreti attuativi della legge sulle Liste d'attesa che ancora sono tutti al palo.

Due comparti in fibrillazione sono anche quello del farmaco, uscito deluso dalle misure della Legge di Bilancio e quello dei Dispositivi medici, su cui non si arrestano le polemiche e gli allarmi per gli effetti del payback che la Consulta ha giudicato costituzionalmente legittimo.

Sempre per quanto riguarda il mondo del pharma, destano preoccupazione le modalità di applicazione in Italia del regolamento europeo in materia di tracciatura europea dei medicinali che, così come ipotizzato, rischia di creare seri problemi alle aziende, vista la deadline (senza proroghe al momento) del 9 febbraio per adeguare le etichettature.

Sul tavolo poi c'è da capire come proseguirà l'iter della riforma dell'accesso a Medicina i cui lavori (complicati) sono ancora in una fase embrionale.

Tra le riforme attese anche quelle sulla sanità integrativa su cui sta lavorando la Commissione Sanità del Senato e quella sulla colpa medica dopo che il tavolo di lavoro ha illustrato le sue proposte.

Vedremo poi come andrà a finire la querelle sul Decreto Tariffe con la pronuncia del Tar attesa per fine gennaio così come c'è curiosità di sapere quando uscirà il nuovo Piano pandemico.

Nodo da sciogliere anche quello sull'autonomia differenziata dopo i rilievi della Consulta e in attesa di sapere se il referendum sarà autorizzato.

Inoltre, nel 2025 (a meno di rinvii) andranno alle urne molte regioni: Campania, Veneto, Puglia, Toscana, Marche e Valle d'Aosta e a seconda dei risultati potrebbero cambiare gli equilibri all'interno della Conferenza delle Regioni.

Ci sarà poi da affrontare la questione Agenas dopo le dimissioni a sorpresa del Direttore generale Domenico Mantoan e la necessità anche di nominare (oltre al nuovo Dg) anche il nuovo presidente.

Insomma, come sempre tanta carne al fuoco, ma con la difficoltà ormai cronica del sistema di aggiornarsi. Una criticità che fa apparire ogni anno di più il Ssn immobile rispetto alle sfide crescenti che ha di fronte.

[https://www.quotidianosanita.it/studi-e-analisi/articolo.php?articolo\\_id=126779](https://www.quotidianosanita.it/studi-e-analisi/articolo.php?articolo_id=126779)

quotidianosanità.it

## **L'alert di *The Lancet*: "Da disinformazione sanitaria effetti distruttivi per la salute pubblica. È una minaccia sociale"**

*"La disinformazione sanitaria è stata trasformata in un'arma di propaganda, sfruttando la paura, minando la fiducia del pubblico e ostacolando l'azione collettiva nei momenti critici. La disinformazione è diventata uno strumento deliberato per attaccare e screditare scienziati e professionisti della salute per ottenere vantaggi politici. Gli effetti sono distruttivi e dannosi per la salute pubblica".*

### **20 GEN -**

"La disinformazione sanitaria (dati falsi o fuorvianti condivisi involontariamente) e la disinformazione (informazioni deliberatamente ingannevoli) non sono una novità, ma la pandemia di Covid-19 ha segnato una svolta. Il senso di ansia e urgenza, unito all'aumento dell'uso dei social media e alle interpretazioni politicamente cariche della pandemia, ha favorito la diffusione di una serie di affermazioni fuorvianti sul virus e sulle contromisure mediche. La disinformazione sanitaria è stata trasformata in un'arma di propaganda, sfruttando la paura, minando la fiducia del pubblico e ostacolando l'azione collettiva nei momenti critici".

Questo l'allarme pubblicato dalla rivista *The Lancet*.

"Oggi, i contenuti fuorvianti dei social media pervadono le informazioni sulla prevenzione e il trattamento del cancro; possono indurre i pazienti ad abbandonare i trattamenti basati sulle prove in favore di alternative sostenute dagli influencer; minimizzano la gravità delle condizioni di salute mentale; e promuovono integratori non regolamentati che affermano di funzionare per tutto, dalla perdita di peso all'inversione dell'invecchiamento. La disinformazione è diventata uno strumento deliberato per attaccare e screditare scienziati e professionisti della salute per ottenere vantaggi politici. Gli effetti sono distruttivi e dannosi per la salute pubblica".

La sensazione, si spiega, è che questa minaccia non venga presa abbastanza sul serio dalle aziende tecnologiche. L'esempio è la recente decisione di Meta di porre fine al fact-checking. "Facebook (come altri social network) era già una delle principali fonti di disinformazione sulla salute, ma sebbene il fact-checking non possa eliminare completamente il materiale inesatto, fa la differenza e la sua rimozione apre le porte a contenuti dannosi. Poiché la disinformazione spesso si diffonde più velocemente dei fatti, è essenziale che i fatti vengano trasmessi in un modo che non lasci spazio a interpretazioni errate. L'annuncio di Mark Zuckerberg fa parte di una tendenza a ridurre la supervisione che può dare l'impressione che la battaglia sui fatti sia persa. Xavier Becerra, che ha guidato il Dipartimento della Salute e dei Servizi Umani degli Stati Uniti, afferma che le agenzie federali sono surclassate da 'informazioni e disinformazione istantanee'".

Non manca però alcuni esempi positivi. "L'Australia intende introdurre pesanti multe per le piattaforme che non impediscono la diffusione di disinformazione. La Commissione europea ha pubblicato delle raccomandazioni per affrontare la disinformazione sul Covid-19 attraverso interventi comportamentali mirati.

L'Oms ha adottato misure per incoraggiare una comunicazione responsabile delle informazioni sanitarie e per segnalare i contenuti fuorvianti. I social media possono essere una forza positiva e ci sono individui che lavorano per educare il pubblico in modo creativo ed efficace".

Combattere la disinformazione non è semplice come correggere i fatti; "implica anche affrontare la manipolazione intenzionale e il modo in cui gli algoritmi indirizzano l'attenzione delle persone, lasciando che gli individui si dedichino da soli a un complesso mix di scienza e finzione. I contenuti generati dall'intelligenza artificiale (IA) presentano sfide crescenti, ma l'IA può anche aiutare a segnalare i contenuti senza basi scientifiche, sebbene non possa sostituire l'insegnamento alle persone su come verificare i fatti e identificare fonti credibili. Combattere la disinformazione richiede un approccio sistematico simile a quello di frenare la diffusione di agenti infettivi: trovare e contenere la fonte; identificare proattivamente i più vulnerabili ai suoi effetti; e immunizzare la popolazione contro false affermazioni fornendo chiare risorse educative. Non può essere lasciato a sforzi individuali volontari".

"L'indagine Covid-19 del Regno Unito - prosegue *The Lancet* - ha pubblicato questa settimana il suo resoconto *Every Story Matters* sulle esperienze del pubblico con lo sviluppo e il lancio di vaccini e terapie Covid-19. Insieme, le testimonianze sottolineano non solo il valore di informazioni accurate, ma anche l'importanza centrale della fiducia e delle risposte emotive, dalla speranza e dal sollievo allo scetticismo e all'ansia, durante le crisi di salute pubblica. Comprendere e modificare le narrazioni che influenzano negativamente le decisioni sulla salute come determinanti emotivi della salute è essenziale. Invece di semplificare semplicemente fatti complessi, i governi e i comunicatori scientifici devono impegnarsi per garantire che i messaggi sulla salute pubblica siano pertinenti per l'individuo; non solo per fornire informazioni accurate, ma anche per promuovere un ambiente di fiducia e comprensione e per riconoscere aree di incertezza e incognite. Anche la comunità medica ha un ruolo chiave, attraverso commenti, ricerche e advocacy".

"La disinformazione e la cattiva informazione non possono più essere viste semplicemente come un fastidio accademico, ma piuttosto come una minaccia sociale. Solo se riconosciamo questa minaccia e agiamo proporzionalmente possiamo rispondere al pericolo e combattere l'ondata di cattiva informazione e disinformazione che ha il potenziale di minare seriamente la salute pubblica".

[https://www.quotidianosanita.it/scienza-e-farmaci/articolo.php?articolo\\_id=127080](https://www.quotidianosanita.it/scienza-e-farmaci/articolo.php?articolo_id=127080)



## 20° Rapporto Sanità

**Manutenzione o Trasformazione:  
l'intervento pubblico in Sanità al bivio**

<https://www.creasanita.it/attivitascientifiche/rapporto-sanita-2024-edizione-xx/>

## La “medicina impossibile”

Vittorio Franciosi, *medico oncologo, Parma.*

Il numero crescente di Farmaci Oncologici Innovativi (FOI) approvati dalle agenzie regolatorie e una divulgazione scientifica non veritiera inducono l'opinione pubblica a credere, erroneamente, che i veri determinanti della salute e il vero fattore trainante dei progressi dell'oncologia siano proprio i FOI, alimentando domande di salute irrealistiche e aspettative irrealizzabili che mettono in difficoltà il Servizio sanitario nazionale.

L'incidenza dei tumori in Italia è in aumento e per il 2023 è stimata in circa 395.000 nuovi casi; la mortalità, invece, è diminuita, dal 1983 al 2021, da 227 a 205 decessi per 100.000 abitanti (1).

I fattori determinanti la riduzione della mortalità oncologica, dagli anni '70 ad oggi, sono, principalmente, il miglioramento delle condizioni socio-economiche e dell'organizzazione sanitaria, la prevenzione primaria (stili di vita, alimentazione, vaccinazioni contro HBV e HPV), gli screenings per la diagnosi precoce dei tumori mammari, colo-rettali e uterini e, in second'ordine, i progressi delle terapie (chirurgiche, radioterapiche e mediche) (2).

Circa la metà dei pazienti oncologici sviluppano una fase avanzata della malattia e non sono guaribili, ad eccezione di una minoranza affetta da tumori del testicolo, da tumori infantili e da alcuni tipi di linfoma e leucemia. In questi casi, l'obiettivo realistico delle terapie antitumorali (chemioterapia, ormonoterapia, terapie a bersaglio molecolare, immunoterapia) non è la guarigione ma l'allungamento della sopravvivenza e il miglioramento della qualità della vita.

Negli ultimi vent'anni, la sopravvivenza mediana dei pazienti affetti dalle patologie tumorali più frequenti in fase avanzata è aumentata in maniera inferiore alle aspettative: nelle pazienti con carcinoma mammario è salita da 21 a 38 mesi (3); nei pazienti con carcinomi colo-rettali da 23 a 32 mesi (4); nei pazienti con carcinoma prostatico da 23 a 30 mesi (5) e in quelli con carcinoma polmonare da 9 a 12 mesi (6).

Benchè la ricerca oncologica di qualità abbia portato ad alcuni Farmaci Oncologici Innovativi (FOI) a bersaglio molecolare e immunoterapici veramente efficaci in alcuni pazienti affetti da tumori relativamente rari, come l'adenocarcinoma polmonare con mutazioni EGFR/ALK/ROS1 (7) e il melanoma maligno (8), la maggior parte dei FOI offrono benefici clinici modesti, determinando un allungamento della sopravvivenza, mediamente, inferiore a tre mesi (9).

Eppure il costo economico dei FOI è altissimo, potendo superare i 100.000 euro per ciclo completo, e appare sproporzionato rispetto al loro valore (10).

Il numero crescente dei FOI approvati dalle agenzie regolatorie e una divulgazione scientifica non veritiera inducono l'opinione pubblica a credere, erroneamente, che i veri determinanti della salute e il vero fattore trainante dei progressi dell'oncologia siano proprio i FOI, alimentando domande di salute irrealistiche che mettono in difficoltà il servizio sanitario nazionale (SSN).

In Italia, nel 2023 la spesa pubblica per i FOI è stata pari a 4.773,9 milioni di euro, in aumento del 9,6% rispetto al 2022, rappresentando il 18,4% della spesa farmaceutica pubblica totale (11).

Il prezzo esagerato dei FOI è determinato soprattutto dalle enormi spese sostenute dall'industria farmaceutica per promuovere il marketing e garantire rapidi ed enormi profitti e solo in misura minore dagli investimenti nella ricerca e nello sviluppo (R&S) dei nuovi farmaci. I risultati sono la bancarotta finanziaria di pazienti e famiglie dei paesi privi di una sanità pubblica universalistica (12) e l'insostenibilità economica dei sistemi sanitari nazionali (13, 14), a cui corrisponde, paradossalmente, l'ottima salute dell'industria farmaceutica (15).

Finora, le azioni di contenimento della spesa sanitaria dei FOI si sono ispirate a razionalità di tipo medico-clinico ed economico-manageriale (studi clinici, comitati etici, agenzie regolatorie, linee-guida, medicina basata sulle evidenze, percorsi diagnostico-terapeutici, negoziazione del prezzo, fondo per i farmaci innovativi ed altre), fondate sui criteri dell'efficacia e dell'efficienza (16).

Tali razionalità e tali criteri, pur essendo importanti, non sembrano in grado di garantire, da soli, la sostenibilità dei FOI come dimostra il costante sfioramento del tetto della spesa farmaceutica nazionale.

E' giunto il momento, come sostiene Donald Berwich, di superare le ere ad impronta medica e manageriale e progredire verso un'era ad ispirazione morale, fondata sul principio della giustizia distributiva e sulle priorità (17).

In oncologia i FOI assorbono molte più risorse economiche pubbliche di altri settori altrettanto importanti, come la ricerca clinica indipendente, la ricerca di base, la prevenzione e le cure palliative per i quali l'allocazione delle risorse economiche è, in proporzione, irrisoria.

Occorre ricollocare equamente il bisogno dei FOI, in una giusta posizione rispetto alle altre priorità oncologiche, sanitarie non-oncologiche e non-sanitarie. Molti studiosi contemporanei, come Daniel Callahan (18), Ivan Illich (19), Alessandro Liberati (20), Gianfranco Domenighetti (21), Seamus O'Mahony (22), Silvio Garattini (23), Giuseppe Remuzzi (24), Marco Bobbio (25), Nerina Dirindin (26) ed altri hanno lanciato un grido di allarme sullo sviluppo di "una medicina impossibile", che promette risultati irrealistici, genera aspettative irrealizzabili, ha perso il senso della sua missione originaria di curare le malattie e alleviare le sofferenze e si rivela insostenibile.

Ed hanno puntato il dito sui conflitti d'interesse nei confronti dell'industria farmaceutica, molto frequenti in oncologia, che rischiano di far distogliere lo sguardo dall'interesse primario di fare il bene del cittadino-paziente e rivolgerlo verso interessi secondari.

L'industria farmaceutica, attraverso il suo enorme potere economico, è in grado di influenzare tutta la filiera dei FOI: la ricerca clinica, le pubblicazioni scientifiche, i comitati etici, le agenzie regolatorie, gli ospedali, le università, gli oncologi, le società scientifiche, fino alle associazioni dei pazienti.

È urgente alzare l'asticella della giustificazione delle scelte in oncologia aumentando in tutti i portatori d'interessi la consapevolezza della portata del problema.

Occorre migliorare la progettazione, esecuzione e divulgazione dei risultati degli studi clinici. I comitati etici e le agenzie regolatorie dovrebbero essere più restrittive nell'autorizzare gli studi e i nuovi farmaci e gli oncologi più critici nel loro impiego.

Occorre affrontare seriamente il problema dei conflitti d'interesse in oncologia e promuovere la cultura del "doing more, does not mean doing better" – fare di più non significa fare meglio – come propongono vari movimenti scientifico-culturali fra cui Choosing Wisely (27) e Slow Medicine (28).

In conclusione, le razionalità medica e manageriale, da sole, stanno fallendo e necessitano del supporto di una razionalità etica, guidata dal criterio della giustizia, in grado di giustificare scelte sostenibili, fondate sulle priorità, che garantiscano una distribuzione equa delle limitate risorse sanitarie.

<https://www.saluteinternazionale.info/2025/01/la-medicina-impossibile/>



## L'Europa e la Salute

**Filippo Curtale**, Medico – Referente salute Calabria. MEDICI DEL MONDO ITALIA ETS

Esiste un consenso unanime sulla necessità di riformare l'Unione Europea. Allora forse, invece di concentrarsi sulla competitività del mercato europeo, sarebbe utile si cominciasse a rivedere le materie oggetto di legislazione concorrente in modo da garantire a tutti i cittadini europei uguali diritti al lavoro, al welfare, e soprattutto alla salute. Una maggiore competitività dell'Europa non necessariamente migliorerà lo stato di salute dei cittadini comunitari, la salute, invece, intesa come uno stato di completo benessere fisico, mentale e sociale, senza dubbio aiuterebbe la competitività.

**Ho letto con grande interesse il commento di Marco Geddes agli articoli recentemente pubblicati su Lancet ([SSN. Qualcosa si è rotto](#)), e ho letto in parte anche il Rapporto Draghi.<sup>[1]</sup>** Ad essere sincero, non mi sorprende affatto che la sanità sia citata solo marginalmente tra gli interventi per ridare competitività all'Europa (*Health, the missing chapter in the Draghi Report on the Europe's future*). Le politiche sanitarie non sono mai state una priorità per l'Unione Europea (UE), infatti i trattati fondativi della EU escludono dalla legislazione concorrente la sanità (così come anche altre materie di primaria importanza per i cittadini degli stati che costituiscono l'UE, quali il welfare, la fiscalità e la difesa).

**Sin dai primi atti fondativi dell'UE, la sanità è stata considerata una questione interna, sotto il controllo degli stati membri, ed esclusa dalla legislazione comunitaria.<sup>[2]</sup>** Nel passaggio dal Trattato di Maastricht (1992) al Trattato di Amsterdam (1997) prima, e di Lisbona (2007) poi, la competenza dell'Unione in materia di tutela della salute pubblica ha subito timide mutazioni in senso espansivo. L'ampliamento di tale competenza non è stato sempre programmato e graduale, dal momento che eventi come la crisi della mucca pazza, i danni da sangue infetto, l'allarme SARS e quello relativo all'influenza A/H1N1 hanno evidenziato i limiti di efficacia degli interventi dei singoli stati, contribuendo così a determinare la necessità di una più incisiva azione europea.

**La base giuridica della politica della salute, nell'Unione Europea, è rappresentata dall'articolo 6 e dall'articolo 168 del Trattato sul Funzionamento dell'UE (TFUE)<sup>[3]</sup>.** L'articolo 6 (Titolo I) promuove la cooperazione e il coordinamento tra gli Stati membri per tutto quel che riguarda *"tutela e miglioramento della salute umana"*. Il successivo articolo 168 (Titolo XIV – SANITÀ PUBBLICA) elenca tra le azioni dell'Unione *"la sorveglianza, l'allarme e la lotta contro gravi minacce per la salute a carattere transfrontaliero"*, al contempo chiarisce che l'Unione ha solo una *"competenza di supporto"* per sostenere, coordinare o completare l'azione degli Stati membri in materia di tutela e miglioramento della salute umana, ribadendo che l'azione dell'Unione rispetta le responsabilità degli Stati membri per la definizione della loro politica sanitaria, l'organizzazione e la fornitura di servizi sanitari, l'assistenza medica.

**I campo di azione sui problemi comuni di sicurezza in materia di sanità pubblica è limitato agli aspetti definiti nel trattato (TFUE) e cioè**

- i parametri di qualità e sicurezza degli organi e sostanze di origine umana, del sangue e degli emoderivati;
- misure nei settori veterinario e fitosanitario il cui obiettivo primario sia la protezione della sanità pubblica;
- misure che fissino parametri elevati di qualità e sicurezza dei medicinali e dei dispositivi di impiego medico.

**Più in generale, l'intera strategia alla base del trattato sembra concepita con l'obiettivo di proteggere la salute pubblica in relazione al controllo del consumo di tabacco e all'abuso di alcool, rivolgendo ben poca attenzione all'organizzazione dei sistemi sanitari, al problema dell'accesso alle cure ed alle strategie di sanità pubblica.**

L'UE non entra nel merito delle misure sanitarie da adottare, né su come rispondere in maniera coordinata alle presenti sfide sanitarie derivanti dall'invecchiamento della popolazione, dall'aumento delle malattie croniche, dei tumori.

**La pandemia ha ulteriormente evidenziato tutti i limiti dell'azione della UE in campo sanitario.** L'articolo 168 del TFUE, sembrava concepito per proteggere l'Europa da una minaccia epidemica (fu approvato nel 2012 ai tempi del rischio influenza aviaria) ed invece, sin dalle prime fasi della diffusione della pandemia in Europa, è emerso chiaramente come la risposta dell'UE a questa minaccia non sia stata all'altezza della sfida.<sup>[4]</sup> La risposta tardiva e poco coordinata del sistema europeo è stata causata da una serie di debolezze organizzative, ma soprattutto dalla mancanza di un mandato legale su una politica sanitaria comune.

Gli strumenti di coordinamento e sorveglianza predisposti in passato dalla EU[5] sono stati concepiti come strumenti per affrontare le emergenze sanitarie, più che definire una strategia comune per la sanità pubblica. **La sorveglianza delle malattie infettive affidata all'European Centre for Diseases Prevention and Control (ECDC)[6], il Sistema di Allarme Rapido e Reazione (SARR)[1],[7] il Comitato della Sicurezza Sanitaria (CSS) (European Commission Health Security Committee-HSC)[8]** di fronte all'emergenza reale del COVID, si sono rivelati lenti e farraginosi, quindi poco efficaci.

Anche il **consiglio dei ministri della sanità dell'UE (Council of the European Union)**, che dovrebbe essere uno strumento più efficace in quanto dotato del mandato specifico di adottare leggi e coordinare le politiche del settore, necessita di tempi lunghi per la sua convocazione e si riunisce poche volte nel corso dell'anno. In conclusione, le strutture decisionali e gli strumenti di coordinamento delle politiche sanitarie a disposizione dell'UE sono ampiamente inadeguati, anche a svolgere il semplice ruolo di *"competenza di supporto"* per sostenere, coordinare o completare l'azione degli Stati membri in materia di tutela e miglioramento della salute umana.

**È comprensibile che nella fase costitutiva dell'Unione Europa siano stati esclusi dalle materie di legislazione concorrente ambiti che avrebbero potuto creare contrasti e difficoltà tra gli stati membri.** Forse un po' meno compressibile è che negli ultimi 25 anni l'Europa abbia concentrato le sue energie, dedicato così tanto tempo, diplomazia e risorse, all'allargamento del numero degli stati membri piuttosto che a renderla più unita e vicina agli interessi dei cittadini. Ritengo che uno degli elementi della presente crisi di identità e di consenso dell'UE sia proprio l'escludere dal proprio mandato la legislazione su argomenti che sono di grande rilevanza per la vita della popolazione e che in molti casi rappresentano la storia e la specificità del nostro continente, occupandosi invece di materie che vengono considerate marginali.

**A tutt'oggi, viene considerato più importante per il futuro degli europei regolamentare la classificazione delle zucchine[9] o la commercializzazione delle banane[10], piuttosto che l'accesso alle cure della popolazione.** Esiste un consenso unanime sulla necessità di riformare l'Unione Europea. Allora forse, invece di concentrarsi sulla competitività del mercato europeo, **sarebbe utile si cominciasse a rivedere le materie oggetto di legislazione concorrente in modo da garantire a tutti i cittadini europei uguali diritti al lavoro, al welfare, e soprattutto alla salute.** Una maggiore competitività dell'Europa non necessariamente migliorerà lo stato di salute dei cittadini comunitari, la salute, invece, intesa come uno stato di completo benessere fisico, mentale e sociale, senza dubbio aiuterebbe la competitività.

**Detto questo, permettetemi di aggiungere qualche commento personale al rapporto Draghi sul futuro della competitività europea, in particolare sul capitolo "Rafforzare la capacità industriale per la difesa e lo spazio" che appare come una delle soluzioni principali per ridare competitività all'Europa.** Proporre un aumento delle spese militari come soluzione alla corrente crisi di competitività equivale ad ammettere che la crescita infinita del PIL non sia più realizzabile nel contesto attuale. In un mondo in cui capitalismo e neoliberismo hanno ormai perso la capacità di espandere la forza lavoro, e con la tendenza consolidata ad utilizzare le scoperte scientifiche per ridurre stipendi e salari, una parte (piccola) della popolazione, ha soddisfatto i suoi bisogni essenziali, ed è sempre meno propensa a consumare il superfluo, mentre un'altra parte (grande) della popolazione difficilmente riuscirà ad emanciparsi, passando dalla condizione di poveri a quella di consumatori. **Con PIL nazionali sempre più bassi, e nessuna eccezione a livello globale, il mito della crescita infinita appare sempre più per quello che effettivamente è, un mito irrealizzabile che nel frattempo sta distruggendo il mondo in cui viviamo.** Qualcosa non quadra, continuiamo a produrre beni e servizi, ma la popolazione non ha più stipendi adeguati ad acquistare beni e servizi e anche facilitare l'indebitamento delle persone non ha funzionato. Tutti sappiamo che i banchieri non nutrono grande entusiasmo per l'economia circolare,[11] di conseguenza, se chiediamo ad un banchiere quale sia nel contesto attuale l'unica possibilità di mantenere in vita la crescita infinita del PIL la risposta sarà cominciare a produrre beni e servizi che abbiano la capacità di distruggere i beni e servizi già prodotti, e di autodistruggersi. Cosa, del resto, già in essere con due guerre che si trascinano da mesi e che, a parte l'inevitabile danno collaterale della perdita di vite umane, continuano a bruciare risorse e a produrre ricchezza.

Di fronte “**all’urgente necessità di aumentare gli investimenti complessivi nel settore della difesa**” anche i falchi dell’EU si sono dichiarati disposti a superare un vecchio tabù ed accettare l’emissione di debito comune (*Fornire finanziamenti a livello europeo per lo sviluppo delle capacità industriali di difesa dell’UE*).<sup>[12]</sup> Dal rapporto emerge chiara la preoccupazione che l’UE non riesca ad agganciarsi al convoglio che marcia spedito verso questa nuova frontiera del neoliberismo.

## Riferimenti

- [1] Rapporto Draghi: Il futuro della competitività Europea, Parte A, capitolo 4. Settembre 2024
- [2] Note sintetiche sull’Unione Europea – 2020. [www.europarl.europa.eu/factsheets/it](http://www.europarl.europa.eu/factsheets/it).
- [3] Trattato sul Funzionamento dell’Unione Europea (TFUE). Gazzetta Ufficiale dell’Unione Europea, Brussel, 20/10/2012.
- [4] Stockton B, Shoen C, Margottini L. *Crisis at the commission: inside Europe’s response to the coronavirus outbreak*. The bureau of investigative journalism. <https://www.thebureauinvestigates.com/stories/2020-07-15/crisis-at-the-commission-inside-europes-response-to-the-coronavirus-outbreak>
- [5] Decisione n° 1082/2013/UE[5] del Parlamento Europeo e del Consiglio” (2013) Azioni di **sorveglianza, allarme e lotta contro gravi minacce per la salute a carattere transfrontaliero**, in *particolari minacce di origine biologica che consistono in malattie trasmissibili, resistenza antimicrobica e infezioni nosocomiali connesse alle malattie trasmissibili*.
- [6] <https://www.ecdc.europa.eu/en>.
- [7] [https://ec.europa.eu/health/communicable\\_diseases/overview\\_it](https://ec.europa.eu/health/communicable_diseases/overview_it).
- [8] [https://ec.europa.eu/health/preparedness\\_response/risk\\_management/hsc\\_en](https://ec.europa.eu/health/preparedness_response/risk_management/hsc_en).
- [9] REGOLAMENTO (CE) N. 1757/2003 DELLA COMMISSIONE del 3 ottobre 2003 che stabilisce la norma di commercializzazione applicabile alle zucchine e che modifica il regolamento (CEE) n. 1292/81
- [10] REGOLAMENTO DI ESECUZIONE (UE) N. 1333/2011 DELLA COMMISSIONE del 19 dicembre 2011 che stabilisce norme di commercializzazione per le banane, norme per il controllo del rispetto di tali norme di commercializzazione e requisiti relativi alle notificazioni nel settore della banana (codificazione)
- [11] Kate Raworth, Doughnut economic. Seven ways to think like a 21<sup>st</sup> century economist. Chelsea Green Publishing, Vermont (USA)
- [12] Rapporto Draghi: Il futuro della competitività Europea, Parte B- Sezione 1, capitolo 7 Difesa. Settembre 2024

<https://www.saluteinternazionale.info/2025/01/leuropa-e-la-salute/>

Science

## Trump potrebbe decidere di lasciare l’OMS la prossima settimana. Ecco sette possibili impatti sugli USA e sul mondo

Secondo gli scienziati, la partenza sarebbe catastrofica per la salute globale, diminuirebbe l’influenza degli Stati Uniti e rafforzerebbe il ruolo della Cina

17 GENNAIO 2025 • 22:45 ET • DI GRETCHEN VOGEL

Una delle prime mosse di Donald Trump dopo aver giurato come 47° presidente degli Stati Uniti il 20 gennaio, [secondo quanto riferito](#) dal suo team di transizione, sarà quella di ritirare gli Stati Uniti dall'Organizzazione mondiale della sanità (OMS). Trump ha avviato il processo per abbandonare l'OMS a luglio 2020, durante il suo primo mandato presidenziale.

Ha affermato che l'organizzazione era troppo vicina alla Cina e ha affermato, contrariamente alle prove, che l'OMS aveva contribuito a nascondere la diffusione iniziale del COVID-19. Poiché il processo di ritiro richiede un anno, il presidente Joe Biden è stato in grado di annullare la decisione quando è entrato in carica a gennaio 2021. Ora, Trump ha una vera possibilità di separarsi dall'agenzia sanitaria delle Nazioni Unite, anche se il Congresso potrebbe provare a bloccare la mossa e ci sarebbero probabilmente intensi sforzi diplomatici per mantenere gli Stati Uniti a bordo. Un'uscita entrerebbe in vigore al più presto nel gennaio 2026.

Metterebbe gli Stati Uniti in compagnia del Liechtenstein come unici paesi membri dell'ONU non appartenenti all'OMS. L'OMS ha rifiutato di commentare direttamente. "Da parte nostra siamo pronti a lavorare insieme.

La relazione tra l'OMS e gli Stati Uniti è stata un buon modello di partnership per molti anni e crediamo che sarà così", ha affermato il direttore generale dell'OMS Tedros Adhanom Ghebreyesus in una conferenza stampa del dicembre 2024. "Credo che i leader statunitensi capiscano che gli Stati Uniti non possono essere al sicuro se il resto del mondo non è al sicuro".

*La rivista Science* ha esaminato cosa significherebbe un allontanamento per gli Stati Uniti, l'OMS e la comunità sanitaria mondiale in senso più ampio.

### **Cosa significherebbe per l'OMS il ritiro degli Stati Uniti?**

Le conseguenze potrebbero essere drammatiche. Oltre alle quote associative di circa 110 milioni di dollari all'anno, gli Stati Uniti sono uno dei [maggiori donatori volontari](#), contribuendo con 1,1 miliardi di dollari nel 2022 e nel 2023. Tutto sommato, il paese fornisce circa un quinto del bilancio dell'OMS.

Altri membri potrebbero compensare parte della differenza, come hanno fatto quando Trump [ha tagliato i contributi degli Stati Uniti durante il suo primo mandato](#).

Ma i paesi europei stanno affrontando altre sfide, come economie stagnanti e pressioni per aumentare la spesa per la difesa, afferma Ilona Kickbusch, esperta di salute globale presso il Graduate Institute of International and Development Studies. Le voci scettiche sull'OMS stanno proliferando anche all'interno dell'Unione Europea, afferma, e potrebbero essere incoraggiate a ridurre i finanziamenti se gli Stati Uniti se ne andassero.

Un'uscita degli Stati Uniti reciderebbe anche i legami dell'OMS con le agenzie statunitensi di fama mondiale come i Centers for Disease Control and Prevention (CDC) e la Food and Drug Administration (FDA), che attualmente forniscono indicazioni all'OMS su una serie di argomenti e ricevono informazioni cruciali in cambio. Andarsene "isolerebbe il CDC da molte informazioni di intelligence che sono cruciali per la nostra sicurezza globale", afferma la virologa Marion Koopmans, esperta di malattie infettive emergenti presso l'Erasmus Medical Center nei Paesi Bassi.

### **In quale altro modo potrebbero essere influenzati gli Stati Uniti?**

Negli anni passati, gran parte del denaro donato dagli Stati Uniti è stato utilizzato per [rispondere a epidemie e altre emergenze](#). Perdere quei fondi limiterebbe la capacità dell'OMS di reagire rapidamente, afferma Jeremy Konyndyk, presidente di Refugees International, che ha consigliato l'OMS in merito al suo sistema di risposta alle emergenze dopo l'epidemia di Ebola del 2014-16 nell'Africa occidentale.

Sarebbe un cattivo affare per gli Stati Uniti, afferma, perché l'OMS svolge un lavoro che nessun'altra organizzazione svolge attualmente.

Ci sono state diverse epidemie di Ebola durante il primo mandato di Trump, nota Konyndyk, e poiché l'OMS ha attivato la sua risposta alle emergenze, "non abbiamo avuto bisogno di schierare l'esercito statunitense. Non abbiamo avuto bisogno di spendere un miliardo di dollari di finanziamenti statunitensi per tenere la situazione sotto controllo". Koopmans concorda sul fatto che un'uscita renderebbe gli Stati Uniti più vulnerabili: "La nostra migliore difesa è la collaborazione globale e la condivisione dei dati".

### **Cosa significherebbe la separazione per gli americani che lavorano per o con l'OMS?**

I cittadini statunitensi impiegati direttamente dall'OMS potrebbero restare.

Tra questi, ad esempio, l'epidemiologa Maria van Kerkhove, direttrice del Dipartimento di preparazione e prevenzione alle epidemie e alle pandemie dell'OMS, che è diventata il volto dell'agenzia durante la pandemia di COVID-19. I cittadini statunitensi potrebbero probabilmente continuare a prestare servizio in influenti comitati consultivi come lo Strategic Advisory Group of Experts on Immunization.

Tuttavia, coloro che sono impiegati dalle agenzie statunitensi e distaccati presso l'OMS dovrebbero molto probabilmente tornare. Ogni anno, molte decine di dipendenti del CDC, della FDA e di altre agenzie federali vengono dispiegati sia nella sede centrale di Ginevra che nelle aree di crisi per conto dell'OMS, osserva Lawrence Gostin, esperto di diritto sanitario nazionale e globale presso la Georgetown University.

Non è chiaro cosa accadrebbe ai cosiddetti [centri collaboranti dell'OMS](#) , [di cui gli Stati Uniti ne ospitano 72](#) , più di qualsiasi altro paese. Designati dall'OMS come leader mondiali nel loro campo, tali centri forniscono analisi e consulenza all'organizzazione. (Gostin, ad esempio, dirige il WHO Collaborating Center on National and Global Health Law.) Devono essere nuovamente autorizzati sia dalla sede centrale dell'OMS che dalla Casa Bianca ogni 4 anni.

### **Cosa significherebbe la decisione di Trump per l'influenza degli Stati Uniti sulla salute globale?**

Il paese perderebbe la sua voce influente all'Assemblea mondiale della sanità, un incontro annuale degli stati membri che elegge il direttore generale, esamina e approva il bilancio dell'OMS e stabilisce le politiche su questioni come l'eradicazione delle malattie, il controllo del tabacco e l'equità dei vaccini.

La Cina probabilmente assumerebbe un ruolo molto più importante, afferma Konyndyk: "Se la tua vera preoccupazione è che l'OMS venga catturata dalla Cina, allora rimuovere gli Stati Uniti dall'equazione suggella semplicemente l'accordo".

### **Anche gli Stati Uniti si ritirerebbero dall'Organizzazione Panamericana della Sanità (OPS)?**

La PAHO, che ha svolto un ruolo chiave in molti successi della sanità pubblica nell'emisfero occidentale, è stata fondata nel 1902 come International Sanitary Bureau, molto prima della creazione dell'OMS, ma ha svolto il ruolo di ufficio regionale dell'OMS per le Americhe dal 1949.

Non è chiaro se il ritiro dall'OMS significherebbe automaticamente lasciare la PAHO, che ha la sua sede centrale a Washington, DC, a pochi isolati dalla Casa Bianca.

### **Il Congresso degli Stati Uniti potrebbe bloccare un ritiro?**

Gli USA [si sono uniti all'OMS](#) tramite un [atto congiunto del Congresso nel 1948](#). Di conseguenza, il Congresso potrebbe dover valutare un ritiro, dice Gostin. "Quando il Congresso si è unito a qualcosa, allora di solito hai bisogno che il Congresso sostenga una decisione presidenziale di abbandonarla", dice. La risicata maggioranza dei repubblicani in entrambe le camere significa che alcuni dissidenti potrebbero bloccare la mossa di Trump.

### **Trump potrebbe trovare dei vantaggi nel rimanere membro?**

L'amministrazione potrebbe provare a usare la minaccia di dimissioni come merce di scambio per forzare riforme significative, alcune delle quali potrebbero essere effettivamente buone, dice Gostin: "Se fa un accordo per rendere l'OMS più resiliente, solida e responsabile, farebbe un favore agli Stati Uniti e al mondo. Rimanere membro permetterebbe a Trump di spingere per un candidato che gli piace come successore di Tedros, il cui mandato termina nel 2027. Se invece Trump porta avanti il piano di ritiro, dice Gostin, "sarebbe catastrofico per gli interessi nazionali e la sicurezza degli Stati Uniti".

[https://www.science.org/content/article/trump-may-leave-who-next-week-here-are-seven-possible-impacts-u-s-and-world?utm\\_source=sfmc&utm\\_medium=email&utm\\_content=alert&utm\\_campaign=DailyLatestNews&et rid=691092258&et cid=5498451](https://www.science.org/content/article/trump-may-leave-who-next-week-here-are-seven-possible-impacts-u-s-and-world?utm_source=sfmc&utm_medium=email&utm_content=alert&utm_campaign=DailyLatestNews&et rid=691092258&et cid=5498451)

Parere Organizzazione Mondiale della Sanità

## Promemoria per il presidente Trump: ha sbagliato a lasciare l'Organizzazione Mondiale della Sanità. Dovresti ripensarci

Gordon Brown

*Eventuali disparità di finanziamento possono essere affrontate, ma un'altra pandemia è in arrivo e avremo bisogno dell'OMS per aiutarla a combatterla*

TLa settimana scorsa, nell'East Sussex, [è stato annunciato un caso di mpox](#), il sesto caso nel Regno Unito da ottobre. Nuovi casi sono stati rilevati di recente anche in Francia, Germania, Belgio, Svezia, Canada e Stati Uniti mentre l'mpox si diffonde dall'Africa.

Sempre questa settimana, il presidente della Tanzania [ha confermato l'esistenza di un'epidemia di Marburg](#), un virus simile all'Ebola, che il ministro della Salute del paese aveva precedentemente negato, solo dopo che l'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) ha segnalato in modo indipendente un'epidemia di nove casi sospetti e otto decessi.

Questi due nuovi rapporti sulle malattie infettive, distanti migliaia di chilometri l'uno dall'altro, sottolineano perché, se non esistesse [un'Organizzazione Mondiale della Sanità](#), dovrebbe essere creata per identificare e prevenire la diffusione delle malattie infettive in tutto il mondo.

E poiché le malattie infettive che ora ci minacciano includono ancora nuove varianti di Covid, non ha senso che il presidente Trump [annunci un ordine esecutivo](#) per allontanarsi dall'unica organizzazione che affronta tali emergenze sanitarie su base globale, l'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS).

Mentre l'attuale OMS è stata creata nel 1948 sotto l'egida delle Nazioni Unite, negli oltre 170 anni dal 1851 è stata istituita un'organizzazione sanitaria globale internazionale, la prima delle quali è stata istituita per affrontare il colera, che inizialmente si è diffuso inosservato e poi non affrontato in tutto il mondo.

Il presidente Trump vuole andarsene, sostenendo che gli Stati Uniti si fanno carico di una parte eccessiva delle spese dell'OMS, mentre l'OMS ascolta la Cina, che, dice, paga solo una piccola parte

all'organizzazione. [L'ordine esecutivo ufficiale](#) afferma che "la Cina, con una popolazione di 1,4 miliardi, ha il 300% della popolazione degli Stati Uniti, ma contribuisce quasi il 90% in meno all'OMS". "La sanità mondiale ci ha derubato", [ha detto Trump](#) nello Studio Ovale mentre firmava il conto alla rovescia di un anno per la partenza. Loro pagano 39 milioni di dollari, noi paghiamo 500 milioni di dollari – pensi che sia un buon affare?", era la sua linea di argomentazione.

Ma ha sbagliato i fatti. Infatti, gli USA versano 130 milioni di dollari in contributi stimati e la Cina ne versa 88. Come consulente finanziario dell'Organizzazione Mondiale della Sanità, so che i finanziamenti vengono assegnati secondo una formula collaudata basata principalmente sulle dimensioni dell'economia di un paese, che è simile a quella utilizzata per pagare il mantenimento della pace delle Nazioni Unite e i contributi alla Banca Mondiale e al Fondo Monetario Internazionale.

Gli USA rappresentano più di un quarto dell'economia mondiale, attualmente il 27%, ma, in effetti, il contributo stimato degli USA all'OMS è inferiore a quella cifra, limitato al 22% di tutti i contributi stimati globali. E poiché i contributi stimati rappresentano solo un quarto della spesa dell'Organizzazione Mondiale della Sanità, la maggior parte delle sue entrate deriva da contributi volontari versati dagli stati membri e da enti di beneficenza privati come la Fondazione Gates.

L'amministrazione statunitense versa 368 milioni di dollari in contributi volontari. Quindi, prendendo insieme tutti i contributi volontari e valutati, gli Stati Uniti forniscono circa il 18% dei finanziamenti complessivi dell'OMS, una cifra non eccessiva se confrontata con la loro quota del 27% dell'economia mondiale.

Naturalmente, una formula di condivisione degli oneri richiederebbe alla Cina, che secondo l'OMS ha offerto solo 4 milioni di dollari in contributi volontari, agli europei orientali e agli stati del Golfo di pagare di più, ed è

questo che noi e gli Stati Uniti dovremmo sostenere. Ma il contributo del 18% non è un argomento a favore dell'uscita degli Stati Uniti.

L'altra accusa mossa dalla precedente amministrazione Trump quando, nel 2020, ha emesso per la prima volta un avviso di ritiro, una mossa ribaltata da Joe Biden, era che l'OMS era stata eccessivamente influenzata dalla Cina durante le prime fasi della pandemia e che la Cina non è mai stata onesta sulla fonte dell'epidemia. "È [l'OMS] gestita dalla Cina", ha affermato il presidente dallo Studio Ovale questa settimana.

Ma il capo dell'OMS, il dottor Tedros Adhanom Ghebreyesus, ha ripetutamente invitato la Cina a indagare adeguatamente e a divulgare rapidamente informazioni sulle origini del virus Covid-19 emerso a Wuhan cinque anni fa.

In effetti, Tedros si è attirato l'ira pubblica di Pechino per aver giustamente insistito sul fatto che tutte le ipotesi sulle cause della pandemia rimangano sul tavolo finché la Cina non coopererà. Il proposto "accordo di azione pandemica", ora in fase di negoziazione come iniziativa degli stati membri, che rafforzerebbe il coordinamento sanitario internazionale, è la risposta giusta a una comunicazione inadeguata.

Ma se gli Stati Uniti se ne andranno e si rifiuteranno di sostenere un simile accordo internazionale, abbandoneranno qualsiasi ruolo in queste negoziazioni. Nel suo nuovo ordine esecutivo, il presidente non solo ha ordinato alle agenzie di "sospendere il futuro trasferimento di fondi, sostegno o risorse del governo degli Stati Uniti all'OMS", ma anche di "identificare partner statunitensi e internazionali credibili e trasparenti per assumere le attività necessarie precedentemente intraprese dall'OMS".

Tuttavia, è difficile vedere come possano trovare "meccanismi di coordinamento all'interno dell'apparato del Consiglio di Sicurezza Nazionale" che possano "salvaguardare la salute pubblica e rafforzare la biosicurezza" senza un accordo globale.

Non esiste un'organizzazione simile pronta a prendere il posto di un organismo che conta 194 Stati membri, senza un grande paese all'esterno, e che può occuparsi non solo delle malattie infettive ma anche delle emergenze sanitarie nelle zone di conflitto e nelle aree colpite dal clima, lavorando al contempo per ridurre l'incidenza del cancro e di altre malattie in tutto il mondo.

L'OMS ha ragione a dire che [spera che gli Stati Uniti ci ripensino](#), perché è troppo facile dimenticare che gli sforzi coordinati transfrontalieri hanno sradicato con successo il vaiolo, praticamente eliminato la tubercolosi e la poliomielite, ridotto i decessi correlati all'AIDS [di quasi il 70% in 20 anni](#) e, dal 2010, hanno eliminato almeno una "[malattia tropicale trascurata](#)" in 54 paesi.

Con l'aumento dei viaggi di massa, l'aumento della popolazione urbana e l'invasione umana degli habitat della fauna selvatica – solo tre dei 15 fattori di rischio globale citati in un recente rapporto del [Global Preparedness Monitoring Board](#) – una nuova pandemia non è una questione di se, ma di quando. Senza un'Organizzazione Mondiale della Sanità adeguatamente finanziata, ci lasciamo impreparati.

Quindi dobbiamo offrire una via d'uscita. Gli Stati membri di ogni regione del mondo dovrebbero intensificare e garantire che l'OMS sia finanziata in modo sostenibile.

L'Australia può guidare la ricerca di finanziatori in Asia, il Brasile in America Latina, il Regno Unito e la Svizzera in Europa e il Qatar in Medio Oriente. Già i paesi africani e asiatici a basso reddito hanno donato al nuovo caso di investimento prodotto dall'Organizzazione Mondiale [della Sanità](#). Qui sta la speranza. Se i paesi più poveri possono essere persuasi a contribuire, anche i paesi più ricchi del mondo possono essere persuasi a farlo.

### **Questo è il momento della verità**

Donald Trump entra in carica con il pieno comando del governo degli Stati Uniti e il sostegno di immensamente potenti baroni della tecnologia.

Sia Trump che altri intorno a lui hanno minacciato ritorsioni contro i media – e le scelte del suo gabinetto includono scettici sul clima e sui vaccini.

In breve, questo è un momento globale critico per il giornalismo verificato dai fatti.

Il nostro giornalismo indipendente rigoroso e basato sui fatti chiederà conto a coloro che sono al potere e interrogherà l'impatto umano delle decisioni prese alla Casa Bianca.

[Promemoria per il presidente Trump: ha sbagliato a lasciare l'Organizzazione Mondiale della Sanità. Dovresti ripensarci | Gordon Brown | Il Guardiano](#)



PROSPETTIVA



# Ebola e un decennio di disparità: forgiare un futuro per l'equità sanitaria globale

Autore : Craig Spencer , MD, MPH [Informazioni sull'autore e affiliazioni](#)

Pubblicato il 18 gennaio 2025 | [Diritto d'autore © 2025](#)

Dieci anni fa ero in ospedale a combattere l'Ebola. La mia febbre raramente si attenuava. Mi sentivo così debole che alzarmi era un'impresa erculeo, tentata solo poche volte al giorno. Avendo curato pazienti con l'Ebola in Guinea, conoscevo bene questi sintomi. Sapevo anche che il peggio della mia malattia doveva ancora arrivare, se fossi sopravvissuto.

Quei 19 giorni in ospedale sono stati i più duri della mia vita. Eppure la mia esperienza è stata più facile di quella dei miei pazienti guineani. Loro hanno aspettato giorni per i risultati dei test che confermassero la loro diagnosi; i miei erano disponibili nel giro di poche ore all'ospedale di New York dove sono stato curato. In Guinea, avevo troppi pazienti e troppo poco tempo da trascorrere con loro, il che mi ha costretto a prendere decisioni difficili su chi dare la priorità alle cure; durante la mia degenza, decine di medici erano costantemente disponibili. La profonda ingiustizia pesava molto sulla mia mente, anche se il mio corpo stava cedendo.

Durante l'epidemia di Ebola nell'Africa occidentale del 2014-2016, che si è concentrata in Guinea, Liberia e Sierra Leone, quasi la metà dei pazienti è morta. Nove degli 11 pazienti curati per la malattia da virus Ebola (EVD) negli Stati Uniti sono sopravvissuti. I 2 deceduti non erano cittadini americani. L'accesso ritardato alle cure critiche ha probabilmente contribuito alla loro morte, riflettendo un luogo comune sulla salute globale: le questioni di vita o di morte sono spesso decise dal colore del passaporto.

Quando Sheik Umar Khan, un eminente medico della Sierra Leone, si ammalò di EVD nel 2014, gli esperti decisero di non offrirgli il cocktail di anticorpi monoclonali ZMapp, uno dei trattamenti più promettenti all'epoca. A quanto si dice, morì senza sapere che era disponibile nell'ospedale in cui era stato curato. Mesi dopo, la Food and Drug Administration (FDA) degli Stati Uniti facilitò la consegna di un trattamento simile dal Canada al mio ospedale, nonostante si dicesse che la fornitura globale fosse esaurita. Insieme, il mio medico curante e io decidemmo di non usare la dose. Per molti versi, il dott. Khan e io eravamo simili: entrambi medici che combattevano lo stesso virus, per il quale era disponibile un trattamento potenzialmente salvavita. L'accesso non era il problema; l'agenzia e l'autonomia lo erano: solo a uno di noi era stata data una scelta sul trattamento.

Nel decennio successivo, sono state avanzate numerose proposte e promesse di riformare l'infrastruttura sanitaria globale. Tuttavia, l'iniquità resta profondamente radicata. Per impedire un altro decennio di progressi incerti, è necessario agire per migliorare l'accesso alle attuali contromisure mediche, sfruttare i consorzi di ricerca e gli accordi di sperimentazione per supportare l'accesso a nuovi strumenti e rafforzare la capacità produttiva in paesi spesso trascurati.

L'ampliamento dell'accesso ai prodotti esistenti potrebbe avere effetti immediati. Nonostante l'approvazione da parte della FDA di nuovi trattamenti per *Orthoebolavirus zairense* (noto anche come virus Ebola [EBOV]), la specie responsabile dell'epidemia del 2014-2016, la sopravvivenza non è migliorata in modo significativo nelle epidemie successive. Due trattamenti con anticorpi monoclonali, Inmazeb (atoltivimab, maftivimab e odesivimab) ed Ebanga (ansuvimab), hanno dimostrato di ridurre la mortalità, [1](#) ma i pazienti non hanno un accesso affidabile a questi farmaci. I produttori hanno licenze e brevetti che conferiscono loro il controllo esclusivo su questi farmaci e quasi l'intera fornitura si trova nello Strategic National Stockpile degli Stati Uniti. [2](#) Quando si verificano epidemie di EBOV, le comunità devono dipendere dalla buona volontà di governi

e aziende straniere per l'invio di dosi. Durante le quattro epidemie di EBOV verificatesi da quando la FDA ha approvato questi farmaci, solo il 41% dei pazienti con malattia confermata o probabile ha ricevuto uno dei due trattamenti. [3](#)

Un programma di allocazione potrebbe promuovere l'accesso ai trattamenti in una fase precoce delle epidemie. La scorta di vaccini di emergenza contro l'Ebola dell'International Coordinating Group on Vaccine Provision offre un modello. Gli Stati Uniti hanno contribuito con oltre 750 milioni di dollari allo sviluppo di trattamenti per l'EVD e avrebbero potuto condizionare i finanziamenti alle garanzie di un maggiore accesso, come la loro inclusione in una scorta globale.

Esistono ulteriori vie per sfruttare l'influenza in anticipo nei processi di ricerca e sviluppo per promuovere un maggiore accesso a valle alle contromisure mediche. Non ci sono trattamenti approvati per il virus del Sudan o per il virus di Marburg, che causano sintomi simili a quelli dell'EBOV. Per promuovere l'accesso futuro a nuove terapie, i paesi a rischio di epidemie potrebbero istituire un consorzio di ricerca per accelerare le sperimentazioni cliniche quando i casi vengono segnalati per la prima volta e incorporare accordi di accesso post-sperimentazione come condizione per ospitare studi di potenziali contromisure.

Lo sviluppo di lenacapavir sottolinea sia il potenziale che l'importanza di sfruttare tali opportunità per migliorare l'accesso. Lo studio PURPOSE 1, condotto in Sudafrica e Uganda, e lo studio PURPOSE 2, condotto in sette paesi, hanno dimostrato che il farmaco previene l'infezione da HIV. Lenacapavir ha un prezzo di circa \$ 44.000 per paziente all'anno negli Stati Uniti; gli accordi di licenza del produttore con sei produttori di farmaci generici per produrre il farmaco e venderlo in 120 paesi a un costo inferiore sono quindi importanti. Ma questo accordo non garantisce un accesso completo: alcuni paesi con alti tassi di HIV, tra cui molti in Sud America, dove il farmaco è stato studiato in PURPOSE 2, non sono inclusi. Inoltre, nessuno dei produttori ha sede nell'Africa subsahariana, un'occasione persa per supportare i produttori emergenti in quella regione. [4](#)

La pandemia di Covid-19 ha dimostrato che rafforzare la capacità produttiva locale è fondamentale per sostenere l'equità sanitaria globale. Durante la pandemia, si è verificata una netta divisione nell'accesso ai dispositivi di protezione individuale, alla diagnostica e ai vaccini tra i paesi ad alto reddito e i paesi a basso e medio reddito (LMIC). Quando sono stati sviluppati i vaccini, i LMIC hanno spesso pagato prezzi più alti e si sono comunque ritrovati in fondo alla fila della distribuzione. Nonostante gli sforzi dell'iniziativa Covid-19 Vaccines Global Access (COVAX) per garantire un accesso equo, le disuguaglianze sono persistite. Un'analisi del 2023 sull'accesso ai prodotti medici Covid-19 ha riassunto il più grande ostacolo: "L'economia politica è strutturata per migliorare e allungare la vita di coloro che si trovano nel Nord del mondo, trascurando e accorciando la vita di coloro che si trovano nel Sud del mondo". [5](#)

Le risposte di Mpox hanno evidenziato sfide simili, ma hanno anche mostrato cosa si può ottenere con una volontà politica sufficiente. Nel 2022, quando i casi sono aumentati in città come New York, Montreal e Berlino, sono state prontamente lanciate campagne di immunizzazione. Nel frattempo, mentre i focolai si intensificavano nell'Africa centrale e orientale, i ritardi diplomatici e gli sforzi lenti di donazione dei vaccini hanno ostacolato la risposta globale. Delle 5,3 milioni di dosi di vaccino Mpox promesse a livello globale, solo una frazione è stata consegnata.

Di recente, gli investimenti nella ricerca, nello sviluppo e nella produzione di vaccini in molti paesi a medio reddito, tra cui Cina, India e Brasile, hanno dimostrato che le potenze emergenti possono sfidare disuguaglianze di lunga data. Analogamente, Partnerships for African Vaccine Manufacturing sta supportando i produttori in tutta l'Africa per produrre il 60% dei vaccini necessari nel continente entro il 2040, rispetto all'1% che producono ora. BioNTech ha aperto una struttura per vaccini a mRNA in Ruanda nel 2023, con il supporto della Coalition for Epidemic Preparedness Innovations. L'hub di trasferimento tecnologico dei vaccini a mRNA in Sud Africa, istituito dall'Organizzazione mondiale della sanità (OMS), sta facilitando la capacità di produzione di vaccini a mRNA in 15 LMIC in Africa, Asia e Sud America.

Per lanciare queste iniziative è necessario un supporto globale, ma la sostenibilità a lungo termine dipende dall'impegno dei governi. I paesi dovranno stanziare maggiori risorse per costruire quadri normativi solidi, sviluppare e sostenere competenze tecniche e impegnarsi ad acquistare vaccini prodotti localmente, anche se inizialmente sono più costosi delle alternative.

Rafforzando la propria capacità, i paesi potrebbero affrontare le sfide locali e al contempo aumentare la resilienza globale contro le minacce per la salute. Ad esempio, il Ruanda, con uno dei sistemi sanitari più forti della regione, ha rapidamente rilevato, contenuto e gestito un recente focolaio del virus Marburg,

distribuendo vaccini e trattamenti sperimentali. Questa capacità ha impedito la diffusione regionale e salvato vite.

Le disuguaglianze sanitarie globali persistono perché i sistemi pensati per affrontarle non sempre funzionano. A dicembre 2021, l'OMS ha istituito un organo negoziale intergovernativo per sviluppare un accordo pandemico globale volto a correggere i problemi emersi durante la pandemia di Covid-19. I negoziatori avrebbero raggiunto un consenso su proposte importanti e segnalato progressi su precedenti punti critici, tra cui il rafforzamento dei sistemi normativi e la produzione geograficamente diversificata di prodotti sanitari. Tuttavia, le discussioni sull'accesso equo ai vaccini e sul trasferimento di tecnologia e informazioni per la produzione di contromisure hanno raggiunto un punto morto. Impegni e meccanismi di conformità forti sono essenziali per affrontare le disuguaglianze radicate.

Di fronte alle attuali e imminenti minacce per la salute globale, tra cui la resistenza antimicrobica, il cambiamento climatico e le nuove pandemie, è urgente agire. I governi e le organizzazioni sanitarie globali multilaterali devono migliorare l'accesso alle contromisure esistenti, sfruttare le condizioni sui finanziamenti pubblici e gli accordi di sperimentazione per migliorare l'accesso a nuovi strumenti e supportare la produzione locale nei paesi a basso e medio reddito. Il mondo ha gli strumenti per prevenire la sofferenza e la morte in luoghi resi vulnerabili da una lunga storia di disuguaglianza sanitaria globale. La domanda è se adotteremo le misure necessarie per garantire che tutti vi abbiano accesso.

<https://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMp2413298?query=WB>



The NEW ENGLAND  
JOURNAL of MEDICINE

## **Trovare un equilibrio: promuovere i diritti di contrattazione collettiva dei medici e la tutela dei pazienti**

**Tarun Ramesh , Carmel Shachar e Hao Yu , Ph.D.**

Da febbraio 2024, più di 12.000 residenti medici sudcoreani (l'80% di tutti i residenti) sono in sciopero, per protestare contro una nuova politica governativa progettata per aumentare le ammissioni alle facoltà di medicina, che sostengono non affronti le loro preoccupazioni relative a bassi stipendi e cattive condizioni di lavoro.

Ai residenti si sono infine uniti medici curanti e studenti di medicina. Lo sciopero, uno degli scioperi medici più grandi e lunghi nella storia del paese, ha portato a notevoli ritardi negli interventi chirurgici, in altre procedure mediche e nei ricoveri ospedalieri.

Allo stesso modo, nel gennaio 2024, i medici residenti nel Regno Unito hanno scioperato per 6 giorni a causa della scarsa retribuzione; lo sciopero è stato il più grande nella storia del National Health Service. Nell'ottobre 2023, i medici di base in Francia hanno avviato uno sciopero per chiedere tariffe più elevate per le visite mediche generali.

Negli Stati Uniti, i medici di pronto soccorso di Detroit hanno scioperato nell'aprile 2024 a causa dei lunghi tempi di attesa e dei bassi livelli di personale; nel settembre 2024, oltre 800 residenti e borsisti dell'Università di Buffalo hanno avviato uno sciopero di 4 giorni per chiedere una migliore retribuzione e condizioni di lavoro, gli stessi obiettivi perseguiti in uno sciopero del maggio 2023 da oltre 150 residenti in un ospedale di New York affiliato alla Icahn School of Medicine al Mount Sinai.

Tra i paesi dell'Organizzazione per la cooperazione e lo sviluppo economico, la Corea del Sud e gli Stati Uniti hanno alcuni dei numeri più bassi di medici ogni 1000 abitanti. La contrattazione collettiva e gli scioperi potrebbero quindi avere effetti maggiori in questi paesi che altrove. In mezzo alle recenti attività di sciopero,

i decisori politici statunitensi potrebbero incorporare lezioni da altri paesi per bilanciare meglio i diritti di contrattazione collettiva dei medici e le tutele dei pazienti.

Il trattamento dei dipendenti ospedalieri ai sensi del diritto del lavoro statunitense è stato complesso e incoerente. Il National Labor Relations Act (NLRA) del 1935 copriva originariamente i dipendenti di tutti gli ospedali non governativi; fu modificato dal Taft–Hartley Act nel 1947 per escludere i dipendenti degli ospedali senza scopo di lucro.

Gli emendamenti sanitari del 1974 al NLRA ripristinarono la copertura del diritto del lavoro per i dipendenti degli ospedali senza scopo di lucro. Consacrarono inoltre il diritto di sciopero per alcuni lavoratori sanitari statunitensi e richiesero che i sindacati dessero un preavviso di 10 giorni prima di uno sciopero in qualsiasi istituto sanitario. [1](#)

Successivamente, il National Labor Relations Board (NLRB) stabilì che i medici specializzandi potessero costituire sindacati, ma i medici curanti sono esclusi dalle tutele legali relative ai sindacati se sono appaltatori indipendenti anziché dipendenti, se esercitano in uno studio privato, se sono docenti a tempo indeterminato o di ruolo o se supervisionano altri dipendenti (la supervisione medica degli infermieri non è qualificante per questo scopo). [1,2](#)

La legge antitrust è stata applicata all'organizzazione del lavoro da parte dei medici da quando la Federal Trade Commission ha intrapreso un'azione esecutiva contro l'American Medical Association (AMA) nel 1979, sulla base delle teorie secondo cui tutti i medici indipendenti sono in competizione tra loro e che l'organizzazione del lavoro potrebbe comportare comportamenti anticoncorrenziali.

Alcune leggi statali possono fornire protezioni aggiuntive oltre a quelle stabilite dalle politiche federali per i dipendenti che perseguono la contrattazione collettiva o partecipano a scioperi.

Storicamente, è stato raro che i medici statunitensi, soprattutto rispetto agli infermieri, facessero scioperi. Tuttavia, le norme potrebbero cambiare notevolmente nei prossimi anni, a causa dell'aumento dell'insoddisfazione lavorativa tra i medici e dell'ascesa dei sindacati dei tirocinanti medici.

Negli ultimi due decenni, i medici hanno espresso una crescente frustrazione per gli elevati carichi di lavoro, la retribuzione relativamente bassa e il deterioramento delle condizioni di lavoro e disagio per la finanziarizzazione del settore sanitario statunitense, inclusa la priorità del profitto rispetto alla qualità dell'assistenza clinica. [1](#)

La sindacalizzazione e la successiva autorità di contrattazione collettiva tra tirocinanti medici offrono ai residenti e ai borsisti un percorso legale per controbilanciare le priorità distorte e sostenere migliori condizioni di lavoro e una maggiore retribuzione.

La sindacalizzazione fornisce anche un'altra via per esercitare potere durante le negoziazioni contrattuali: azioni sindacali, compresi gli scioperi.

D'altro canto, la sindacalizzazione può essere associata a potenziali svantaggi, tra cui maggiori costi sanitari per la società, perdita di autonomia per i singoli medici e creazione di disuguaglianze tra medici dipendenti e indipendenti. Le alternative ai sindacati dei medici, tra cui i comitati del personale medico, composti da leader clinici che supportano il benessere del personale e sottopongono problemi alla dirigenza ospedaliera, possono consentire ai medici dipendenti di avere una voce collettiva in assenza di sindacalizzazione.

I tirocinanti medici in oltre 60 programmi statunitensi si sono sindacalizzati. [3](#)

Con il crescente interesse per la sindacalizzazione tra gli altri medici, il potenziale per l'azione sindacale nell'assistenza sanitaria statunitense aumenterà. Leggi e regolamenti potrebbero essere aggiornati per riflettere meglio le realtà dell'assistenza sanitaria moderna e incorporare le migliori pratiche di altri paesi.

Sebbene gli scioperi dei medici sollevino importanti preoccupazioni etiche sul potenziale danno per i pazienti, specialmente nelle aree con carenza di medici, pochi studi hanno esaminato tali effetti. Una revisione sistematica e una meta-analisi di 14 studi da 10 paesi non hanno trovato differenze significative nella mortalità ospedaliera tra periodi di sciopero e non di sciopero. [4](#)

Una revisione di scoping ha riscontrato una diminuzione degli interventi chirurgici elettivi e un aumento delle cancellazioni degli appuntamenti ambulatoriali durante gli scioperi. [5](#)

Per affrontare le preoccupazioni sui potenziali danni associati agli scioperi dei medici, i decisori politici di molti paesi hanno adottato misure per proteggere i pazienti. Sebbene i sistemi sanitari di questi paesi differiscano da quello degli Stati Uniti, le loro esperienze potrebbero offrire utili lezioni.

Ad esempio, Francia, Italia, Irlanda e Spagna hanno implementato politiche che richiedono ai datori di lavoro e ai dipendenti di stabilire un livello minimo di personale prima di uno sciopero sanitario e il Regno Unito ha recentemente preso in considerazione l'introduzione di livelli minimi di personale.

Tali politiche sono in linea con quelle dell'Organizzazione Internazionale del Lavoro (OIL), un'agenzia delle Nazioni Unite che aiuta a stabilire gli standard del lavoro. L'OIL sostiene l'uso di livelli minimi di servizio quando gli scioperi potrebbero interrompere i servizi in modi che "mettono a repentaglio la vita, la sicurezza personale o la salute... della popolazione".

Il preavviso legale di 10 giorni per gli scioperi contro le istituzioni sanitarie negli Stati Uniti intende fornire un periodo di "raffreddamento" e dare all'istituzione il tempo di prendere accordi per salvaguardare l'assistenza ai pazienti.

L'aggiunta di un livello minimo di servizio richiesto dalla legge potrebbe proteggere ulteriormente i pazienti, rispondere alle preoccupazioni di alcuni medici che lo sciopero sia in conflitto con il loro dovere etico di fornire assistenza e proteggere da potenziali accuse di abbandono del paziente da parte degli ordini medici statali.

Si potrebbero anche adottare misure proattive per prevenire azioni punitive contro i medici curanti o tirocinanti in sciopero. La legge sudcoreana consente di penalizzare, tramite sospensione della licenza medica, multe o persino incarcerazione, i medici che rifiutano gli ordini governativi di rientro al lavoro.

Durante lo sciopero dei residenti, il governo sudcoreano ha iniziato a sospendere le licenze dei tirocinanti in sciopero, ma ha fatto marcia indietro dopo le proteste pubbliche.

Tali azioni punitive possono danneggiare i rapporti tra dipendenti e datori di lavoro, minare la fiducia del pubblico nel sistema medico e compromettere le condizioni di lavoro dei medici, esacerbando così il burnout e l'insoddisfazione lavorativa.

Secondo i codici del lavoro dell'ILO, i lavoratori "non dovrebbero essere licenziati per aver preso parte a uno sciopero" e uno sciopero legale non risolve un contratto esistente, ma piuttosto sospende il contratto fino a quando non procede la negoziazione.

Sebbene la discriminazione nei confronti dei dipendenti a causa di attività sindacali o simpatie sia considerata una pratica lavorativa sleale ai sensi della NLRA, i tirocinanti coinvolti in tali attività sono più vulnerabili di altri medici a danni correlati alla carriera perché sono in procinto di ottenere la licenza e la certificazione del consiglio. Gli ordini medici statali potrebbero garantire che le accuse legali associate alle attività sindacali non influenzino le decisioni relative alla licenza.

Analogamente, le società professionali potrebbero garantire che le attività correlate ai sindacati non mettano a repentaglio l'idoneità o la certificazione del consiglio. L'AMA, che sostiene il diritto dei medici a sindacalizzarsi ma scoraggia gli scioperi dei medici, [2](#) potrebbe fornire una guida aggiornata e più specifica ai tirocinanti sui benefici e i rischi associati allo sciopero.

Infine, il Congresso e l'NLRB potrebbero riesaminare l'idoneità alla sindacalizzazione dei docenti delle facoltà di medicina e dei medici supervisor. In un'epoca di crescente corporativizzazione e consolidamento degli ospedali, i medici curanti hanno meno controllo sui loro orari e sulla loro pratica. [1](#)

Nei grandi sistemi sanitari, dove gli amministratori possono guidare il processo decisionale, i sindacati possono essere un importante contrappeso che protegge gli interessi dei dipendenti.

Le politiche del lavoro potrebbero essere aggiornate per riflettere meglio le tendenze attuali e allinearsi più da vicino alle politiche di Spagna, Francia e Regno Unito che consentono ai medici supervisor di scioperare. Modernizzando le leggi sul lavoro e le normative sullo sciopero, in parte imparando da altri paesi, i decisori politici statunitensi potrebbero supportare meglio i medici, i pazienti e gli ospedali in tempi di disordini.

<https://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMp2411647?query=WB>

## Trump, l'Oms e una prospettiva che pare catastrofica

Ivan Cavicchi

24 GEN -

*Gentile direttore,*

la Lega sembrava non aspettasse altro per fare la sua solita figuraccia. Dopo l'annuncio di Trump di uscire dall'Oms ha depositato un Ddl al grido "riprendiamoci la sovranità". Presa nel suo incontenibile delirio secessionista evidentemente ha interpretato la decisione di Trump come una forma estesa di autonomia differenziata. Ridicolo e grottesco ma soprattutto terribilmente stupido ma anche inequivocabilmente indicativo di cosa sta cambiando nel mondo. Non penso che l'Oms chiuderà bottega né a causa di Trump né a causa di altri meno che mai penso che la Meloni sia tanto sciocca da dare retta alla Lega. L'Oms, nonostante Trump e la Lega, resta una organizzazione leader nella così detta "filantropia di rischio" e quindi potrà contare sui finanziamenti di tanti stati ma soprattutto anche su quelli di alcuni facoltosi capitalisti come Bill Gates e [Warren Buffett](#).

### Fuori dall'Oms

Trump come è noto aveva già deciso, durante la pandemia di covid 19, di interrompere i finanziamenti americani all'OMS accusandola di aver insabbiato informazioni sulla diffusione del virus arrivando a prefigurare, in assenza di una radicale riforma dell'organismo, la creazione di un'organizzazione alternativa. Poi [Joe Biden](#), una volta eletto, tramite un ordine esecutivo, annullò la sua procedura di uscita. Vale la pena ricordare che le politiche di Trump contro l'epidemia di covid 19 furono a dir poco fallimentari e che questo costò a Fauci l'immunologo, un sacco di guai fino ad indurre Biden a proteggerlo da Trump con la "grazia preventiva". Uno degli esempi più eloquenti del difficile rapporto che a volte c'è tra scienza e politica. Quale è il senso politico di questo abbandono? Se Trump esce dall'Oms è perché, gli Usa rifiutano come paese, l'obbligo di cooperare con altri paesi non dico per affermare un diritto universale alla salute, come da noi, ma quantomeno per aiutare i paesi poveri a non avere scandalosi indici di mortalità.

### Slogan certamente ma anche ben altro

Uscire dall'Oms significa sottrarsi dalle sue strategie come per esempio "One health" "health for all", "health in all policies" di "universal health coverage: everyone, everywhere", "Get it right, make it safe!", "health is not a commodity" ecc. Cioè certamente slogan che a me personalmente, non hanno mai appassionato, e che in genere servono solo nei convegni per fare bella figura e sembrare molto aggiornati ma che, comunque hanno eliminato, ad esempio il vaiolo dal mondo e altre epidemie importanti, ma hanno anche combattuto malattie importanti come la poliomelite, l'aids, la malattia da virus Ebola, la malaria ecc. La Lega dice che l'OMS è un carrozzone e per certi versi non ha tutti i torti ma è innegabile che grazie ad essa alcune [svolte epocali](#) sulle malattie del mondo, difficilmente sarebbero potute avvenire.

### Oltre la coevoluzione

Il primo significato che vorrei sottolineare è che il sottrarsi da parte di Trump con appresso la Lega vale come il sottrarsi al dovere di solidarietà condizione indispensabile per la riproposizione di una ideologia che Trump riassume con espressione "America first" e che ha un significato preciso per essere first si devono come in una corsa lasciare indietro tutti gli altri. Per Trump si tratta di mettere gli interessi degli Stati Uniti al di sopra di ogni accordo internazionale quindi non solo quelli sull'Oms ma anche quelli sul clima, sullo sviluppo sostenibile, ecc. Per Salvini molto più semplicemente si tratta di fare l'autonomia differenziata. Ma sottrarsi al dovere di solidarietà è come negare la necessità di una coevoluzione condivisa e ammettere che l'unico modo per evolvere è quello darwiniano della selezione naturale per via della concorrenza ma che è anche l'ideologia di fondo del liberismo più classico quello che va da Adam Smith alla Thatcher passando per Milton Friedman. Io non voglio co-evolvere insieme agli altri, voglio evolvere per conto mio a spese degli altri cioè in competizione con gli altri. Ma questo è esattamente lo spirito della 'autonomia differenziata

### **Oltre la cura quindi oltre la cooperazione**

A me colpisce che mentre “essere con” per Heidegger è il concetto chiave dell’idea di “cura”, per Trump “non essere con” è la ragione che spiega certo l’uscita dall’Oms ma anche l’abbandono dalla idea di “cura” del mondo. Il mondo non va curato con accordi sul clima, con quelli sulla sostenibilità e sulla transizione energetica ma va lasciato a se stesso. Salta quindi l’obbligo previsto dalla [giurisprudenza](#) internazionale, a carico degli Stati, della cooperazione. Esattamente come salta l’obbligo della solidarietà tra regioni con l’autonomia differenziata. Trump esce dall’Oms ma anche dagli accordi sul clima e sulla sostenibilità e sulla transizione energetica ma anche dal trattato pandemico che prevede che in caso di pandemia l’OMS abbia certi poteri come quello di emanare nei confronti dei paesi raccomandazioni vincolanti.

In realtà di veramente nuovo c’è poco

Personalmente non vedo una grande differenza di “senso” tra l’uscita di Trump dall’ Oms e per esempio l’autonomia differenziata della Lega. Entrambi alla fine sono forme di secessione. Come non vedo neanche grandi differenze tra quello che propone Trump e il ritorno ad un liberismo puro, cioè un ritorno certo ai dazi ma anche al laissez faire soprattutto nell’uso delle risorse naturali che secondo Trump in barba a qualsiasi idea di sostenibilità, si possono depredare senza limiti. Non vedo neanche, io che mi occupo di sanità, che il ritorno degli interessi forti contro i deboli cioè il grande capitalismo che si affianca alla politica sia una novità. Ma se non vedo grandi differenze provo però un grande disagio perché mi sembra di avvertire che quello che sta succedendo in Usa è stato in un certo qual senso prefigurato da noi il che spiega soprattutto che anche noi, per esempio, se penso alla sanità siamo sempre meno “con” e sempre più subordinati a certi interessi considerati first e sempre a scapito dei diritti. Il welfare aziendale del sindacato non è altro che l’interpretazione italiana del welfare on demand americano.

### **Una brutta sensazione**

La mia sensazione è duplice. Sta prendendo piede cioè si sta affermando un contesto politico culturale sociale nel mondo occidentale quindi in Europa che potrebbe spiegarci sia le vicende di Trump con l’OMS ,sia il fatto che abbiamo un governo di destra, sia le vicende di cui mi occupo di solito cioè la marginalizzazione della sanità pubblica sono ambiti ovviamente diversissimi per certi versi incommensurabili difficili da confrontare ma che avverto tutti pur nelle loro specificità con un senso e un significato politico comune che è quello di un cambio epocale in cui i valori morali che ruotano sui diritti tramontano facendo sorgere i valori contrari del cinismo di cui Trump è la massima espressione e Salvini semplicemente l’emulo sciocco

### **Un nuovo milieu**

Sembra di avere a che fare con un nuovo milieu che sta drammaticamente peggiorando e declinando verso il peggio e ci propone quindi dei disvalori sempre più distanti dai valori che abbiamo sempre servito.

Questo milieu non c’è dubbio che sta andando sempre più a destra e che quella cosa che si chiama genericamente sinistra è del tutto spiazzata anche perché non solo non ha idee per reagire e proporre una credibile contro prospettiva ma essa è come se con i suoi errori ne fosse paradossalmente una concausa.

Se Trump vince su Biden e se la destra da noi vince sulla sinistra e se la sanità pubblica sta virando verso la sanità privata non c’è dubbio che secondo la legge di Murphy quello che avviene è impossibile che non avvenga. Cioè è impossibile che con Biden, con la sinistra neoliberalista che c’è, non vinca Trump, non vinca la destra e la sanità pubblica non diventi sempre più privata.

### **Avanti e indietro**

Mentre la sinistra ha sempre detto che non si vince tornando indietro ma si vince andando avanti oggi la destra vince perché ci propone di tornare indietro perché la sinistra ha dimostrato di non essere capace di andare avanti.

L’idea che molti commentatori ci propongono è che con Trump stia iniziando di fatto un ciclo lungo di regressioni della storia e quindi del nostro grado di civiltà ciclo storico che secondo costoro inizierebbe con la nascita della modernità con l’affermazione recente dalla post-modernità per concludersi con il ritorno alla pre-modernità.

## Conclusione

Non so se è proprio così ma è uno scenario teorico che non mi sentirei di scartare e che comunque ci dice una cosa semplice: o si va avanti o si torna indietro. Se chi dovrebbe andare avanti come la sinistra sta fermo Lakatos ci ha spiegato a proposito di paradigmi che è come se tornasse indietro ma tornando indietro ovviamente fa passare avanti la destra

G.B Vico qualche secolo fa trattando “del ricorso delle cose umane nel risurgere che fanno le nazioni”, esaminò, il riproporsi nei tempi moderni della barbarie, del diritto romano antico, e delle forme politiche antiche. Mentre Nietzsche un paio di secoli dopo sembra quasi completare la sua analisi mettendo insieme l’“eterno ritorno” con la “volontà di potenza”. Che mi sembra una buona sintesi di Trump

Io non ho la sfera di cristallo ma ammesso che Vico e Nietzsche abbiamo ragione la prospettiva che Trump ci propone alla fine mi sembra senza dubbio catastrofica.

[https://www.quotidianosanita.it/lettere-al-direttore/articolo.php?articolo\\_id=127198](https://www.quotidianosanita.it/lettere-al-direttore/articolo.php?articolo_id=127198)

## Scenari del SSN

quotidianosanita.it

### In Italia medici più anziani che nel resto d'Europa: il 26,7% ha più di 65 anni. I dati Eurostat

*La forza lavoro medica sta invecchiando rapidamente in tutta Europa, con 12 paesi dell'Ue che vedono oltre il 40% dei medici attivi in età pari o superiore a 55 anni, ma l'Italia, insieme alla Bulgaria, nel 2022 era in assoluto Paese con la maggiore quota di medici anziani in servizio. A Malta la percentuale più alta di medici più giovani (il 46,1%).*

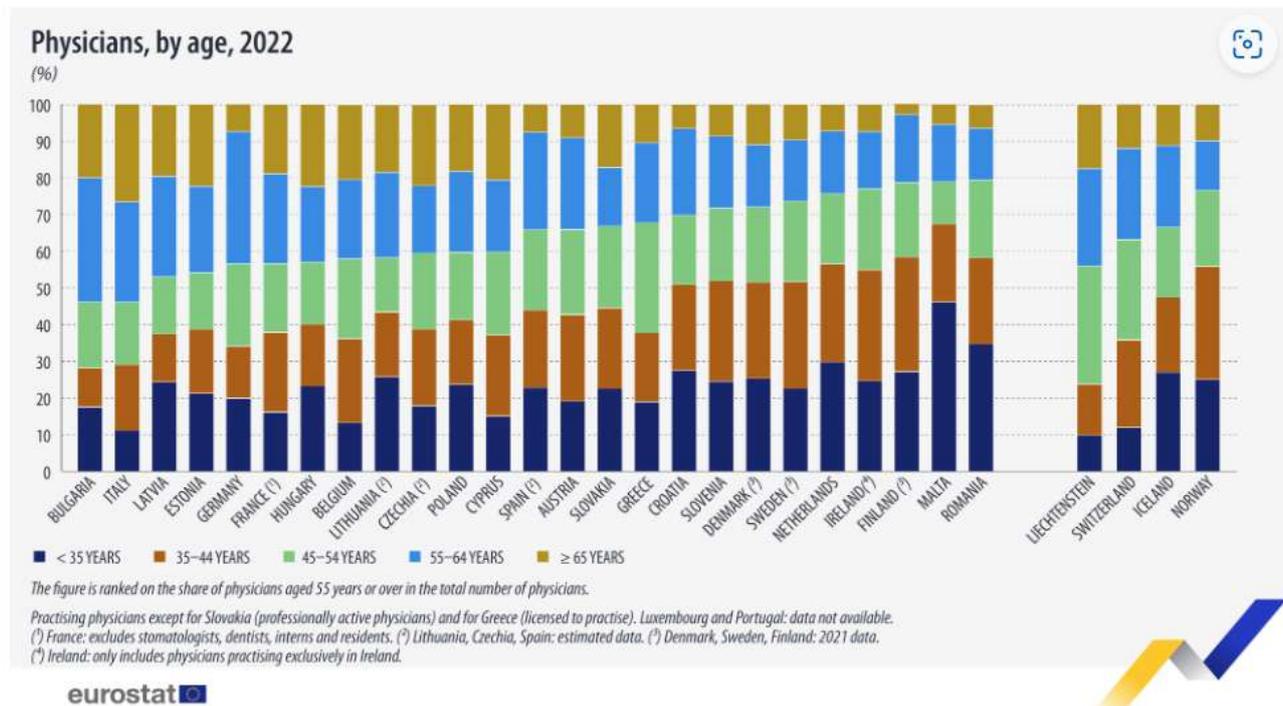
**16 GEN** - L'età media dei medici si sta alzando rapidamente in tutta Europa, ma è in Italia che si registra la quota più alta di medici anziani in servizio.

A dirlo sono i [dati](#) dell'Eurostat pubblicati oggi, secondo cui in Italia, nel 2022, il 26,7% dei medici aveva un'età pari o superiore a 65 anni. In questa fascia di età, l'Italia è stata seguita da Ungheria (22,4%) ed Estonia (22,3%).

La Germania è il Paese con la quota più alta di medici di età compresa tra 55 e 64 anni (il 36,1%), seguita da Bulgaria (33,9%) e Lettonia (27,4%), ma se si considerano tutti i medici con età superiore ai 55 anni, l'Italia è, insieme alla Bulgaria, il Paese d'Europa con la quota più alta di medici in servizio nelle fasce d'età avanzate.

Nel dettaglio, in Italia, nel 2022, su 249.869 medici, erano 5.742 quelli con 75 anni e oltre ancora attivi in Italia; 60.883 quelli nella fascia d'età 65-74 anni; 68.095 avevano un'età compresa tra i 55 e i 64 anni; 42.780 si trovavano nella fascia 45-54 anni e 44.709 quelli tra i 35 e i 44 anni. Alla fascia più giovane, quella con meno di 35 anni di età, appartenevano 27.660 medici.

Al contrario, Malta ha avuto la percentuale più alta di medici più giovani al 46,1%, seguita da Romania (34,6%) e Paesi Bassi (29,7%).



[https://www.quotidianosanita.it/studi-e-analisi/articolo.php?articolo\\_id=126999](https://www.quotidianosanita.it/studi-e-analisi/articolo.php?articolo_id=126999)



## La grande crisi del SSN (1)

Marco Geddes da Filicaia

Da oltre un decennio il nostro Servizio sanitario nazionale è sfianato da un'opera di logoramento che ha provocato una crisi senza precedenti nel settore del personale sanitario. In questo articolo (e in quello successivo) vengono descritti i meccanismi che sono entrati in gioco nel provocare la "grande crisi": dal blocco delle assunzioni alla mancata programmazione della formazione dei medici, dalla decrescita dei salari di medici e infermieri alla fuga all'estero dei professionisti.

Il **lungo assedio al SSN**, metafora che ben illustra la situazione in atto da oltre un decennio[i], si sta realizzando da tempo con una specifica strategia. Un assedio è finalizzato a conquistare la città, con la fame e con la sete, tramite l'interruzione della fornitura di acqua e di alimenti. Nel caso specifico non si è trattato solo di interrompere il finanziamento del SSN, poiché non ci si cura con la cartamoneta, ma di interrompere miratamente la fornitura di quanto indispensabile e acquisibile con i finanziamenti.

Non si è interrotto o ridotto l'acquisto di attrezzature sanitarie, anch'esse rilevanti per il funzionamento delle attività. Il nostro paese ha una abbondanza di tecnologie (Tc, Rm, Pet, Sale ibride, Robot chirurgici ecc.), come si evidenzia dal confronto con altri paesi europei; una risorsa spesso non ben distribuita e non pienamente utilizzata[ii].

**Non si è trattato di carenza di farmaci;** non possiamo certo affermare che abbiamo una scarsità di tale risorsa a livello nazionale. In Italia il calendario vaccinale offre una larga copertura e alcuni ambiti territoriali o tipologia di vaccinazione sono caratterizzati da ridotta aderenza non certo per mancanza di vaccini; viene garantita la gratuità di farmaci di costo elevatissimo e la ampia disponibilità di antibiotici si associa piuttosto a un improprio ed eccessivo utilizzo, non certo a una scarsità di tale risorsa.

L'assedio ha pertanto progressivamente ridotto, e spesso interrotto il rifornimento di cibo e acqua, cioè del capitale umano: medici e infermieri.

**La crisi del personale sanitario è un problema comune a molti paesi europei.** Hans Kluge, direttore dal WHO Europa, in occasione della 73° sessione del Comitato regionale ha definito la carenza di personale sanitario e assistenziale, una “crisi tremenda”, una vera e propria “bomba a orologeria”<sup>[iii]</sup>. Una bomba la cui intensità è, per l'Italia, assai più rilevante e la tempistica della esplosione ormai prossima; un ordigno per il quale non si intravedono approssimarsi artificieri per disinnescarlo.

**La crisi del personale sanitario si inserisce infatti in uno scenario nazionale che risulta complesso sotto più profili.**

- **Il primo fattore è rappresentato dall'andamento demografico** che non appare roseo, poiché la percentuale di popolazione di età 0 – 14 risulta fra i più bassi (12,9%) e pertanto la popolazione in età lavorativa, al netto della migrazione, si ridurrà ulteriormente fino a raggiungere, nel 2030, l'indice di dipendenza degli anziani più elevato fra i paesi europei.
- **Il secondo fattore consiste nella riduzione della presenza statale** in molti settori produttivi e di servizio, con un rapporto di dipendenti pubblici/popolazione pari a 5,5 x 100 abitanti (Germania 6.1, Spagna 7.3, UK 8.1, Francia 8.3). Un salasso attuato negli anni che ha colpito la Scuola, l'Università, gli Enti locali, i Centri di ricerca pubblica, i Musei statali, le Biblioteche, le Sovrintendenze e Servizi sociali e, in misura rilevante, il Servizio sanitario nazionale.
- **L'ulteriore, terzo fattore, riguarda la decrescita dei salari.** Il salario medio annuale, nel corso dell'ultimo trentennio (1990 – 2020) è diminuito in Italia del 2.9%. Unico paese europeo con il segno negativo, mentre si è assistito in Europa a una crescita generalizzata: Spagna + 6.2, Portogallo + 13.7, Austria + 24.9, Grecia + 30.5, Francia: + 31.1, Germania: + 33.7, Danimarca: + 38.7, Svezia + 63.0.

**Questo insieme di problematiche avrebbe doverosamente suggerito una pianificazione del capitale umano** (o forza lavoro, per usare un termine più brutale) della sanità particolarmente accurato, lungimirante e per un ampio arco temporale, in considerazione dell'alta qualificazione della forza lavoro occupata in quest'ambito, dell'onere rilevante per la formazione, stimato, per un medico per qualificarsi a fini occupazionali, intorno ai 200.000 €, nonché della rilevanza costituzionale del diritto alla salute che, attraverso il servizio sanitario, si concretizza.

**Tabella 1. Tetti di spesa per il personale. La normativa.**

#### TETTI DI SPESA PER IL PERSONALE – NORMATIVA

**L. 266/2005**, art. 1, cc 198-200. Gli enti del Ssn (oltre che Regioni e Comuni) adottano le misure necessarie a garantire che le spese di personale, al lordo degli oneri riflessi a carico delle amministrazioni e dell'IRAP, non superino per gli anni 2006, 2007 e 2008 il corrispondente ammontare dell'anno 2004 diminuito dell'1%

**L. 296/2006**, art. 1, c 565. Il livello massimo della spesa per il personale del SSN è esteso agli anni 2007, 2008 e 2009 e deve essere non superiore a quello del 2004 diminuito dell'1,4%.

**L. 191/2009**, art. 2, cc. 71, 72 e 73. Estensione del tetto di spesa agli anni 2010, 2011 e 2012 solo per il Ssn (e non anche per Regioni e Comuni).

**L. 190/2011** di conversione del DL 98/2011, art. 17, c. 3. Estensione fino al 2020 delle disposizioni di cui alla L. 191/2009. Congelamento dell'indennità di vacanza contrattuale.

**L. 135/2012** di conversione del DL. 95/2012, art. 21, c. 21. Le disposizioni di cui alla L 191/2009 si applicano agli anni 2013- 2014-2015.

**L. 60/2019** di conversione del DL 35/2019, art. 11 c.1 e 3. Decreto Calabria. Prima parziale revisione, per gli anni 2019, 2020, 2021, del livello massimo della spesa che non deve superare quella del 2018 (o, se superiore, a quella di cui alla L 191/2009) incrementata, a livello regionale, di un importo pari al 5% dell'aumento del Fondo sanitario. Dal 2021 l'incremento è subordinato all'adozione di una metodologia per la determinazione del fabbisogno di personale.

La legge prevede inoltre che "Le regioni, previo accordo da definirsi con il Ministero della salute ed il Ministero dell'economia e delle finanze, possono ulteriormente incrementare i limiti di spesa di cui al comma 1, di un ammontare non superiore alla riduzione strutturale della spesa già sostenuta per servizi sanitari esternalizzati prima dell'entrata in vigore del presente decreto."

**L. 157/2019** di conversione del DL 124/2019, art. 45. Conferma, per il triennio 2019-2021, i limiti massimi di spesa rapportati a quelli del 2018 ma prevede un aumento annuale, a livello regionale, del 10% dell'incremento del Fondo sanitario.

**L. 160/2019** Prosecuzione del servizio dei dirigenti medici del SSN oltre il limite del 65° anno di età.

**L. 21/2021** di conversione del DL 183/2020, art 4, c. 4. Sposta dal 2021 al 2022 il vincolo dell'adozione della metodologia per la determinazione del fabbisogno di personale del SSN di cui alla L 60/2019.

**L. 234/2021** art 1, c. 274 e c. 293. Autorizza, per il potenziamento dell'assistenza territoriale, la spesa massima di personale dipendente, anche in deroga ai vincoli vigenti, di 90,9 mln per il 2022, 150,1 mln per il 2023, 328,3 mln per il 2024, 591,5 mln per il 2025 e 1.015,3 mln a decorrere dal 2026, a valere sul finanziamento del Ssn. Autorizza un'indennità accessoria al personale del pronto soccorso nei limiti di 90 milioni a decorrere dal 2022, a valere sul finanziamento del Ssn.

**L. 56/2023** di conversione del DL 34/2023, art. 11, c. 1. Incrementa la tariffa oraria delle prestazioni aggiuntive per il 2023 e incrementa il finanziamento del Ssn di 170 milioni.

**D LdB 2024** Per il potenziamento dell'assistenza territoriale, sempre in deroga e a valere sul finanziamento del Ssn, la spesa massima di cui alla legge 234/2021 è incrementata di 250 mln per il 2025 e di 350 mln a decorrere dal 2026. (art. 50). Estende a tutto il 2026 l'incremento delle tariffe orarie per le prestazioni aggiuntive per il personale medico e del comparto e incrementa il finanziamento di 280 milioni (art. 42).

**Infine l'esperienza pandemica avrebbe dovuto disvelare, anche a chi non l'avesse inteso precedentemente, la rilevanza di un adeguato servizio sanitario pubblico, e quindi imporre congrue riforme e i necessari finanziamenti, tenuto conto, come ha scritto la Commissione istituita dal WHO Europa e presieduta dal Senatore Mario Monti, che "... la pandemia ha rivelato che investimenti sanitari inadeguati, soprattutto nei sistemi sanitari pubblici, possono costituire di per sé una fonte di rischio macro-critico, non solo per il Paese in questione, ma per il mondo"**[\[iv\]](#).

**I due maggiori comparti di personale del SSN sono rappresentati da 102.491 medici, con età media 50,9 anni, che rappresentano il 22.9% del personale (51,2% donne) e da 264.768 unità di personale infermieristico, che rappresentano il 59.2% della forza lavoro, con una età media del 46,9 (77,8% donne).**

**I medici in Italia non sono pochi rispetto alla popolazione** (4.0 x 1.000 abitanti) in linea con la media europea (EU 27). Un confronto con la media di quattro paesi per più aspetti “prossimi” evidenzia un numero di medici per 1.000 abitanti in Italia del 4,06, a fronte di una media di 3,58 di Francia, Germania, Gran Bretagna, Spagna; in numeri assoluti in Italia + 28.981 medici. Il risultato tuttavia cambia se il rapporto viene effettuato rispetto alla popolazione over 75; in tal caso mancano in Italia 17.189 medici<sup>[v]</sup>.

**Situazione in realtà assai più critica per gli infermieri.** La media europea di infermieri rispetto alla popolazione è di 8.3 x 1.000 abitanti, mentre in Italia ci si attesta a 6.3! Ciò comporta che la ratio infermieri/medici è bassissima: Italia 1.6; EU 2.2. Se utilizziamo il confronto fatto con i quattro paesi sopra individuati (Francia, Germania, Gran Bretagna, Spagna) mancano in Italia 237.282 infermieri; se il confronto viene attuato rispetto alla popolazione over 75 (criterio assai rilevante specie per il personale infermieristico) mancano all'Italia 350.074 unità di personale!

La decimazione di medici e infermieri ha, consapevolmente o inconsapevolmente (in termini giuridici si direbbe: dolosamente o colpevolmente) utilizzato più strumenti.

### **Il blocco delle assunzioni**

Il blocco delle assunzioni è stato attuato tramite i tetti di spesa per il personale del Ssn introdotti nel 2005 con la legge 266/2005 (Governo Berlusconi III, Ministro della sanità Storace); solo parzialmente rivisti nel 2019 e ancora soggetti a limiti di spesa, vedi Tabella 1.

*Il prossimo articolo sarà pubblicato mercoledì 17 gennaio.*

### **Riferimenti**

<sup>[i]</sup> <https://www.saluteinternazionale.info/2023/10/il-lungo-assedio-al-ssn/>

<sup>[ii]</sup> In Italia abbiamo 31,24 risonanze magnetiche per milione di abitanti (anno 2022) con 65 esami ogni 1.000 abitanti, in un rapporto di utilizzo pari a 2,1 a fronte di un rapporto di utilizzo che in Olanda è 4,4; in Spagna 4,7; in Austria 5,6; in Francia 7,5 e in Belgio è 7,6.

<sup>[iii]</sup> Hans Kluge: “Ecco i tre pilastri per una regione europea resiliente”. 73<sup>a</sup> sessione del Comitato Regionale per l'Europa dell'Oms. Quotidiano Sanità, 25 Ottobre 2023.

<sup>[iv]</sup> WHO, Drawing light from the pandemic. A new strategy for health and sustainable development, Report of the Pan-European Commission on Health and Sustainable Development, Edited by Professor Martin McKee, 2021

<sup>[v]</sup> Crea Sanità, elaborazione da dati OECD Health at a Glance 2019.

<https://www.saluteinternazionale.info/2024/01/la-grande-crisi-del-ssn-1/>

## **SSN. Qualcosa si è rotto.**

**Marco Geddes da Filicaia**

*I sistemi informatici sono, in molti casi, obsoleti e incompatibili non solo fra una regione e l'altra, ma anche all'interno della stessa regione fra Aziende ospedaliere e territoriali, oltre che rispetto alla rete ospedaliera privata convenzionata. L'assenza di una adeguata pianificazione e standardizzazione rende spesso impossibile il trasferimento delle cartelle cliniche dei pazienti e delle immagini diagnostiche, con danni per i pazienti e un onere economico per il Servizio sanitario, come anche la pandemia ha evidenziato*

*The Lancet* ha pubblicato, ai primi dell'anno, un interessante Rapporto<sup>[1]</sup> che si compone di alcuni contributi su temi di politica sanitaria nazionale e internazionale e di esemplificative ricerche effettuate nei vari paesi europei. Fra i trentaquattro capitoli (editoriali, commenti, articoli originali) che costituiscono questo numero del *Lancet* ve ne sono in particolare due che riguardano direttamente o indirettamente il nostro paese. **Il primo è un commento al Rapporto Draghi**, dal titolo significativo: "*Health, the missing chapter in the Draghi Report on the Europe's future*". **L'altro**, un editoriale, a cui la stampa e i mezzi di informazione hanno dedicato una qualche attenzione<sup>[2]</sup>, tratta della situazione italiana ed **il titolo, oltre che significativo, è allarmistico: "The italian health data system is broken"**.

**Il Rapporto dell'ex presidente della Banca centrale europea, Mario Draghi, sulla futura competitività dell'Europa**, afferma che "...l'Europa si trova di fronte a una scelta tra paralisi, uscita o integrazione. L'uscita è stata tentata e non ha prodotto ciò che i suoi sostenitori speravano. La paralisi sta diventando insostenibile mentre scivoliamo verso una maggiore ansia e insicurezza. Quindi l'integrazione è la nostra unica speranza rimasta". *The Lancet* evidenzia che "...il Rapporto segnala inoltre la necessità che l'UE si posizioni nei confronti delle altre potenze economiche e politiche, tracciando la tabella di marcia politica per l'Europa per i prossimi cinque anni... Eppure, nonostante sia composto da più di 400 pagine, [il Rapporto] presenta una grave omissione: la salute dei cittadini europei. La salute viene menzionata, ma solo in termini di contributo dell'industria farmaceutica e di opportunità derivanti dall'estrazione di dati sanitari nello spazio europeo e dalla condivisione di dati genomici a livello transfrontaliero...".

*The Lancet* evidenzia come in un Rapporto che mette al centro il tema della bassa produttività economica dell'Europa e la crisi della forza lavoro, l'assenza di una tematica sulla salute appare sorprendente.

**Infatti, scrive la rivista: "...la malattia è una delle ragioni principali per cui le persone abbandonano il lavoro. Nei settori che comportano lavoro manuale le menomazioni fisiche possono rendere il lavoro impossibile. Ma ciò vale anche per il lavoro non manuale; infatti la cattiva salute mentale è un problema crescente in molti paesi e influisce sulla partecipazione della forza lavoro durante tutto il corso della vita. L'uscita dalla forza lavoro associata a malattia è più frequente nelle aree in cui ci sono poche opportunità lavorative e coloro che sono già svantaggiati nel mercato del lavoro, comprese le donne, ne sono maggiormente colpiti. Un problema di salute rilevante, come ad esempio un infarto nella mezza età, aumenta notevolmente la probabilità di abbandonare il lavoro, soprattutto per gli uomini, quelli con un'istruzione superiore e quelli che ricoprono posizioni manageriali. Anche se le persone rimangono nel mondo del lavoro, coloro che soffrono di malattie probabilmente saranno meno produttivi."** *The Lancet* sottolinea inoltre che l'investimento nei sistemi sanitari, oltre a benefici sui pazienti, incrementa la produttività e inoltre è così possibile trattenere, specie nell'ambito della ricerca biomedica, talenti che invece migrano al di fuori dell'Europa. Tali affermazioni sono tutte – a mio parere – condivisibili. Mancano tuttavia, al Commento della rivista, alcune considerazioni.

**In primo luogo, dopo l'esperienza Covid che i vari paesi europei hanno avuto negli anni passati, il tema del finanziamento della sanità pubblica dovrebbe essere un elemento centrale**, anche sotto il profilo della "sicurezza" nel senso più ampio del termine (individuale, economica, strategica, sociale), come giustamente

indicava la Commissione istituita ad hoc dalla UE, presieduta da Mario Monti: «... *la pandemia ha rivelato che investimenti sanitari inadeguata, soprattutto nei sistemi sanitari pubblici, possono costituire di per sé una fonte di rischio macro-critico, non solo per il Paese in questione, ma per il mondo*»[3].

**Ed è proprio in tale contesto post Covid**, dopo aver sperimentato le conseguenze della interruzione (o della competitività fra Stati) di lunghe catene produttive per farmaci, presidi e tecnologie (apparecchi per la ventilazione polmonare), dell'abbandono di politiche industriali in tale settore (e non solo) e delle diffuse delocalizzazioni, che suscita perplessità la mancanza, nel rapporto Draghi, di un riferimento esplicito al tema della ricerca, produzione e distribuzione di farmaci, vaccini e altri beni biomedicali. Il Rapporto si limita infatti ad affrontare tale tematica con una affermazione quantomeno ottimistica e certo non lungimirante: *“La capacità di sviluppare, produrre e somministrare vaccini è stata fondamentale per consentire la ripresa economica dell’UE”* [4].

**Seppure la campagna vaccinale nei vari paesi europei è stata un successo e ha ridotto l'ospedalizzazione e la mortalità dovuta al Covid, la capacità di sviluppare e produrre vaccini si è tradotta, di fatto, in una non trasparente trattativa con le industrie farmaceutiche** prevalentemente statunitensi e con una dipendenza dell'Unione europea dalla loro tempistica e dai loro interessi economici. Manca nel Rapporto Draghi, e anche nel commento del *Lancet*, un qualche riferimento alla dettagliata proposta della creazione di un “CERN della salute” (bilancio ipotizzato con un bilancio di 7 miliardi di euro l'anno); proposta fatta propria dal Parlamento Europeo nelle Raccomandazioni post-Covid e poi discussa e votata da una robusta minoranza di membri del Parlamento Europeo nell'iter di approvazione del Rapporto sulla revisione della legislazione farmaceutica[5].

**L'altro elemento che rimane sostanzialmente in ombra è il problema demografico europeo**, che viene valutato, dal Rapporto Draghi, solo in riferimento al dato comparativo con Usa e Cina in termini di popolazione lavorativa (14 – 65 anni) e, conseguentemente, di capacità produttiva[6]. Nessuna valutazione viene rivolta alla fascia di età over 65; nel 2001 per 1 anziano in Europa vi erano 4 residenti in età lavorativa; fra soli 25 anni (2050) per 1 anziano vi saranno solo due persone in età lavorativa. In questo quadro demografico un serio investimento nei servizi di cura si tradurrebbe in un elemento di stabilità sociale, di incremento di occupazione qualificata, di sostegno al lavoro delle donne favorendone l'impiego sia nei servizi sanitari e sociali che in altri settori produttivi, sollevandole da impegni assistenziali familiari. In realtà il Piano Draghi non offre alcuna riflessione e proposta sulla importanza del contributo del welfare alla crescita e all'uguaglianza di opportunità[7].

**L'altro contributo che qui esaminiamo, l'editoriale del Lancet sulla situazione del Servizio sanitario italiano, prende le mosse dalle previsioni demografiche che caratterizzano il nostro paese**, con una riduzione della popolazione da qui al 2050, quando gli italiani saranno 54,4 milioni (rispetto ai 60,4 milioni del 2014!) e che si caratterizzerà in particolare per l'elevato numero di persone con più di 65 anni (il 35%) rispetto ai bambini sotto i 14 anni (11,7%). Senza riforme, questo cambiamento demografico metterà a dura prova il nostro sistema sanitario e sociale. **L'editoriale si focalizza principalmente sulla frammentata infrastruttura dei dati, che rappresenta una delle principali debolezze del nostro servizio sanitario**, in assenza di un cogente indirizzo centrale che abbia prodotto un sistema unificato e centralizzato per la documentazione e la condivisione delle cartelle cliniche elettroniche, dei dati ospedalieri e delle cartelle cliniche dei medici di base.

**Questo elemento critico è la conseguenza della autonomia regionale (e, a mio parere, anche della debolezza dei livelli di governo nazionale in ambito sanitario) con una conseguente frammentazione dei sistemi informatici e delle tecnologie che li supportano.** *“La scarsa interoperabilità tra regioni e ospedali, oltre alla mancanza di sistemi di caricamento automatico dei dati nelle cliniche private – afferma l'Editoriale – mina l'efficacia del Fascicolo Sanitario Elettronico... rendendolo in gran parte inefficace a causa di questi problemi strutturali. A ciò si aggiunge l'assenza di una politica nazionale per allocare equamente le risorse a tutte le regioni o stabilire protocolli standardizzati per la raccolta e il trasferimento dei dati”.*

I sistemi informatici sono, in molti casi, obsoleti e incompatibili non solo fra una regione e l'altra, ma anche all'interno della stessa regione fra Aziende ospedaliere e territoriali, oltre che rispetto alla rete ospedaliera privata convenzionata.

**L'assenza di una adeguata pianificazione e standardizzazione rende spesso impossibile il trasferimento delle cartelle cliniche dei pazienti e delle immagini diagnostiche, con danni per i pazienti e un onere economico per il Servizio sanitario, come la pandemia ha evidenziato con ritardi nella "...l'identificazione dei collegamenti tra comorbidità e gravità dell'infezione, esacerbando le disparità regionali nella capacità e nei risultati dell'assistenza sanitaria".** *The Lancet* evidenzia inoltre che il nostro paese si caratterizza per una rilevante migrazione sanitaria dal Sud al Nord Italia (prevalentemente in Lombardia e Emilia Romagna); nel 2023 i valori di spesa hanno raggiunto i 3,3 Mld €<sup>[8]</sup> ma, a causa della mancanza di interoperabilità dei sistemi, gli ospedali del nord spesso non possono accedere alle cartelle cliniche dei pazienti, con il risultato di ripetuti test diagnostici e ritardi nelle cure.

**L'editoriale si sofferma poi sulla ricaduta sulla attività di ricerca di questa frammentazione tecnologica e normativa fra le 20 regioni,** cosicché, in assenza di una piattaforma nazionale dei dati, i ricercatori devono rivolgersi ai comitati etici e sulla privacy delle singole istituzioni, che possono respingere le richieste senza una sostanziale giustificazione scientifica. Di conseguenza si riduce la partecipazione a studi multicentrici nazionali e internazionali; l'editoriale denuncia una continua riduzione, a partire dal 2009, degli studi autorizzati, con un totale di autorizzazioni che è sceso al 15%! Faccio tuttavia presente che la ricerca in Italia è stata penalizzata anche dal famigerato art. 110 del Codice Privacy, riguardante la ricerca medica, biomedica ed epidemiologica; la recente normativa europea e italiana (legge n. 56 del 2024) e le modifiche del Codice Privacy, pur migliorative, lasciano ancora aperte varie questioni, in particolare in termini applicativi<sup>[9]</sup>. Mentre l'armonizzazione legislativa a livello nazionale è essenziale per realizzare una rete unificata di dati sanitari in Italia l'Editoriale si chiude con una previsione di ulteriori difficoltà per la sanità italiana: *"Una nuova riforma proposta minaccia di peggiorare ulteriormente la situazione. La legge sull'autonomia differenziata, se approvata, decentralizzerebbe ulteriormente la governance sanitaria, approfondendo la frammentazione e le disparità tra le regioni invece di favorire la raccolta e la condivisione armonizzata dei dati"*.

## Bibliografia

- [1] The Lancet Regional Health – Europa 2025;48: 101206 <https://doi.org/10.1016/j.lanpe.2024.101206>.
- [2] Elena Drusi "Feudale e discriminatoria" l'accusa di Lancet alla sanità, la Repubblica, 5/1/2025.
- [3] Pan-European Commission on Health and Sustainable Development: Report: Drawing light from the pandemic. A new strategy for health and sustainable development.
- [4] Rapporto Draghi: Il futuro della competitività Europea, Parte B- Analisi approfondita e raccomandazioni, Sezione 1 capitolo 9. Settembre 2024
- [5] Cfr. <https://www.forumdisuguaglianzediversita.org/impresepubblicheeuropee/> vedi inoltre: M. Florio, "Salute. Bene pubblico europeo", in Elena Granaglia, Gloria Riva (a cura di), Quale Europa. Capire, discutere, scegliere, Donzelli Editore, 2024.
- [6] Rapporto Draghi: Il futuro della competitività Europea, Parte A, capitolo 2, Box 1. Settembre 2024
- [7] Forum disuguaglianze e diversità, "Piano Draghi": non ci siamo. Diagnosi, obiettivi e rimedi ai raggi X, Ottobre 2024.
- [8] I dati Agenas indicano 2,88 Mld € (superando i livelli pre Covid 2018 e 2019). Maria Pia Randazzo, La Mobilità sanitaria interregionale. Le dinamiche nel 2023. Presentazione Agenas, 12 Dicembre 2024.
- [9] Francesco Barone-Adesi, Lucia Bisceglia, Francesco Venturelli, Giovanni Maglio, Protezione dati personali e uso dei dati epidemiologici: novità legislative e questioni aperte, Quotidiano Sanità, 12 giugno 2024. Scaricato da **Saluteinternazionale.info** | 6

<https://www.saluteinternazionale.info/2025/01/ssn-qualcosa-si-e-rotto/>

## Quasi 40mila medici in pensione nel 2025

*La soluzione non è innalzare l'età di uscita ma riformare il sistema facendo largo alle giovani generazioni*

**Claudio Testuzza**

Da qui al 2030 usciranno dal Servizio sanitario nazionale, per andare in pensione, circa 80mila dei medici attualmente operativi, con un apice della gobba pensionistica che è stato raggiunto già nel 2024 per i medici di medicina generale, e sarà raggiunto nel 2025 per gli ospedalieri e gli specialisti ambulatoriali. Secondo le proiezioni, da qui al 2030 usciranno dal Servizio sanitario nazionale 78.252 dei 227.921 medici che attualmente vi operano. Andranno in pensione 27.568 tra medici di medicina generale e pediatri di libera scelta, 43.370 medici dirigenti, 7.414 medici specialisti interni.

Se poi andiamo ad analizzare l'attuale popolazione medica per fasce di età, vediamo che la fascia più "affollata" è quella che va dai 65 ai 69 anni. Questo significa che siamo arrivati all'apice della gobba pensionistica, con molti medici del Servizio sanitario nazionale che stanno andando in pensione. Sono infatti 108.115 i medici pensionandi da 59 a 69 anni, a fronte di 229.625 medici attivi (quasi la metà) e 78.128 medici già pensionati.

Il settore, tra quelli della Pa, è tra quelli che ha dipendenti con l'età più avanzata. Quasi la metà dei dottori in servizio in ospedale e negli studi ha più di 60 anni. È over 60 il 45% degli ospedalieri e il 52% di pediatri e medici di famiglia. Negli anni c'è stato poco turnover, anche a causa di una gestione poco oculata dei posti nelle facoltà di Medicina e nelle specializzazioni.

A mancare sono i Medici di medicina generale, che sono passati dai 45.382 del 2013 ai 35.398 al 2024, con un calo netto di 10mila unità. In pratica ogni anno un medico di famiglia su 10 va in pensione. I pediatri di libera scelta, sono diminuiti di 1.700 unità. Gli specialisti ambulatoriali interni hanno perso 2500 unità, passando dai 15.542 del 2013 ai 12.973 di oggi. I medici ospedalieri invece, in calo sino al 2020 per il blocco del turnover, vedono ora una minima crescita: erano 104.618 nel 2013, hanno toccato un minimo di 100.703 nel 2017, sono oggi 103145.

### **Impennata sulle pensioni: i dati rilevati dall'Enpam**

I dati dell'Ente di previdenza dei medici confermano che dal 2014 al 2023 i trattamenti ordinari, quelli cioè corrisposti in virtù del raggiungimento dei requisiti anagrafici, o contributivi, hanno registrato un'impennata di ben il 257 per cento. Nel 2023 complessivamente l'Enpam ha erogato prestazioni previdenziali e assistenziali per 3,34 miliardi di euro, in aumento di 475 milioni di euro rispetto all'anno precedente. In conseguenza, soprattutto, dell'incremento di nuovi pensionati. Per quanto attiene le singole gestioni dell'Enpam, tra quanti esercitano la medicina generale i pensionati sono cresciuti in un anno del 12%, con un incremento del 503% a partire dal 2014. Per quel che concerne, invece, la libera professione (la «Quota B») la spesa dell'Enpam per i trattamenti è stata superiore del 21,33 %, rispetto al 2021, pari, cioè, a oltre 304,4 milioni e, nel 2022, il numero di chi è andato in quiescenza ha fatto un salto in avanti del 5,43%. L'incremento però è del 265% dal 2014!

Con riferimento ai pensionati, nel 2023, il numero complessivo di tale platea è stato pari a 163.983 unità, rispetto alle 153.828 unità del 2022, registrando un aumento del 6,60%, da imputare principalmente all'aumento dei pensionati ordinari (+9,22% rispetto al 2022). Solo restando alle cifre più vicine, entro il 2025 si perderanno 14.493 medici di medicina generale e pediatri di libera scelta, 3.674 specialisti ambulatoriali e 20.500 dirigenti medici. Si parla di un totale di 38.667 camici bianchi che andranno in pensione.

### **Le carenze nella medicina generale**

In Italia la dotazione di medici di medicina generale è di 68,1 per 100.000 abitanti, rispetto al 72,8 della Germania, il 94,4 della Spagna e il 96,6 della Francia. È quanto stato evidenziato dal Cnel nella Relazione annuale sui servizi della Pa, presentata lo scorso 14 ottobre. La percentuale di medici di medicina generale con più di 1.500 assistiti (limite superiore fissato dalla normativa vigente) è passata dal 27,3% al 47,7%, con

una forbice amplissima, tra il 71% della Lombardia e il 22,4% della Sicilia. Le ragioni della carenza di medici generalisti nel nostro Paese sono molteplici: lavoro non valorizzato (i medici accedono alla professione di generalista tramite un corso di formazione e non una scuola di specializzazione universitaria), basse retribuzioni, carico burocratico eccessivo, mancanza di tutele - soprattutto per una professione che vira al femminile - ferie, maternità, malattia, infortunio sul lavoro.

A pagare le conseguenze di questa situazione saranno prima di tutto i cittadini. A partire dagli anziani, per i quali il medico di base rappresenta il primo e fondamentale presidio di assistenza.

### **Per gli ospedalieri picco pensioni nel 2025**

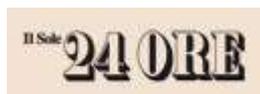
Nella dirigenza medica (gli ospedalieri), in particolare, nel 2023 i pensionamenti sono stati 6.900, poi altri 6.600 nel 2024. Il picco della gobba pensionistica dovrebbe avvenire nel 2025 con oltre 7.000 uscite. Per questa categoria i numeri continuano a rimanere alti fino al 2030 quando si stimano circa 4.850 pensionamenti.

A questi numeri già allarmanti va aggiunto il fenomeno delle dimissioni volontarie. Secondo le stime almeno 3mila medici all'anno si licenziano o chiedono il prepensionamento. Qualcuno si sposta nel privato, altri vanno all'estero. Sempre più spesso ad esempio si leggono i casi di medici che vanno a lavorare in Arabia Saudita, dove vengono pagati molto più che in Italia. Bisogna, infatti tener conto dei molti medici che ogni anno fuggono all'estero: quasi 39.000 dal 2019 al 2023, dei quali 11.000 solo dal 2022 al 2023. I medici che emigrano sono attratti dalle retribuzioni più alte. Rimanendo in Europa, 60mila euro in media in più all'anno, con un massimo di 205mila euro in più in Lussemburgo, 110mila in Islanda e Olanda, 100mila in Danimarca, Irlanda e Germania.

### **Non solo stipendi ma anche dalle condizioni di lavoro migliori**

La Sanità in Italia rischia quindi il collasso. Entro il 2025 quasi 40mila medici andranno in pensione. Il picco di camici bianchi che lasceranno il lavoro per anzianità è già avvenuto in quest'ultimi anni in questi anni: 12.763 uscite nel 2023, 12.748 nel 2024. 13.156 sono previsti nel 2025. Altri 12.801 pensionamenti per il 2026. Quella di aumentare l'età pensionabile per i medici del Servizio sanitario nazionale non sembra essere la soluzione alla carenza di medici, anche perché riguarda una sparuta minoranza di sanitari e rischia oltretutto di bloccare gli avanzamenti di carriera dei più giovani, ponendo le condizioni per ulteriori abbandoni del Servizio sanitario nazionale. Metterla in atto senza investire nel sistema, senza riformarlo, sarebbe - come ha affermato il presidente della FnomCeo, la Federazione degli Ordini dei medici ed odontoiatri - una politica miope, inefficace e ingiusta, perché non possiamo chiedere a chi ha già dato tanto ulteriori sacrifici, senza preparare ai giovani un futuro migliore. Occorre una riforma strutturale del sistema, che investa sui medici e sui professionisti, che ne costituiscono la linfa vitale e il tessuto connettivo.

[https://www.ilsole24ore.com/art/quasi-40mila-medici-pensione-2025-AGgDPObC?cmpid=nl\\_sanita24](https://www.ilsole24ore.com/art/quasi-40mila-medici-pensione-2025-AGgDPObC?cmpid=nl_sanita24)



**Personale sanitario/ Crisi senza precedenti: persi oltre 28 mld in 11 anni, più della metà solo nel 2020-2024. E nel 2023 raddoppia la spesa per gettonisti. Il paradosso: nelle Regioni in piano di rientro spesa media per dipendenti più alta**  
Fondazione Gimbe

«Il Servizio sanitario nazionale (Ssn) sta affrontando una crisi del personale sanitario senza precedenti, causata da errori di programmazione, dal defianziamento e dalle recenti dinamiche che hanno alimentato demotivazione e disaffezione dei professionisti verso il Ssn.

Senza un adeguato rilancio delle politiche per il personale sanitario, l'offerta dei servizi sanitari ospedalieri e territoriali sarà sempre più inadeguata rispetto ai bisogni di salute delle persone, rendendo impossibile garantire il diritto alla tutela della salute».

Queste le criticità messe in fila da Nino Cartabellotta, presidente della Fondazione Gimbe, audito dalla XII Commissione Affari Sociali della Camera dei Deputati, nell'ambito dell'Indagine conoscitiva in materia di riordino delle professioni sanitarie.

**I dati di riferimento.** Cartabellotta ha presentato diverse analisi mirate a rispondere su come affrontare carenze e criticità riscontrate in tema di personale sanitario. Per le analisi sulla spesa per il personale dipendente sono stati utilizzati i dati del Report "Il monitoraggio della spesa sanitaria" della Ragioneria Generale dello Stato (Rgs) relativi all'anno 2023.

Per le analisi sulle unità di personale dipendente sono stati utilizzati i dati aggiornati al 2022 del Conto annuale della Ragioneria Generale dello Stato (CA-Rgs), che include esclusivamente il personale dipendente delle Pubbliche amministrazioni a cui si applica il Ccnl del comparto sanità, indipendentemente dalla professione e alla tipologia di ente in cui presta servizio.

Si è inoltre fatto riferimento ai dati del report del Ministero della Salute, che include sia il personale dipendente del Ssn e dell'Università che opera nelle aziende e nelle strutture pubbliche o nelle strutture di ricovero equiparate alle pubbliche.

**SPESA PER IL PERSONALE DIPENDENTE.** «Nel periodo 2012-2023 – ha spiegato Cartabellotta – il capitolo di spesa sanitaria relativo ai redditi da lavoro dipendente è stato quello maggiormente sacrificato». In termini assoluti, dopo una progressiva contrazione da € 36,4 miliardi nel 2012 a € 34,7 miliardi nel 2017, la spesa ha iniziato a risalire raggiungendo € 40,8 miliardi nel 2022, per poi scendere a € 40,1 miliardi nel 2023 (figura 1). Tuttavia, in termini percentuali sulla spesa sanitaria totale, il trend rileva una lenta ma costante riduzione: se nel 2012 rappresentava il 33,5%, nel 2023 si è attestato al 30,6% (figura 2).

«Se la spesa per il personale dipendente si fosse mantenuta ai livelli del 2012, quando rappresentava circa un terzo della spesa sanitaria totale, negli ultimi 11 anni il personale dipendente non avrebbe perso € 28,1 miliardi, di cui € 15,5 miliardi solo tra il 2020 e il 2023, un dato che evidenzia il sacrificio economico imposto ai professionisti del Ssn», ha commentato Cartabellotta.

**UNITÀ DI PERSONALE DIPENDENTE DEL SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE.** Per l'anno 2022, ultimo disponibile, la RGS riporta un totale di 681.855 unità di personale dipendente, pari a una media nazionale di 11,6 unità per 1.000 abitanti con nette differenze regionali: da 8,5 unità per 1.000 abitanti in Lazio e Campania a 17,4 unità per 1.000 abitanti in Valle D'Aosta (figura 3).

«Questi dati – ha osservato Cartabellotta – portano a due considerazioni generali. Nelle prime 5 posizioni si collocano tutte le Regioni e Province autonome a statuto speciale di più piccole dimensioni (Valle d'Aosta, Friuli Venezia Giulia e Province autonome di Trento e Bolzano) oltre alla Liguria. Al contrario, al di sotto della media nazionale si trovano tutte le Regioni in Piano di rientro, tutte del Centro-Sud, oltre alla Lombardia».

**SPESA PRO CAPITE PER IL PERSONALE DIPENDENTE.** Parametrando i dati RGS-CA sulla spesa sanitaria 2023 per il personale dipendente alla popolazione residente Istat al 1° gennaio 2023 la spesa pro-capite per il personale dipendente nel 2023 è stata di € 672, con differenze significative tra le regioni: dai € 1.405 euro nella Provincia autonoma di Bolzano a € 559 in Campania (figura 4), con una "classifica" che riflette quella relativa alla distribuzione del personale dipendente per 1.000 abitanti (figura 3).

**SPESA PER UNITÀ DI PERSONALE DIPENDENTE.** Mettendo in correlazione, per l'anno 2022, le unità di personale dipendente con la spesa pubblica totale, la spesa per unità di personale a livello nazionale è pari a € 57.140, con un range che varia da € 49.838 del Veneto a € 81.139 della Provincia autonoma di Bolzano (figura 5), con tutte le Regioni in Piano di rientro che mostrano paradossalmente valori superiori alla media nazionale.

«Quest'inedito indicatore – ha commentato Cartabellotta – dimostra che l'ottimizzazione della spesa pubblica per il personale sanitario è stata gestita in maniera molto differente tra le Regioni. Non a caso, quelle più virtuose nell'erogazione dei livelli essenziali delle prestazioni registrano una spesa per unità di personale dipendente più bassa. Un risultato verosimilmente dovuto sia alla riduzione delle posizioni apicali, sia a un più elevato rapporto professioni sanitarie/medici, che consente di ridurre la spesa mantenendo una maggiore forza lavoro per garantire l'erogazione dell'assistenza sanitaria».

**SPESA PER FORNITURA DI PERSONALE SANITARIO.** «La carenza di personale sanitario – ha spiegato Cartabellotta – unita all'impossibilità per le Regioni di aumentare la spesa per il personale dipendente a causa dei tetti di spesa, negli anni ha alimentato il fenomeno dei "gettonisti": medici, infermieri e altri professionisti sanitari reclutati tramite agenzie di somministrazione del lavoro e cooperative, con i relativi costi rendicontati come spese per beni e servizi».

Secondo un report dell'Autorità nazionale Anticorruzione (Anac), relativo al periodo gennaio 2019 – agosto 2023, il fenomeno era già molto evidente nel 2019, con una spesa complessiva di quasi € 580 milioni.

Nel 2020 il valore è crollato a € 124,5 milioni, per poi risalire negli anni 2021-2022, fino a raggiungere, nel solo periodo gennaio-agosto 2023, € 476,4 milioni, un valore doppio rispetto all'anno precedente (figura 6).

**Personale del SSN e benchmark internazionali.** Per l'anno 2022 il report del ministero della Salute riporta un totale di 727.169 unità di personale: 625.282 dipendenti del Ssn (86%), 84.452 dipendenti delle strutture equiparate a quelle pubbliche (11,6%), 8.839 universitari (1,2%) e 8.596 con altro rapporto di lavoro (1,2%). Di queste unità, il 72% è rappresentato dal ruolo sanitario, il 17,6% dal ruolo tecnico, il 9,9% dal ruolo amministrativo, lo 0,2% dal ruolo professionale e lo 0,3% da qualifiche atipiche.

**Medici.** Nel 2022 i medici che lavoravano nelle strutture sanitarie erano 124.296: 101.827 come dipendenti del Ssn e 22.469 come dipendenti delle strutture equiparate al Ssn. La media nazionale è di 2,11 medici per 1.000 abitanti, con un range che varia da 1,80 della Campania a 2,64 della Sardegna.

L'Italia si colloca sopra la media Ocse come numero di medici in servizio (4,2 vs 3,7 medici per 1.000 abitanti), ma con un gap rilevante tra i medici attivi e quelli in quota al Ssn.

Nel 2022, il numero di laureati in Medicina e Chirurgia è stato di 16,7 per 100.000 abitanti, un dato superiore alla media Ocse di 14,2.

«Oltre ai medici di famiglia – commenta Cartabellotta – le carenze riguardano alcune specialità di fondamentale importanza per il funzionamento del Ssn che non sembrano essere più di interesse per i giovani medici: medicina d'emergenza-urgenza, medicina nucleare medicina e cure palliative, patologia clinica e biochimica clinica, microbiologia, e radioterapia. Specialità per le quali la percentuale di assegnazione delle borse di studio per l'ultimo anno accademico è stata inferiore al 30%».

**Infermieri.** Nel 2022 il numero di infermieri che lavorano nelle strutture sanitarie è di 302.841: 268.013 come dipendenti del Ssn e 34.828 come dipendenti delle strutture equiparate al Ssn. La media nazionale è di 5,13 per 1.000 abitanti, con un range che varia da 3,83 della Campania a 7,01 della Liguria.

L'Italia si colloca notevolmente al di sotto della media Ocse (6,5 vs 9,8 per 1.000 abitanti). Nel 2022, il numero di laureati in Scienze infermieristiche è stato di 16,4 per 100.000 abitanti, un dato significativamente inferiore alla media Ocse di 44,9: difficilmente la situazione potrà migliorare, visto che per l'Anno Accademico 2024-2025 nel Corso di Laurea in Scienze infermieristiche sono state presentate solo 21.250 domande per 20.435 posti.

«Questa grave carenza – commenta Cartabellotta – stride con il fabbisogno stimato da Agenas in 20-25 mila infermieri di famiglia e di comunità necessari per la riorganizzazione dell'assistenza territoriale prevista dal Pnrr».

Il presidente Gimbe ha quindi analizzato le dinamiche che hanno portato negli anni alla crisi del personale sanitario «I tagli al Ssn e il sotto-finanziamento cronico hanno determinato una forte contrazione degli investimenti per il personale sanitario dipendente e convenzionato, attraverso misure come il blocco delle assunzioni, i mancati rinnovi contrattuali e un numero insufficiente di borse di studio per specialisti e medici di famiglia».

Inoltre, l'assenza di una programmazione adeguata ha aggravato la progressiva carenza di professionisti sanitari, mentre l'emergenza Covid-19 ha poi slatentizzato una crisi motivazionale già in corso.

Sempre più giovani disertano l'iscrizione a corsi di laurea come scienze infermieristiche e a specializzazioni mediche meno attrattive, come emergenza-urgenza), mentre numerosi professionisti abbandonano il Ssn per lavorare nel privato o addirittura all'estero.

A tutto ciò si aggiungono i pensionamenti previsti tra medici (ospedalieri e di famiglia), infermieri e altri professionisti sanitari, aggravati da burnout e demotivazione, che stanno riducendo sempre più la forza lavoro della sanità pubblica.

Ciò ha inevitabilmente peggiorato la qualità e la sicurezza del lavoro per chi rimane, spesso costretto a turni massacranti in condizioni di carenza di organico. Inoltre, l'aumento dei casi di violenza fisica e verbale ai danni del personale sanitario, soprattutto nei pronto soccorso, ha ulteriormente compromesso la sicurezza e le condizioni di lavoro.

Il peso della burocrazia e la scarsa digitalizzazione, infine, complicano il lavoro quotidiano dei professionisti sanitari, alimentando inefficienze e frustrazione.

«La crisi del personale sanitario – ha concluso Cartabellotta – non è solo una questione economica, ma una priorità cruciale per la sostenibilità del Ssn. Liste di attesa interminabili, pronto soccorso affollati, impossibilità di trovare un medico di famiglia hanno un comune denominatore: la carenza di professionisti sanitari, la loro disaffezione e il progressivo abbandono del Ssn. È urgente rilanciare le politiche sul capitale umano per valorizzare la colonna portante della sanità pubblica, rendendo nuovamente attrattiva la carriera nel Ssn e innovando i processi di formazione e valutazione delle competenze professionali. Senza questi interventi, il Ssn non sarà in grado di garantire universalmente il diritto alla tutela della salute, rendendo vano qualsiasi tentativo di arginare questa crisi».

**Figura 1. Spesa sanitaria per redditi da lavoro dipendente (dati CN RGS)**

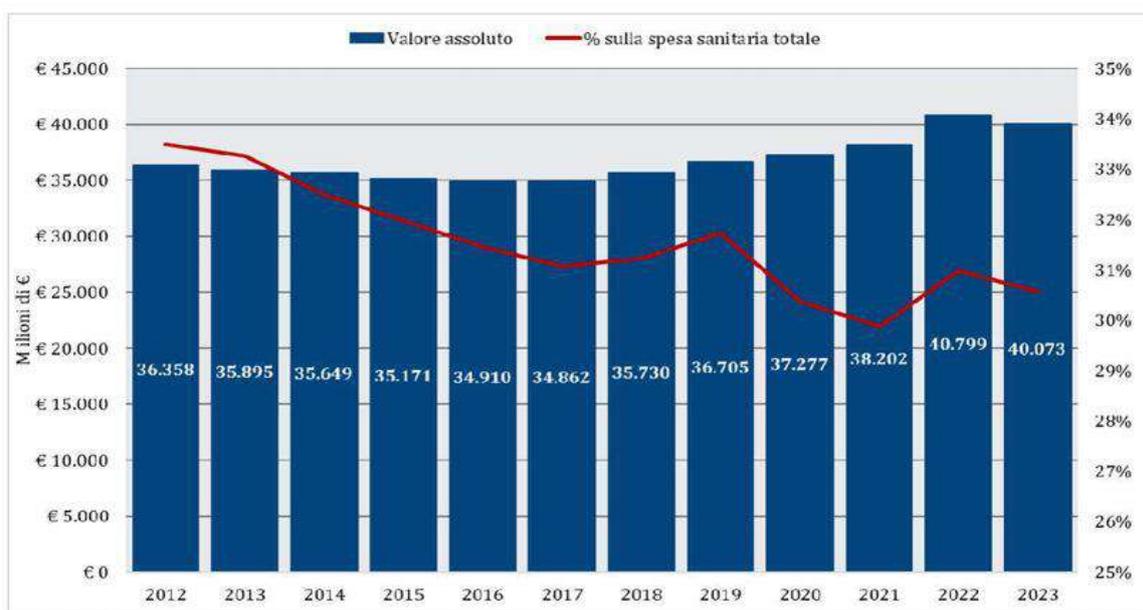


Figura 2. Spesa sanitaria per redditi da lavoro dipendente (dati CN RGS, % sul totale della spesa sanitaria)

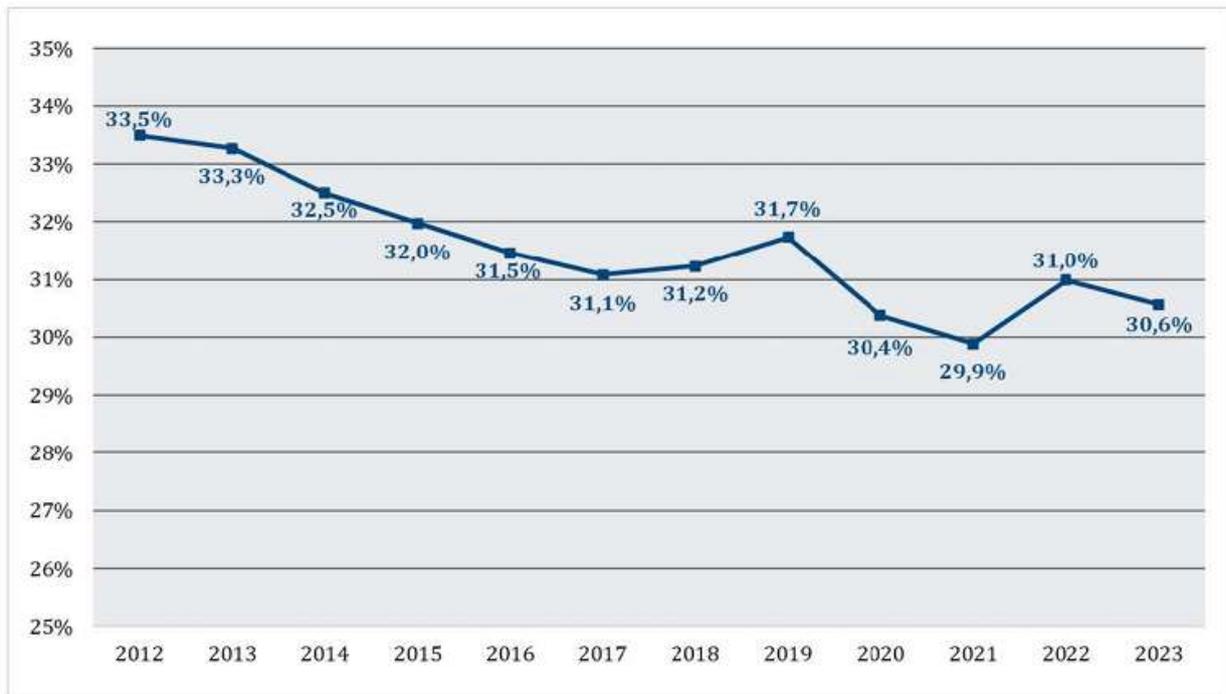


Figura 3. Personale dipendente del SSN per 1.000 abitanti (dati CA RGS, anno 2022)

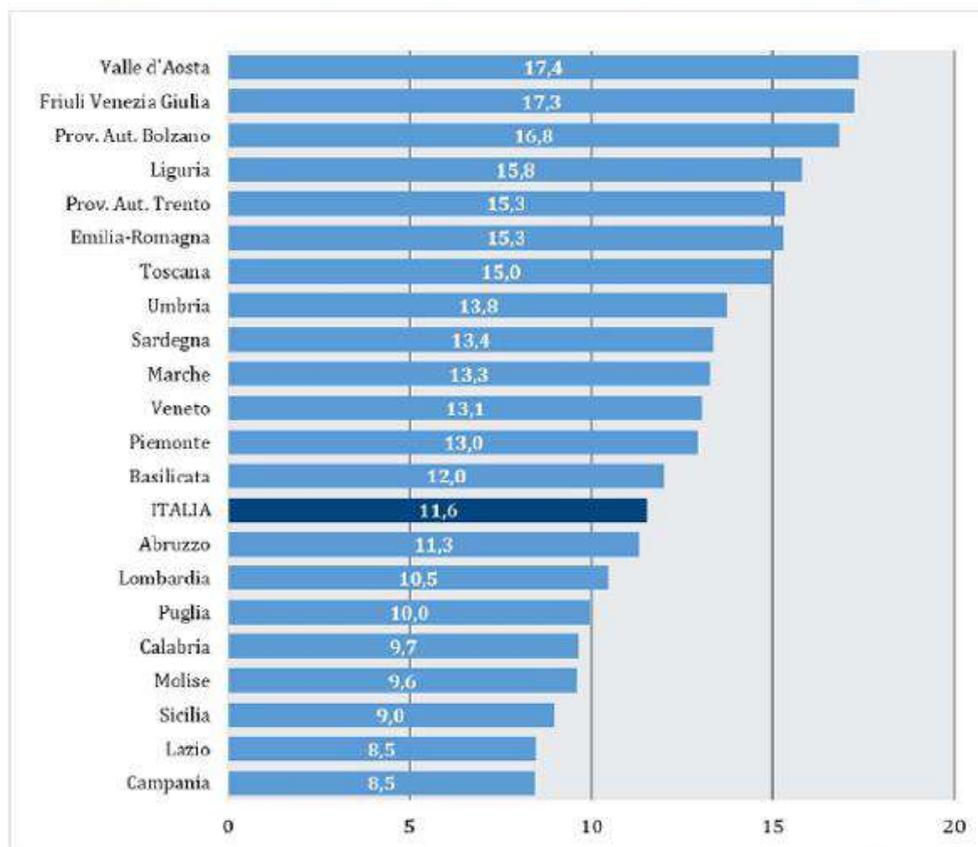


Figura 4. Spesa pro-capite per il personale dipendente SSN (dati CA RGS e ISTAT, anno 2023)

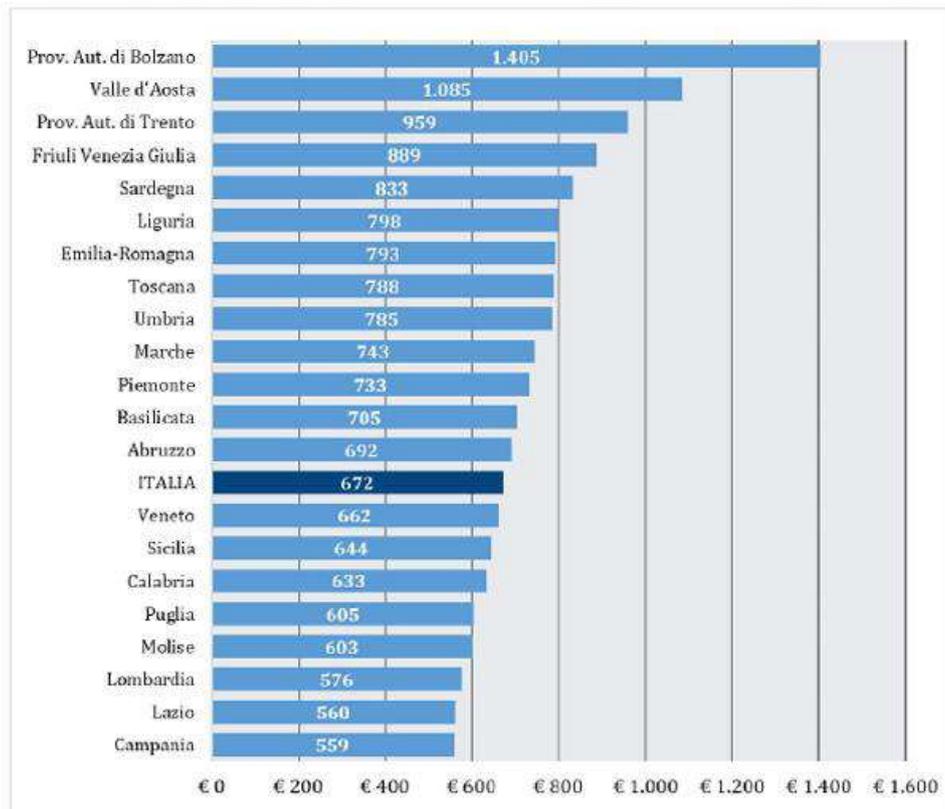


Figura 5. Spesa per unità di personale dipendente del SSN (CA RGS, 2022)

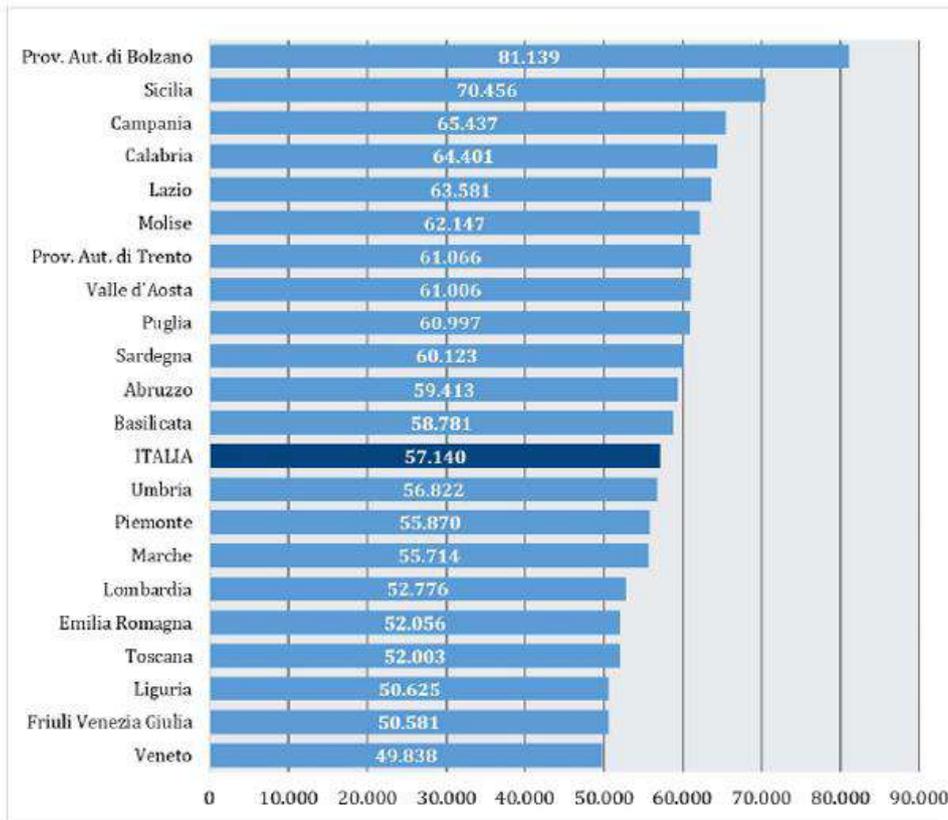
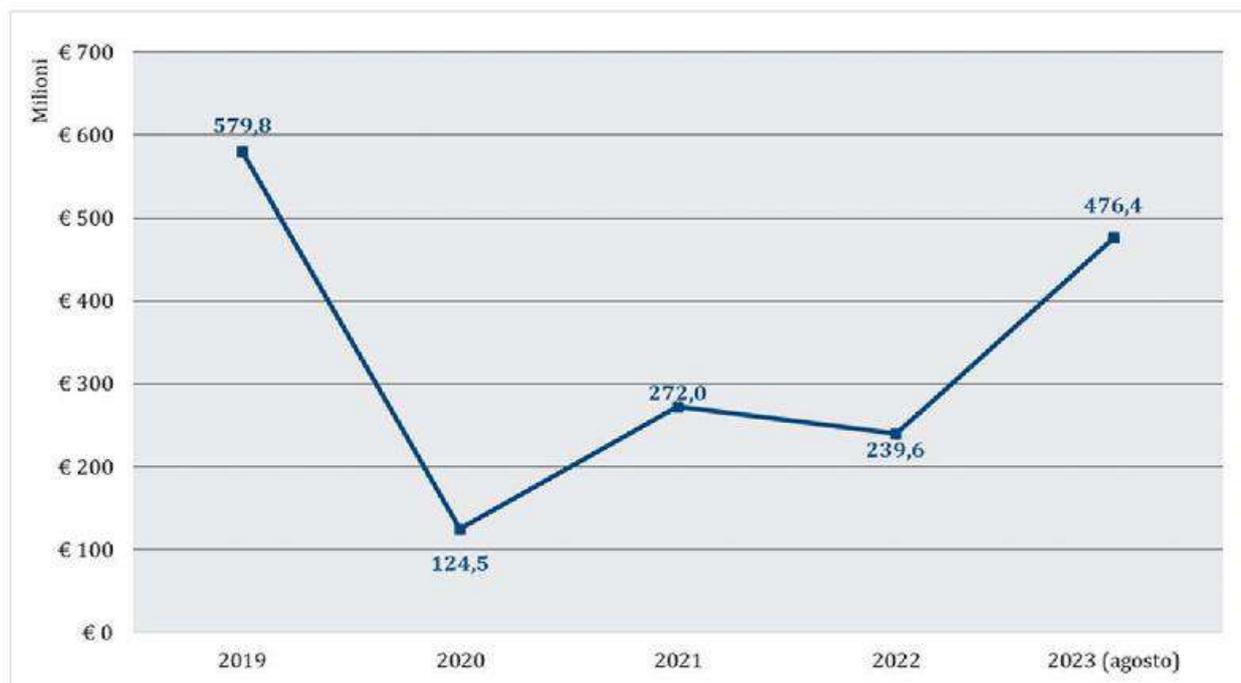


Figura 6. Valore di contratti ed accordi quadro per servizi di fornitura di personale sanitario (dati ANAC)



<https://www.sanita24.ilsole24ore.com/art/aziende-e-regioni/2025-01-09/personale-sanitario-crisi-senza-precedenti-persi-oltre-28-mln-11-anni-piu-meta-solo-2020-2024-e-2023-raddoppia-spesa-gettonisti-paradosso-regioni-piano-rientro-spesa-media-dipendenti-piu-alta-altre-082953.php?uuid=AGdcrUCC&cmpid=nlqf>

## la Repubblica

### “Feudale e discriminatoria”. L'accusa di Lancet alla sanità italiana

Elena Dusi

*Disparità tra Nord e Sud, iniquità delle cure, flop di medicina digitale e ricerca. La rivista scientifica avverte: con l'autonomia differenziata sarà anche molto peggio*

05 Gennaio 2025 alle 01:00 2 minuti di lettura

Roma — Disparità tra Regioni ricche e povere, iniquità delle cure, fallimento della medicina digitale. Di tutto l'Italia ha bisogno in questo frangente tranne che dell'[autonomia differenziata](#). Una bandiera tricolore si staglia sulla copertina di *The Lancet*, con uno sfondo di nuvole, ad accompagnare [l'editoriale](#) che la rivista internazionale di medicina, nella sua sezione europea, dedica al nostro Paese.

Il j'accuse “Il sistema dei dati sanitari italiani non funziona” è rivolto contro una sanità spezzatino, con le Regioni che non riescono nemmeno a comunicarsi dati e informazioni utili a curare i pazienti, figuriamoci a muovere in avanti la ricerca. L'Italia si ritrova immersa in una sorta di feudalesimo in cui «ospedali e strutture sanitarie si affidano a sistemi di raccolta dei dati incompatibili fra loro e vetusti, che rendono impossibile il trasferimento di referti e immagini diagnostiche anche all'interno di una stessa città».

Ogni anno la necessità di ripetere gli stessi esami due volte — perché un paziente viene curato in strutture o Regioni diverse, incapaci di leggere l'una i referti dell'altra — costa all'Italia 3,3 miliardi, spiega Pooja Jha, direttrice di *Lancet Regional Health—Europe*. Né la frammentazione della sanità italiana permette di fare

ricerca su grandi numeri di pazienti. Il numero di studi scientifici autorizzati oggi, ricorda la rivista medica, è il 15% rispetto al 2009.



Su questo panorama già parcellizzato incombe la riforma dell'autonomia differenziata, che «minaccia di peggiorare la situazione, acuendo le disparità tra le Regioni». Non è un caso che le 7 Regioni oggi sottoposte a un piano di rientro delle spese sanitarie siano tutte al Centro-Sud (Abruzzo, Calabria, Campania, Lazio, Molise, Puglia e Sicilia) e che il rispetto dei livelli sanitari di assistenza sia garantito solo in Regioni del Centro-Nord (unica eccezione la Puglia).

L'alba del problema della raccolta dei dati era emersa con il Covid, con alcune strutture sanitarie che scrivevano le informazioni sui contagi a mano, su moduli di carta. «Ancora oggi il fascicolo sanitario in Italia è gestito dalle Regioni in modo autonomo e disomogeneo» lamenta Raffaele Bugiardini, professore di cardiologia dell'università di Bologna e segretario della commissione di *Lancet* sulle disparità di trattamento delle malattie cardiovascolari. Questo impedisce a uno studio scientifico di estendere i suoi orizzonti al di là di poche migliaia di pazienti. Né permette a un paziente che decida di curarsi in un'altra Regione o che finisca in pronto soccorso di utilizzare diagnosi ed esami effettuati in passato. «È sicuramente un'anomalia» secondo Bugiardini. «I paesi del Nord Europa hanno una banca dati centrale consultabile da ciascun medico autorizzato».

Oggi vediamo i frutti di questo spezzettamento nel mancato decollo del [fascicolo sanitario elettronico](#), lo strumento che secondo *Lancet* potrebbe finalmente unificare la storia di un cittadino per quanto riguarda malattie, esami e terapie. Ma che «resta largamente inapplicato» per «l'estesa autonomia che permette alle Regioni di agire indipendentemente, con frammentazioni e inefficienze». Spiega Bugiardini che «gestire la sanità vuol dire gestire molti soldi. È chiaro che le Regioni non vogliono cedere questo potere».

Per la sanità digitale, ricorda la rivista, l'Italia ha speso 1,8 miliardi nel 2022: il 7% in più dell'anno precedente. «Ma resta un mistero se questi fondi siano stati spesi e come siano stati usati». Sta di fatto, [fa sapere](#) la Fondazione Gimbe, che monitora e diffonde i dati sul sistema sanitario italiano, che «al 31 agosto 2024, il 41% dei cittadini ha espresso il consenso alla consultazione dei propri documenti sanitari da parte dei medici». In 284 mila hanno invece chiesto di non veder compilato il proprio fascicolo, raggruppandosi in un movimento che, sulla scia dei No Vax, ha paura della «dittatura sanitaria». Più che una dittatura, in realtà, la sanità italiana sembra una barca in cui ognuno rema in una direzione diversa.

[https://www.repubblica.it/cronaca/2025/01/05/news/lancet\\_sanita\\_italia\\_oggi-423920741/](https://www.repubblica.it/cronaca/2025/01/05/news/lancet_sanita_italia_oggi-423920741/)

# THE LANCET *Regional Health* Europe



## Il sistema di dati sanitari italiano è rotto

Si prevede che la popolazione italiana diminuirà di circa l'8% entro il 2050, passando da 59 milioni nel 2022 a 54,4 milioni, a causa dell'invecchiamento crescente e del calo del tasso di natalità. Entro il 2050, oltre il 35% degli italiani avrà più di 65 anni, mentre i bambini di età inferiore ai 14 anni rappresenteranno solo l'11,7% della popolazione.

Senza riforme, questo cambiamento demografico metterà a dura prova i sistemi sanitari e sociali. Una delle principali debolezze del sistema sanitario in Italia è la frammentazione dell'infrastruttura dei dati sanitari: non esiste un sistema unificato e centralizzato per la documentazione e la condivisione delle cartelle cliniche elettroniche (EHR), dei dati ospedalieri e delle cartelle dei medici di base.

La causa principale è l'ampia autonomia regionale, con 20 regioni che operano in modo indipendente e implementano politiche e tecnologie diverse, creando frammentazione normativa e inefficienze.

La scarsa interoperabilità tra regioni e ospedali, oltre alla mancanza di sistemi di caricamento automatico dei dati nelle cliniche private, compromette l'efficacia del Fascicolo Sanitario Elettronico, il sistema nazionale italiano di EHR progettato per tracciare le storie cliniche dei pazienti, rendendolo ampiamente inefficace a causa di queste leggi strutturali.

A complicare la situazione c'è l'assenza di una politica nazionale per allocare equamente le risorse a tutte le regioni o stabilire protocolli standardizzati per la raccolta e il trasferimento dei dati.

Molti ospedali e strutture continuano a fare affidamento su sistemi obsoleti e incompatibili, rendendo il trasferimento delle cartelle cliniche dei pazienti e delle immagini diagnostiche manuale e ad alta intensità di manodopera, anche all'interno della stessa regione o città.

L'assenza di standardizzazione impedisce la creazione di registri nazionali, ostacolando l'assistenza efficace e la gestione delle crisi. Le conseguenze di questo sistema frammentato sono profonde.

Durante la pandemia di COVID-19, ha ritardato l'identificazione dei collegamenti tra comorbidità e gravità dell'infezione, esacerbando le disparità regionali nella capacità e nei risultati dell'assistenza sanitaria.

Un sistema meglio integrato avrebbe potuto consentire analisi più ampie, approfondimenti generalizzabili e supportare una risposta nazionale più efficace e coordinata.

Un sistema così frammentato non solo delude la popolazione italiana, ma impone anche un notevole onere economico al Paese. I pazienti delle regioni meridionali, che in genere hanno risorse più limitate, si recano in ospedali del nord meglio attrezzati per le cure.

Tuttavia, a causa della mancanza di interoperabilità ©2024 The Auth systems, gli ospedali del Nord spesso non riescono ad accedere alle cartelle cliniche dei pazienti, con conseguenti test diagnostici ripetuti e ritardi nelle cure.

Questa duplicazione fa aumentare i costi (la sola mobilità sanitaria interregionale ammonta a circa 3,3 miliardi di euro all'anno) e compromette i risultati per i pazienti. Il sistema frammentato di dati sanitari in Italia presenta anche notevoli sfide per la ricerca.

Senza una piattaforma centrale, i ricercatori devono presentare domanda ai comitati etici e per la privacy delle singole istituzioni, che possono respingere le richieste senza una giustificazione scientifica sostanziale.

Dal 2009, la percentuale di studi autorizzati sul totale è scesa al 15%, segnando un calo significativo. Inoltre, la raccolta dei dati è spesso manuale e di scarsa qualità, rendendo quasi impossibile condurre studi multicentrici di alta qualità, ostacolando gravemente la generazione di risultati generalizzabili e di impatto.

Nel 2022, l'Italia ha speso 1,8 miliardi di euro per l'assistenza sanitaria digitale, con un aumento del 7% rispetto all'anno precedente.

Tuttavia, non è ancora chiaro se questi fondi siano stati utilizzati appieno e come siano stati spesi, in particolare in relazione alle cartelle cliniche elettroniche e all'integrazione dei sistemi sanitari regionali e nazionali, poiché solo il 42% delle cliniche ha dichiarato di avere un sistema di acquisizione dati elettronico attivo in tutti i reparti.

La sfiducia pubblica nel governo aggrava il problema, con oltre 90.000 italiani che si rifiutano di condividere i propri dati sanitari a causa di problemi di privacy, un sentimento amplificato durante la pandemia di COVID-19.

Mentre l'Europa ha abbracciato la cosiddetta base giuridica dell'interesse legittimo, consentendo l'utilizzo dei dati sanitari per la ricerca e l'innovazione senza basarsi esclusivamente sul consenso individuale, la legislazione restrittiva e la frammentazione regionale dell'Italia ostacolano questi sforzi, non riuscendo a bilanciare i diritti alla privacy con l'interesse pubblico a migliorare l'assistenza sanitaria.

Una riforma recentemente proposta minaccia di peggiorare ulteriormente la situazione.

La legge sull'autonomia differenziata, se approvata, decentrerà ulteriormente la governance dell'assistenza sanitaria, approfondendo la frammentazione e le disparità tra le regioni invece di promuovere una raccolta e una condivisione armonizzate dei dati.

L'armonizzazione legislativa a livello nazionale è essenziale per stabilire una rete di dati sanitari unificata in Italia.

Questo approccio supporterà l'interoperabilità dei dati, la telemedicina e la digitalizzazione del Servizio Sanitario Nazionale, sfruttando al contempo iniziative europee come il Data Governance Act, che promuove la condivisione sicura ed etica dei dati, l'European Health Data Space, che mira a consentire l'assistenza sanitaria transfrontaliera e promuovere la ricerca, e The Lancet Regional Health- Europe 2025;48: 101206 <https://doi.org/10.1016/j.lanepe.2024.101206> 1 l'AI Act, che mira a regolamentare un'intelligenza artificiale affidabile e trasparente nell'assistenza sanitaria.

La mancata adozione di misure aggraverà le disuguaglianze, ritarderà i trattamenti e ostacolerà i progressi, mentre dare priorità a 2 riforme sistemiche offre all'Italia l'opportunità di soddisfare le richieste di assistenza sanitaria e fornire un'assistenza equa ed efficiente.

**[The Lancet Regional Health– Europe, www.thelancet.com Vol 48 January, 2025](https://www.thelancet.com)**

## Autonomia differenziata, l'allarme su The Lancet: "Verso la fine del Servizio Sanitario Nazionale"

### Fabio Di Todaro

L'eventuale approvazione della legge sull'autonomia differenziata rischia di ampliare le [disuguaglianze sanitarie](#). O, in maniera più chiara, per dirla con Nino Cartabellotta (presidente della Fondazione Gimbe), "può porre la parola fine al servizio sanitario nazionale del Paese".

Un messaggio non nuovo a queste latitudini, ma che da oggi acquisisce un'eco internazionale grazie alla rivista [The Lancet](#), che sull'ultimo numero (nella sezione dedicata agli approfondimenti internazionali) ha dedicato un articolo al tema della possibile devolution sanitaria italiana.

### Autonomia differenziata: quali ricadute in ambito sanitario?

In due pagine, la giornalista scientifica Marta Paterlini ha ricostruito il disegno della legge sulle autonomie differenziate approntato dalla Lega, che ha già ottenuto l'ok da parte del Senato ed è ora in fase di discussione alla Camera. L'obiettivo del Governo è quello di giungere all'approvazione definitiva entro la fine dell'anno.

[Per quel che riguarda l'assistenza sanitaria](#), la misura (se approvata) permetterà alle singole Regioni non soltanto di pianificare ed erogare i servizi sanitari, ma anche di stabilire i principi fondamentali e gli obiettivi da raggiungere sui rispettivi territori.

Un compito che, dopo la riforma del titolo V della Costituzione, è rimasto comunque nelle mani dello Stato, chiamato attraverso i [Livelli essenziali di assistenza \(Lea\)](#) a definire quali prestazioni debbano rientrare nel pacchetto minimo che ogni Regione è tenuta ad assicurare ai propri residenti. Sebbene con [risultati comunque tutt'altro che omogenei lungo lo Stivale](#).

A ciò si aggiunge la parte relativa al federalismo fiscale, che permetterebbe a ogni ente territoriale di trattenere le entrate derivanti dalle tasse pagate dai rispettivi cittadini.

### Federalismo sanitario contrario alla Costituzione

Le due misure – la mancata redistribuzione del gettito fiscale proveniente dalle Regioni su scala nazionale e la definizione della programmazione sanitaria su base regionale – rischiano però di minare la tenuta di un servizio sanitario come quello italiano. I cui tratti distintivi, sulla base della [legge 833 del 1978](#), sono l'universalità, l'uguaglianza e l'equo accesso alle cure.

Questa la posizione delle voci contrarie, riportate nell'articolo apparso su The Lancet. "Da tempo assistiamo già a notevoli disuguaglianze nell'accesso alle cure e nei loro esiti", ricorda Cartabellotta, il cui ragionamento ([già anticipato su queste colonne](#)) parte da una serie di statistiche che evidenziano il divario tra il Nord e il Sud della Penisola su alcuni indicatori chiave in ambito sanitario: dall'[aspettativa di vita complessiva a quella in buona salute](#), dalla [mortalità infantile](#) a quella [oncologica](#). Senza dimenticare l'[offerta e l'adesione agli screening per la diagnosi precoce dei tumori](#).

"Senza la redistribuzione delle risorse delle Regioni più ricche, si andrebbe contro la Costituzione", puntualizza l'esperto.

### Più fondi per rilanciare il Servizio sanitario nazionale

I rischi che in questo momento si stanno correndo in Italia sono stati rimarcati poche settimane fa pure da 14 medici e ricercatori: tra cui il premio Nobel per la fisica, Giorgio Parisi. In una [lettera pubblica](#), gli scienziati hanno chiesto al Governo di escludere la sanità dalla riforma. E, al contempo, di aumentare gli [investimenti nel Servizio sanitario nazionale](#).

Oltre che [il desiderio della maggior parte degli italiani](#), un passaggio necessario (si legge su The Lancet) per far fronte ai "tagli per oltre 37 miliardi registrati negli ultimi dieci anni" e alla "progressiva privatizzazione dei servizi sanitari".

Senza dimenticare la differenza nella spesa sanitaria sostenuta dall'Italia (6,8 per cento del prodotto interno lordo) e la media degli altri Paesi europei (otto per cento). Partendo da questi dati di fatto, è la posizione della rivista, "il decreto potrebbe avere conseguenze disastrose per la sanità italiana, [ampliando il divario tra il Nord e il Sud del Paese](#)": con ogni probabilità in maniera irrimediabile.

### **Un "governo" centrale per le malattie rare**

La [rinuncia alle cure](#) (per i costi eccessivi o per i lunghi tempi di attesa) e la [migrazione sanitaria](#), d'altra parte, sono realtà già consolidate nel nostro Paese.

Ci si sposta – soprattutto dalle Regioni del Sud verso quelle del Nord – per trovare altrove risposta a dei problemi sanitari per i quali spesso non è possibile ottenere una risposta a pochi chilometri dalla propria residenza. Se non in assoluto, quanto meno in maniera tempestiva.

Un problema che spinge molti italiani a partire, per affidarsi al Servizio sanitario nazionale o (comunque) alla sanità privata. Come ricorda Ilaria Ciancaleoni Bartoli nell'articolo, "la questione è particolarmente sentita nell'ambito delle [malattie rare](#), dal momento che spesso i pazienti affetti da malattie condivise con un numero limitato di pazienti sono costretti a trasferirsi in altre Regioni", per ottenere diagnosi e cure adeguate.

"In questo campo – chiarisce la direttrice dell'Osservatorio malattie rare (Omar) – serve che il coordinamento e la responsabilità dei servizi erogati rimangano una prerogativa centrale".

### **Con l'autonomia differenziata concorrenza dannosa tra gli operatori sanitari**

Tra le posizioni critiche nei confronti del decreto, su The Lancet è riportata anche quella di Pierino Di Silverio, segretario nazionale dell'Anaa Assomed (il sindacato più rappresentativo della dirigenza medica e sanitaria), secondo cui un altro rischio è rappresentato "dalla concorrenza dannosa tra gli operatori sanitari".

Aggiunge lo specialista, referente della centrale operativa trapianti della Regione Campania: "L'attuale tetto di spesa imposto a livello centrale per l'assunzione del personale non si applicherebbe alle Regioni autonome. Questo consentirebbe loro di offrire una retribuzione migliore al personale sanitario". E, più in generale, rischia di creare uno squilibrio: con medici, infermieri, operatori sociosanitari, biologi, farmacisti e psicologi ospedalieri "incentivati a lavorare nelle aree più ricche del Paese".

Senza trascurare le questioni di economia sanitaria, dal momento che secondo la Commissione europea "la riforma rischia di mettere a repentaglio la capacità del Governo di tenere sotto controllo la spesa pubblica nazionale".

<https://www.aboutpharma.com/sanita-e-politica/autonomia-differenziata-lallarme-su-the-lancet-la-fine-del-servizio-sanitario-nazionale/>

## IL MANIFESTO DEI MEDICI

### INVESTIRE SUI MEDICI PER SALVARE IL SSN

25 gennaio 2025

**EMBARGO 25 GENNAIO 2025 ORE 11.00**

Esiste un enorme problema di Governance del sistema sanitario, in un paese in cui Governo e Regioni continuano a rimpallarsi responsabilità e decisioni, ma nessuna delle due istituzioni appare essere oggi, e da troppo tempo, interlocutore dei medici.

Non si parla più con i medici ma si continuano a immaginare scenari e ad elaborare leggi tampone che non fanno altro che destrutturare il ruolo del medico nella società civile e nel rapporto con i cittadini.

Occorrono un luogo e un sistema di confronto per una fattiva collaborazione tra medici e istituzioni, centrali e periferiche, per l'evoluzione del SSN che parta dalla salvaguardia della sanità pubblica e dei suoi professionisti. Vogliamo un sistema che torni a mettere la salute pubblica al primo posto, costruito attorno alle esigenze delle persone e non alle logiche economiche. Serve un nuovo patto per la salute, che nasca dal confronto tra medici, istituzioni e cittadini, per costruire insieme un modello di sanità che sia davvero inclusivo, umano e sostenibile.

È fondamentale garantire alle persone minori un accesso equo ai servizi sanitari su tutto il territorio nazionale e all'interno delle singole regioni è un obiettivo imprescindibile: investire sui medici e sui pediatri significa tutelare la salute del futuro capitale umano della Nazione. In quest'ottica, l'area pediatrica riveste un ruolo strategico per garantire un monitoraggio e un intervento tempestivo sui bisogni di salute della popolazione più giovane, promuovendo la prevenzione e riducendo le disuguaglianze di accesso ai servizi essenziali.

Il lavoro del medico manca oggi delle tutele più elementari, oltre che dei requisiti minimi di sicurezza delle cure. L'assenza di attrattività della professione, la burocratizzazione, la mancanza di sicurezza, il mutato ruolo sociale, portano oggi i medici, anche delle nuove generazioni, a scegliere sempre più spesso di andare a lavorare nel privato o, peggio, all'estero. Un circolo vizioso che rende ancora meno accessibile la cura ai pazienti per carenze organizzative e di personale. La crescente burocratizzazione sta distogliendo i medici dal loro compito principale: prendersi cura delle persone. Questi vincoli amministrativi, spesso inutilmente complessi, non solo sottraggono tempo prezioso al rapporto medico-paziente, ma alimentano anche il disagio dei professionisti e aumentano i costi indiretti per i pazienti.

Anche l'evoluzione digitale, che dovrebbe essere di aiuto, molte volte diventa una burocratizzazione informatica e invece di facilitare il rapporto umano medico-paziente, lo complica e lo rende sempre più residuale, riducendo di fatto anche il valore stesso della firma e della diagnosi prescrittiva. Dobbiamo ripartire dalla centralità del cittadino e dal suo diritto a ricevere cure di qualità senza ostacoli né barriere. Questo significa liberare i medici dalle catene della burocrazia e ripristinare il valore del loro giudizio clinico.

Occorre inoltre rafforzare la parità di genere nella professione sia dal punto di vista economico che per la carriera: le donne medico rappresentano ormai il 60% della professione, con punte del 75% nelle regioni del nord del paese. Si deve mettere al centro del dibattito il tema delle tutele, come maternità e diritto ai tempi di conciliazione, sia tra vita e lavoro, sia nello sviluppo della professione.

È necessario intervenire precocemente anche sulla salute del bambino, implementando programmi estensivi di prevenzione, di educazione sanitaria e di promozione di corretti stili di vita. Queste azioni rappresentano una strategia essenziale per il Servizio Sanitario Nazionale al fine di influenzare positivamente non solo la salute dell'adulto di domani, ma anche lo sviluppo psico-fisico dei bambini, per una genitorialità consapevole.

Serve anche una particolare attenzione alle problematiche dei giovani medici, alla programmazione e all'accesso alla professione le cui politiche oggi sono influenzate da proposte populistiche che, come nel passato, rischiano di riverberarsi negativamente sulla professione. Abbiamo vissuto con grande disagio il tempo dell'imbuto formativo. Oggi invece siamo preoccupati dell'imbuto professionale e della pleora medica, frutto ancora una volta di una errata programmazione.

Nasce oggi un movimento che ci auguriamo possa essere sempre più largo e che non riconosca leadership personali o sindacali, ma si identifica in un'idea diversa di sanità, un'idea diversa di professionista.

Nasce un movimento che punta a dialogare contestualmente con istituzioni che abbiano un ruolo ben definito e con i cittadini, rispetto ai quali abbiamo il dovere e il diritto di riacquisire un rapporto che sostituisca quello economicistico verso cui è virato.

Nasce oggi una mobilitazione allargata alla società, ai medici tutti.

Non rivendichiamo diritti sindacali, ma rivendichiamo il diritto come medici di poter svolgere serenamente il nostro lavoro, e come cittadini, di continuare ad avere un servizio di cure pubblico, umano, condiviso e universale, come sancisce la nostra Carta costituzionale.

E per poter raggiungere tali obiettivi, riteniamo essenziale:

1. La definizione di atto medico
2. La revisione della responsabilità medica
3. Rendere attrattiva e riqualificare la professione medica
4. Garantire la tutela dei professionisti e la sicurezza sui luoghi di lavoro
5. Rinsaldare il rapporto medico-paziente
6. La definizione di un nuovo patto per la salute
7. L'adozione di un approccio "One Health"

Inizieremo con manifestazioni locali e regionali che porteranno all'attenzione dei cittadini e delle istituzioni regionali le nostre istanze, le nostre proposte, le nostre aspettative.

Non ci fermeremo finché non vedremo un cambiamento reale, che restituisca dignità ai medici, accessibilità alle cure e un futuro al nostro Servizio Sanitario Nazionale.

**ANAAG ASSOMED  
 CIMO-FESMED  
 ALS  
 GMI  
 FIMMG  
 FIMP  
 SUMAI  
 SMI  
 SNAMI  
 FMT**

*Con il sostegno della FNOMCEO*

# Principi per una riforma del Ssn

### OBIETTIVI DEL DOCUMENTO

- Proporre elementi essenziali per una riforma del Servizio Sanitario Nazionale (Ssn), incentrata sul livello d'azione nazionale, che ne preservi i principi di universalità, equità, solidarietà e sostenibilità.
- Il documento non si pone l'obiettivo di generare soluzioni "pronte all'uso", ma intende stimolare una revisione delle basi istituzionali, economiche e giuridiche che regolano il Ssn, creando le condizioni di un ammodernamento del sistema sanitario capace di reggere le sfide del futuro.
- Offrire un documento che possa fungere da base per la discussione scientifica e culturale, presentandolo a rappresentanti di istituzioni e della società scientifiche per diffondere queste idee di riforma del Ssn.
- Il documento potrà essere condiviso come una carta valoriale per favorire il dibattito e l'ingaggio pubblico, ma anche per costruire una piattaforma stabile atta a favorire un processo di discussione collettivo profondo per l'avvio di un cambiamento radicale e duraturo.

### PERCHÉ IL Ssn VA RIFORMATO IN MODO PROFONDO?

#### Criticità

1. Iniquità negli esiti di salute, nella speranza di vita alla nascita, nella vita attesa in buona salute e nell'accesso alle cure in funzione di scolarità, reddi-

to, condizione sociale, situazioni di vita personale e luogo di residenza;

2. Indebolimento degli interventi di prevenzione con effetti negativi sulla salute nel medio e lungo periodo;
3. Crescente divaricazione fra i bisogni soddisfatti dal Ssn e quelli soddisfatti tramite il più generale sistema di tutela della salute che comprende, di fatto, anche i consumi privati delle famiglie o intermediati, sia in ambito sanitario, sia socio-sanitario;
4. Frammentazione dei percorsi e onere ricompositivo a carico di pazienti o famiglie, che penalizza quelle meno competenti e socialmente connesse e attrezzate;
5. Le comunità locali non percepiscono il Ssn come una istituzione propria, su cui esercitare diretta responsabilità;
6. Insufficiente visibilità e prestigio del Ssn (sottovalutando gli importanti risultati ottenuti in 45 anni);
7. Confusione pratica su diritti formalmente garantiti e realmente esigibili;
8. Rischio di insofferenza reciproca tra professionisti e cittadini che minaccia la tenuta del sistema;
9. Esistenza di spazi per un ulteriore miglioramento dei livelli di appropriatezza delle prestazioni e di efficacia ed efficienza nell'utilizzo delle risorse disponibili per ridurre i divari territoriali tra regioni e all'interno delle stesse.

Su tutti questi aspetti negli ultimi anni si rileva un trend negativo, che riduce i vantaggi prodotti dal progresso scientifico e tecnologico.



5

<https://www.secondowelfare.it/primo-welfare/sanita/principi-per-una-riforma-del-servizio-sanitario-nazionale/>

## Chissà, forse potrebbe iniziare veramente la riforma del Ssn?

di Alessandro Giustini

**23 GEN** - *Gentile Direttore,*

da tempo si allarga il confronto sulla urgenza di una sostanziale modifica organizzativa, gestionale e conseguentemente finanziaria del nostro Servizio Sanitario Nazionale: le opinioni ed i contributi tecnici, politici, professionali sono sempre più numerosi e convergenti.

Anche da parte delle Associazioni dei Cittadini e del Volontariato sono fortissime le pressioni perché i Diritti fissati dalla Costituzione e dalla legge istitutiva del SSN vengano ripristinati per una tutela della SALUTE egualitaria e veramente nazionale, adeguata in relazione al profondo mutamento dei bisogni attuali della popolazione.

La strada non è certo quella di pensare solo a finanziamenti a pioggia da aggiungere, e neppure a colpe da attribuire ad una parte o all'altra dato che è chiaro che tutti i partiti ed i Governi hanno contribuito con tagli ripetuti nei decenni, con il progressivo disordine provocato dalle Regioni sempre più disordinatamente incoerenti e dissonanti e con l'incapacità oggettiva (ministeriale e regionale) di modificare le strutture operative.

Strutture e metodologie operative ancora legate ad uno schema oramai grandemente superato nella attività territoriale come in quella ospedaliera in termini di Prevenzione, Cura e Riabilitazione. Siamo anche consapevoli dei crescenti limiti finanziari del nostro Paese per questa urgenza, mentre si parla con tranquillità di un aumento importante invece del finanziamento per armi e difesa e non si comprende come possa esser compatibile con la nostra situazione economica complessiva.

Comunque in questa urgenza è evidente come uno dei punti critici è quello dei Servizi Sanitari di Base e della Medicina di Famiglia: un termine che va difeso e rinnovato per il ricco significato che possiede e che è molto più coinvolgente e chiaro nella percezione dei Cittadini che non la sola "Comunità".

Circolano oramai segnali di una imminente decisione del Ministero rispetto al rapporto di lavoro dei Medici convenzionati con le strutture territoriali al servizio della Comunità.

Questo non dovrebbe in alcun modo distruggere la relazione personale ed individuale del Medico con i suoi assistiti nel mentre si chiede al Medico di svolgere un importantissimo lavoro per riempire di valore quelle strutture volute dal PNRR che altrimenti sono solo scatole in gran parte vuote.

Ci dovranno esser anche altri e numerosi servizi per i diversi bisogni dei cittadini ( ad es. specialisti per la prevenzione e la diagnostica, il primo soccorso, le prestazioni per popolazione anziana, disabile e fragile...) ed anche in sinergia con le attività intensive ospedaliere ed inoltre di continuità ed integrazione nel socio-sanitario.

Tutto questo ha l'esigenza di fondarsi su relazioni di cura molto poco solo formali e burocratiche ma invece molto personali e coinvolgenti che possono giovare proprio della figura e del ruolo operativo del "Medico di base (e di famiglia)".

Un modo per far tornare molto attrattiva questa professione anche per giovani laureati che aspirano a posizioni e compiti di maggiore responsabilizzazione professionale autonoma e molto meno schematicamente burocratici come invece sono da tempo purtroppo diventate quelle convenzionate nel territorio ma anche quelle specialistiche in ospedale.

Questo tema della ricostruzione di un sistema di servizio sanitario di base e di famiglia che dia valore alle strutture di Comunità (nelle quali però vanno collocati molti altri servizi ed attività) appare quindi il punto focale di una Riforma complessiva. Infatti non è certo significativo solo il luogo dove il Medico viene collocato ma le modalità nuove del suo operare e le sinergie (anche logistiche ma prima di tutto professionali e di responsabilità) con molti altri interventi di continuità nella presa in cura dei cittadini e dei loro problemi di SALUTE nella vita e nella comunità.

Profonda parimenti è la revisione indispensabile del ruolo dell'Ospedale nelle attività intensive (e sempre meno prevalentemente diagnostiche come adesso) e della sua funzione di Pronto Soccorso verso il territorio. Altrettanto indispensabile è la revisione del vero e proprio disordine che è cresciuto tra le Regioni e persino tra le Aziende di una medesima Regione rispetto all'offerta ed appropriatezza di prestazioni, alla modalità di

garanzia della gratuità e tempestività come la attuale vicenda vergognosa dei LEA (15 e più anni di attesa per avere un caos sia di contenuti scientifici delle prestazioni che dei valori economici come stiamo vedendo e che va ascritto a responsabilità paritetica di Ministero, Agenas e Regioni).

Indispensabile è pure la revisione delle coperture di sanità integrativa che con la defiscalizzazione generano utili alle società assicurative e proteggono solo alcune parti della popolazione che per loro natura (lavoratori con contratti o paganti) non sono certamente quelle più bisognose e fragili.

Se prendiamo atto di questo quadro complessivo l'intervento sul rapporto di lavoro dei Medici di Base non potrà certamente esser isolato: perché avrebbe solo il sapore del tutto ingiusto di una penalizzazione generalizzata di una categoria (che in realtà non lo merita assolutamente) e perché prima di tutto sarebbe del tutto inefficace senza i necessari correlati di riforma negli altri settori.

Ad es. le Liste di attesa non ne risentirebbero assolutamente, come gli accessi talvolta impropri ai P.S. rischierebbero persino di moltiplicarsi come pure si moltiplicherebbero le richieste di diagnostica strumentale da parte di tanti cittadini che ancora oggi sono invece risolte dal lavoro serio e qualificato di tantissimi Medici di base che già lavorano in studi e cooperative ed in collaborazione con infermieri e specialisti offrendo molteplici prestazioni ai pazienti.

Queste esperienze mostrano concretamente la capacità di questi professionisti di costruire nelle strutture del territorio una rete funzionale ed articolata per la prevenzione, cura e riabilitazione rispetto ai molteplici bisogni dei Cittadini di tutte le età: con una prossimità e continuità che sono elemento determinante di sicura appropriatezza ed efficacia.

Nelle strutture dovranno esser inserite (come programmato dal PNR ma per adesso in gran parte solo in teoria purtroppo) altre specialità mediche e professioni, altri servizi a cui la Medicina di base può fare appunto da base e da integrazione.

Altrimenti si rischia di vanificare questo eventuale intervento sulla Medicina di base e vanificare le risorse impegnate in queste strutture del territorio: al confronto erano meglio gli Ambulatori delle Mutue di una volta!

Invece è augurabile che , se verrà deciso questo intervento riformatore esso sia il motore positivo e principale della Riforma complessiva del Sistema Sanitario Nazionale di cui abbiamo bisogno, tutti noi professionisti e specialmente i cittadini-Utenti.

In una ottica complessa di questo genere dovrebbe ovviamente esser una riforma partecipata in prima persona dagli stessi rappresentanti delle categorie professionali coinvolte (quindi non solo i Medici convenzionati) e non certo calata dall'alto perché sono anni che se ne parla.

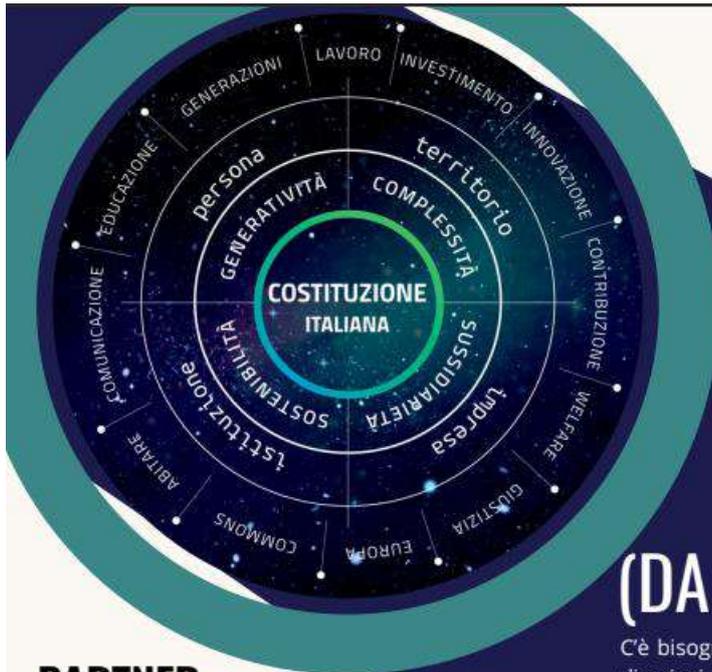
[https://www.quotidianosanita.it/lettere-al-direttore/articolo.php?articolo\\_id=127137](https://www.quotidianosanita.it/lettere-al-direttore/articolo.php?articolo_id=127137)

15 MARZO 2025

10.30-17.30

PALAZZO VALENTINI  
FORO TRAIANO, 85 ROMA

PIANO  B



# L'INDIVIDUO (DA SOLO) NON ESISTE !

C'è bisogno di un nuovo paradigma che accolga la ricchezza di principi (oggi trascurati) della fraternità e dell'intelligenza relazionale.

Da una nuova visione possiamo sviluppare insieme strategie culturali e proposte politiche per risolvere i problemi dei nostri tempi

## PARTNER



Per iscriversi - <https://shorturl.at/oip07>  
Per informazioni - [spartitopianob@gmail.com](mailto:spartitopianob@gmail.com)





[https://www.rgs.mef.gov.it/VERSIONE-I/attivita\\_istituzionali/monitoraggio/spesa\\_sanitaria/index.html](https://www.rgs.mef.gov.it/VERSIONE-I/attivita_istituzionali/monitoraggio/spesa_sanitaria/index.html)

## Manovra 2025/ Analisi in filigrana delle misure per il personale

Stefano Simonetti

Nonostante gli impegni e gli annunci, è andata come al solito ormai da decenni: la legge fondamentale dello Stato è stata votata a poche ore dall'esercizio provvisorio.

Si è dunque concluso secondo tradizione l'iter della terza legge di bilancio della XIX Legislatura con la pubblicazione sul SO della GU n. 305 della legge n. 207 del 30 dicembre 2024, entrata in vigore il 1° gennaio; la pubblicazione sulla Gazzetta è avvenuta nel tardo pomeriggio del 31 dicembre e anche questo è un bel record.

Solo per curiosità, si rileva che negli ultimi cinque anni la legge di bilancio è stata pubblicata sulla Gazzetta ufficiale due volte il 30 dicembre (quelle del 2021 e 2024), una volta il 29 dicembre (2023) e due volte addirittura il 31 dicembre (2022 e 2025).

Con i numeri di questa maggioranza e il suo decisionismo sembrava che fossero state superate le anomalie del passato, anche sul piano procedurale, ma molte difficoltà sopravvenute hanno portato a un risultato "quasi" uguale a quelli degli anni scorsi.

Accadeva da tempo immemore che il testo del Ddl governativo venisse ridotto a un solo articolo con centinaia di commi perché il Governo alla luce delle migliaia di emendamenti (anche della maggioranza stessa), in prossimità della fine dell'anno, era costretto a porre il voto di fiducia per scongiurare il ricorso all'esercizio provvisorio.

E così è stato pure questa volta con il voto sul maxiemendamento alla Camera il 22 dicembre e il successivo passaggio blindato e definitivo al Senato del 29 dicembre, non senza polemiche alla luce degli 800 emendamenti presentati dalle opposizioni e delle "dimissioni" del relatore.

Non è stato quindi possibile superare del tutto la assurda tradizione del passato – dal 2018 non viene più effettuata la doppia lettura - e di evitare il consueto e, a volte, imbarazzante assalto alla diligenza che, immancabilmente, è avvenuto nelle ultime settimane.

Abbiamo, quindi, una ulteriore legge fatta di un solo articolo: in realtà, la legge 207/2024 consta di 21 articoli ma quelli da 2 a 21 si riferiscono a norme di approvazione dei singoli stati di previsione mentre la "vera" legge è l'art. 1, composto di 908 commi, ad occhio quasi il doppio di quelli dello scorso anno.

Oltretutto, questa tecnica legislativa – se è possibile chiamarla in tal modo - comporta norme molto difficili da leggere, essendo tutte prive di rubrica e sistematicità; senza contare i refusi e le incoerenze che sono gioco forza presenti e ne rendono ancora più ardua l'applicazione; e non sono tutti ingenui e innocenti come il caso Carmagnola/Carmagnano".

Riguardo alla mancanza di linearità e facilità di lettura, si possono prendere a emblema gli interventi legislativi sul trattamento accessorio dei sanitari laddove si tratta dell'indennità di Pronto soccorso al comma 323 e poi si saltano a piè pari una trentina di commi per arrivare alle indennità di specificità e agli straordinari (commi 351-354), con in mezzo norme sulla farmaceutica e sui dispositivi.

Più o meno sono state confermate tutte le disposizioni – compresi gli errori - presenti nel Ddl varato da Consiglio dei ministri il 23 ottobre scorso. Nel testo della legge un centinaio di commi sono dedicati alla sanità e alla salute, molti dei quali introdotti come emendamenti al testo originario. In particolare, per il personale della sanità e per il lavoro pubblico, vediamo il dettaglio precisando che tra parentesi viene indicata la corrispondente norma del Ddl di ottobre.

**comma 121 (già art. 18, comma 1)** = le risorse destinate al trattamento accessorio del personale dipendente delle amministrazioni pubbliche possono essere incrementate, nell'ambito del Ccnl 2022/2024, rispetto a quelle destinate a tali finalità nell'anno 2024, di una misura percentuale del monte salari relativo all'anno 2021 da determinare, per le sole amministrazioni statali, nei limiti di una spesa complessiva di 112,1 milioni di euro e per le restanti amministrazioni – cioè enti locali e Sanità - a valere sui propri bilanci con la medesima percentuale e i medesimi criteri previsti per gli statali secondo gli indirizzi impartiti dai rispettivi Comitati di settore.

Non viene espressamente definita alcuna percentuale da applicare sul monte salari 2021 e dovrà, dunque, essere quantificata dal Comitato di settore.

Orbene nella Relazione al Ddl si legge che “l’individuazione di una percentuale di incremento rispetto al monte retributivo del 2021 (delle medesime amministrazioni). Gli incrementi dei trattamenti sono stabiliti dalla contrattazione collettiva nazionale relativa al triennio 2022-2024”: quindi sono un benefit già esigibile. Ma, se come viene ipotizzato, il 14 gennaio si chiuderà la Preintesa del Ccnl del comparto Sanità, ci si chiede come e quando saranno rese disponibili tali risorse integrative.

A ogni buon conto, la norma dice “possono” essere incrementate, per cui sembra tutto aleatorio.

**comma 124 (non presente nel Ddl)** = si tratta di una sorta di interpretazione autentica relativa ai fondi contrattuali del personale dipendente e chiarisce che le risorse destinate nell’ambito della contrattazione integrativa a benefici di natura assistenziale e sociale in materia di welfare integrativo aziendale devono rispettare il famigerato limite introdotto nel 2017 sui fondi per il trattamento economico accessorio del personale (art. 23, comma 2, del d.lgs. 75/2017, decreto delegato della legge Madia).

È credibile che il Governo abbia adottato questa norma per smontare l’interpretazione fornita dalla Sezione delle Autonomie della Corte dei Conti con la deliberazione n. 17 del 30 settembre 2024, relativa al welfare aziendale fuori dai tetti di spesa.

Il sacrosanto principio di diritto affermato mesi fa dalla Corte è stato così annullato per mano, si presume, della Ragioneria Generale dello Stato che sulla questione aveva polemizzato per mesi con varie sezioni regionali dell’organo contabile e ha, alla fine, imposto la sua tesi.

**comma 128 (già art. 19, comma 1)** = si occupa di rinnovi contrattuali relativi al triennio 2025/2027 per il personale dipendente dalle amministrazioni pubbliche.

La norma ricalca quelle degli anni scorsi e si indicano direttamente gli importi previsti per i rinnovi delle amministrazioni statali in cifra assoluta e non in percentuale. Tuttavia, leggendo la Relazione illustrativa, si dovrebbe trattare dell’1,8% per l’anno 2025, del 3,6% per l’anno 2026 e un incremento complessivo del 5,4% a regime. È fin troppo facile ironizzare sul fatto che per le aree dirigenziali non sono nemmeno iniziate le trattative per il triennio 2022/2024, ormai scaduto.

Il comma viene espressamente richiamato dal successivo 273 sul livello del finanziamento del fabbisogno sanitario nazionale standard cui concorre lo Stato e, naturalmente, ciò significa che non sono affatto risorse ulteriori ma un “di cui” del fondo sanitario nazionale.

Addirittura il comma 274 stabilisce l’accantonamento delle somme necessarie per i rinnovi fino al triennio 2028/2030, cioè a quando con ogni evidenza il servizio sanitario nazionale non esisterà più. Si prevede altresì l’anticipazione di cui all’art. 47-bis, comma 2, del d.lgs. 165/2001, voluta nel 2009 dall’allora Ministro Brunetta, che viene comunemente, ma impropriamente, chiamata indennità di vacanza contrattuale.

La misura percentuale di detta indennità rispetto agli stipendi tabellari, è pari allo 0,6 % dal 1° aprile 2025 al 30 giugno 2025 e dell’1 % a decorrere dal 1° luglio 2025.

A ben vedere, però, nella previsione legislativa si cela una ennesima sottrazione salariale perché per la definizione del quantum si fa riferimento agli “stipendi tabellari” che, ovviamente sono quelli disciplinati nei Ccnl 2019/2021, visto che per il triennio successivo si è tuttora in alto mare.

Sarebbe interessante quantificare con precisione quanto comporta la remissione salariale alla luce di questa ennesima stortura.

Un effetto surreale si avrà fra quattro mesi quando tutti i dipendenti della Sanità troveranno contemporaneamente in busta paga due anticipazioni o lvc che dir si voglia: una nuova, riferita al triennio 2025/2028 e l’altra, vecchia e consolidata, relativa al triennio precedente e ancora dovuta, visto che è materialmente impossibile che i tre contratti per quella data siano entrati in vigore.

Si diceva di un effetto surreale - ed è un complimento - ma è la sconcertante conferma che la contrattazione collettiva nel pubblico impiego ha una assoluta necessità di revisione.

**comma 129 (già art. 19, comma 2)** = viene ripetuta la rituale formula secondo la quale gli oneri per i rinnovi sono posti a carico dei rispettivi bilanci, confermando così la precisazione di cui al comma precedente. Nel comma 130 si precisa che il principio vale anche per il personale convenzionato (Mmg, Pls, specialisti

ambulatoriali).

**comma 162 (era l'art. 23, comma 2)** = è stato di fatto soppresso nel pubblico impiego l'istituto giuridico del collocamento a riposo per raggiunti limiti di età con la eliminazione del limite ordinamentale dei 65 anni. Si ricorda che, fatta eccezione per il personale della dirigenza medica e sanitaria che beneficia di varie forme di trattenimento, i dipendenti "normali" che raggiungono i 65 anni di età dovevano essere collocati obbligatoriamente a riposo qualora, al compimento del 65° anno, avessero già maturato una qualunque forma di diritto a pensione; in caso contrario, avrebbero proseguito sino e non oltre la maturazione del diritto e, comunque, non oltre i 67 anni prescritti per la pensione di vecchiaia.

Dal 1° gennaio 2025 i limiti ordinamentali vengono elevati al requisito anagrafico previsto per l'accesso alla pensione di vecchiaia, cioè 67 anni, con la conseguenza che collocamento a riposo e maturazione del diritto alla pensione di vecchiaia coincideranno.

Si segnala che dal 2027, qualora per effetto dell'adeguamento legato alla speranza di vita quest'ultima dovesse subire incrementi, l'età anagrafica richiesta aumenterà ulteriormente.

**comma 163 (già art. 23, comma 3)** = abroga l'art. 2, comma 5, della legge 125/2013 che prevedeva la tassatività del collocamento a riposo del personale dipendente pubblico che, al raggiungimento del 65° anno, avesse i requisiti per l'accesso al trattamento anticipato ai sensi della legge Fornero.

**comma 164 (già art. 23, comma 4)** = viene abrogata di conseguenza anche la norma (art. 72, comma 11, della legge 133/2008, più volte modificata), già oggetto di un certo contenzioso, che consentiva ai datori di lavoro pubblici la cosiddetta "rottamazione", cioè di risolvere unilateralmente il rapporto di lavoro nei confronti dei dipendenti che, anche prima dei 65 anni, avessero maturato i requisiti per la pensione di anzianità (poi divenuta "anticipata"), tramite decisione motivata e senza pregiudizio per i servizi.

**comma 165 (già art. 23, comma 5)** = in piena controtendenza rispetto al passato, è stato sostanzialmente reintrodotta l'istituto del trattenimento in servizio. L'abrogazione dell'istituto del biennio di trattenimento, risalente addirittura all'art. 16 del d.lgs. 503/1992, venne infatti disposto dall'art. 1 della legge 114/2014., rubricato significativamente "ricambio generazionale".

Le pubbliche amministrazioni potranno, quindi, trattenere in servizio i propri dipendenti, previa disponibilità degli stessi, anche per l'attività di tutoraggio e di affiancamento dei neoassunti e per esigenze funzionali non altrimenti assolvibili, beninteso non oltre i 70 anni di età.

Si prevedono già notevoli difficoltà applicative in quanto vengono fissate alcune condizioni di procedibilità: l'opzione potrà essere esercitata nei limiti del 10% delle facoltà assunzionali, nel senso che ogni unità trattenuta comporterà una unità in meno nel Piano assunzioni.

L'aspetto più controverso è che il personale interessato sarà individuato esclusivamente sulla base delle esigenze organizzative – e fino a qui la questione potrà essere gestita – ma anche in base al "merito" ed è assolutamente certo che sorgerà un contenzioso notevole.

Negli ultimi anni la parola "merito" è assunta a utilizzazioni di vario tipo, dalla rubrica dell'art. 3 del DL 80/2021, ai contenuti delle direttive del ministro Zangrillo, fino alla denominazione ufficiale di un Ministero. In realtà, nessuno è in grado di spiegare con chiarezza e senza riserve mentali in cosa consiste il merito e permane il forte sospetto che possa subliminalmente voler dire tutt'altro e, nel contesto di questo comma, si può immaginare come sarà gestito.

La disposizione in esame esclude espressamente da questa forma di trattenimento il personale delle magistrature e degli avvocati e procuratori dello Stato nonché delle forze armate e dell'ordine.

È evidente che a questa elencazione si deve aggiungere la dirigenza sanitaria che, come detto, gode di molteplici forme di trattenimento distinte da quella innovativa introdotta da questo comma.

**comma 166 (non presente del Ddl)** = viene corretta la svista (o fu intenzionale ?) della legge di bilancio dell'anno scorso (comma 164 della legge 213/2023) che limitava la possibilità di restare in servizio anche oltre il 40° anno di servizio di lavoro effettivo e non oltre il 70° anno di età ai soli infermieri del Ssn).

A mio parere non si tratta di un diritto soggettivo pieno e incondizionato in quanto la norma utilizza le parole "possono" e "autorizzazione", segnali inequivocabili che si tratta al massimo di un diritto affievolito.

Adesso la facoltà è stata estesa a tutti gli esercenti le professioni sanitarie disciplinate dalla legge n. 43/2006 dipendenti dal Ssn, che sono 22 (al netto dell'osteopata e del chiropratico nei cui confronti ancora non è definitivamente a regime la disciplina di attivazione).

Naturalmente tra gli "esercenti" non rientrano medici, odontoiatri, veterinari, biologi, chimici, fisici, farmacisti e psicologi che beneficiavano già in precedenza della stessa deroga.

**comma 323 (già art. 56)** = la disposizione incrementa la indennità di pronto soccorso, già riconosciuta per le particolari condizioni di lavoro svolto dal personale della dirigenza medica e dal personale del comparto sanità, dipendente delle aziende e degli enti del Servizio sanitario nazionale e operante nei servizi di pronto soccorso.

Riguardo a quest'ultima indicazione, nell'applicare il contratto collettivo di due anni fa la platea dei destinatari è stata ampliata notevolmente da parte delle Regioni, considerato anche che la locuzione "servizi di pronto soccorso" è piuttosto generica se non ambigua.

L'ulteriore stanziamento, con decorrenza dal 1° gennaio 2025, è di 50 mln complessivi, di cui 15 mln per la dirigenza medica e 35 mln per il personale del comparto sanità. Si ricorda che le indennità hanno una disciplina diversa, perché nel Ccnl del comparto del 2022 non veniva indicato un importo preciso ed era lasciato tutto alle determinazioni regionali mentre nel Ccnl della dirigenza sanitaria del 2024 si prevede l'importo di 12 euro per turno di 12 ore che, tuttavia, può essere aumentato in sede di contrattazione integrativa.

Anche riguardo ai destinatari si notano delle differenze, perché per la dirigenza spetta esclusivamente ai medici al contrario del comparto dove i profili sono indistinti e potrebbe accedere all'emolumento anche personale non infermieristico.

Non viene precisato esplicitamente, come in altri commi analoghi, che lo stanziamento avviene "nell'ambito della contrattazione collettiva nazionale", circostanza che dovrebbe essere ovvia alla luce delle precisazioni fatte sopra.

**comma 336 (già art. 59)** = vengono incrementate le borse di studio per i medici specializzandi secondo questo schema: la parte fissa del 5% per tutte le specializzazioni, mentre la parte variabile è aumentata del 50% ma solo per alcune specializzazioni considerate meno attrattive; sono esattamente 20 e fra di esse - a conferma della chiara scelta politica - non risultano presenti chirurgia plastica, dermatologia, endocrinologia, cardiologia, gastroenterologia, oftalmologia, pediatria, neurologia, radiodiagnostica, medicina termale, cioè quelle che, nel 2024, nelle 36 facoltà di medicina hanno raggiunto il 100% delle assegnazioni di borse di studio e, conseguentemente, sono le preferite dai medici che scelgono il rapporto non esclusivo e l'attività extramuraria. La riflessione vale anche per psichiatria, alcune chirurgie specifiche, ortopedia, ginecologia.

**comma 338 (già art. 56)** = risulta prorogata al 31 dicembre 2026 la possibilità per i medici in formazione specialistica di assumere incarichi libero professionali in deroga alle incompatibilità presso i servizi sanitari del Ssn e – in questo caso si tratta di una novità assoluta - anche presso strutture sanitarie private o liberi professionisti, per un massimo di 8 ore settimanali.

**comma 339 (non previsto nel Ddl)** = fortemente voluta dai sindacati, un'altra novità è quella di aver previsto borse di studio anche agli specializzandi di area non medica (odontoiatri, veterinari, biologi, chimici, fisici, farmacisti e psicologi). Inevitabilmente i sindacati del comparto si lamentano dell'esclusione dal beneficio degli studenti di infermieristica e delle altre 21 professioni.

**comma 342 (non previsto nel Ddl)** = ennesima proroga – in questo caso fino al 31 dicembre 2027 – riguarda l'efficacia del comma 548-bis della legge 145/2018, ossia la possibilità di procedere per i collocati in graduatorie separate stilate all'esito di un concorso pubblico all'assunzione a tempo determinato e a tempo parziale degli specializzandi, a partire dal secondo anno anche da parte delle aziende e degli enti del Ssn non appartenenti alla rete formativa per la disciplina oggetto di concorso.

In questo caso previa certificazione rilasciata dal ministero della Salute sugli standard generali e specifici per l'accREDITAMENTO delle strutture facenti parte delle reti formative in base alla normativa vigente.

Questa estensione potrebbe rappresentare un primo fondamentale passo per la revisione completa della rete formativa e sarà sicuramente contrastata dalle Università.

**comma 350 (già art. 61)** = viene disposto l'incremento dell'indennità di specificità medico-veterinaria, per cui i vigenti valori fissati dall'art. 65 del vigente Ccnl in € 9.162 e 12.266 annui sono incrementati nei limiti degli importi complessivi lordi di 50 ml di € per l'anno 2025 e 327 ml di € a decorrere dall'anno 2026; si tratta di 32 € lordi al mese (circa 18 € netti).

Va precisato che l'incremento non è automatico, ma avviene "nell'ambito della contrattazione collettiva nazionale dell'Area Sanità", cioè chissà quando. Infatti, è doveroso ricordare che la contrattazione del triennio 2022/2024 – ormai già scaduto – è lontana da venire e non è nemmeno stato formulato l'Atto di indirizzo da parte del Comitato di settore.

Si deve sottolineare che la Relazione tecnica non ascrive effetti finanziari al comma 350 e ai tre seguenti, volti a incrementare i valori di talune indennità vigenti nel 2024, in quanto alla copertura dei relativi oneri si provvede sul livello del finanziamento del fabbisogno sanitario come incrementato dall'ex articolo 47, ora comma 273. Per capirsi, non sono risorse ulteriori ma vengono "prese" dal Fondo sanitario nazionale.

**comma 351 (già art. 62)** = con la medesima motivazione utilizzata nel comma precedente ("valorizzare le caratteristiche peculiari e specifiche della dirigenza sanitaria non medica"), si dispone l'incremento dell'indennità di specificità della dirigenza sanitaria non medica di cui all'art. 66 del Ccnl del 23.1.2024. Il vigente valore, pari ad € 1.381,49 annui, è incrementato nei limiti dell'importo complessivo annuo lordo di 5,5 ml di € a decorrere dall'anno 2025: si tratta di 29 € al mese (circa 14 euro netti).

Anche qui si precisa "nell'ambito della contrattazione collettiva nazionale dell'Area Sanità" per cui valgono le considerazioni fatte sopra. Ma in questo comma è celato un giallo tanto assurdo quanto incomprensibile.

Si è detto che lo schema della norma (motivazione, importo degli incrementi, rinvio alla contrattazione) ricalca quello del comma 351, ma qui manca completamente lo stanziamento per il 2026.

L'Intersindacale medica ha tentato in ogni modo di far correggere il "refuso" e con una nota del 23 dicembre ha scongiurato il ministro Schillaci di intervenire, come da pregressi accordi verbali; ma, come si è visto, non c'è stato nulla da fare e nel testo pubblicato in Gazzetta l'errore è rimasto, se di errore si tratta.

**comma 352 (già art. 63, comma 1)** = sempre con la finalità di valorizzare le caratteristiche professionali, si dispone l'incremento dell'indennità di specificità infermieristica di cui all'art. 104 del Ccnl del 2.11.2022.

Stesse identiche considerazioni riguardo al rinvio alla contrattazione collettiva che, tuttavia, è in uno stato di avanzamento dei lavori molto maggiore rispetto all'Area della Sanità.

I valori vigenti, differenziati nella tabella H secondo le aree di appartenenza e pari per un infermiere a 873,48 annui, sono incrementati nei limiti dell'importo complessivo annuo lordo di 35 ml di € per 2025 e di € 285 ml per il 2026.

Difficile quantificare l'aumento di dettaglio, ma poiché gli infermieri sono 262.000, si può stimare che sia di 11 € al mese (circa 7 euro netti).

**comma 353 (già art. 63, comma 2)** = in questo comma l'oggetto dell'incremento è l'indennità di tutela del malato e per la promozione della salute di cui all'art. 105 del Ccnl già citato.

Tutto risulta speculare a quella disciplinata nel comma 352, compresa la difficoltà di quantificazione.

Anche per questo emolumento – che nell'imminente rinnovo contrattuale avrebbe potuto assumere una denominazione meno ridondante – i vigenti valori, differenziati nella tabella I secondo le aree di appartenenza e pari per un tecnico RX a 493,20 annui, sono incrementati nei limiti dell'importo complessivo annuo lordo di 15 ml di € per 2025 e di € 150 ml per il 2026.

Di nuovo appare arduo quantificare l'aumento di dettaglio ma poiché i destinatari sono 128.000, si può stimare che sia di 9,7 € al mese (circa 6 euro netti); il calcolo è molto più empirico rispetto a quello tentato per gli infermieri perché nel numero di 128.000 sono presenti circa 61.000 Oss che hanno valori diversi rispetto ai tecnici sanitari e agli assistenti sociali.

**comma 354 (non presente nel Ddl)** = si tratta di una delle norme più dirompenti della legge. I compensi per

lavoro straordinario di cui all'art. 47 del vigente Ccnl spettanti agli infermieri del Ssn – e soltanto per loro - sono assoggettati a un'imposta pari al 5%, sostitutiva sull'Irpef e delle addizionali regionali e comunali. L'imposta sostitutiva è applicata dal 2025, nel senso che graverà sul lavoro straordinario "pagato" dal 1° gennaio – prestato anche in precedenza - e non su quello "effettuato" da tale data.

Provando a quantificare il beneficio, si può prendere a riferimento lo straordinario di un infermiere neoassunto.

Premesso che tutti gli infermieri superano lo scaglione dei 28.000 € cui si applica l'aliquota massima del 35%, fino a oggi per un infermiere, ad esempio, veneto in busta paga per un'ora di lavoro straordinario diurno tariffata € 15,50, andava un netto di 9,77 €, cioè 15,50 – 37,02% (35% + 1,23% di addizionale regionale + 0,79% di addizionale comunale).

Da oggi l'importo netto diventa 14,73 € (15,50 – 5%); per un infermiere toscano il beneficio è leggermente più alto a causa delle maggiori addizionali. Ritengo che sia scontato che la detassazione riguardi – direi a maggior ragione - anche lo straordinario notturno e festivo.

Questa tassazione speciale ha già generato diverse polemiche perché, come detto, è limitata ai soli "infermieri dipendenti della aziende e degli enti del Servizio sanitario nazionale" e, inoltre, perché, come la analoga flat tax sulle prestazioni aggiuntive, introduce una tassazione speciale che discrimina il reddito da lavoro dipendente in base alla tipologia qualitativa di prestazione lavorativa, contrastando probabilmente con i principi costituzionali di uguaglianza (art. 3) e di progressività dell'imposta personale sul reddito (art. 53).

Peraltro, nemmeno ai diretti interessati la norma è risultata di completa soddisfazione perché un sindacato rappresentativo ha comunque sottolineato che avevano chiesto di detassare il lavoro del personale turnista.

A parte questi aspetti di criticità, c'è un'ulteriore questione che dovrebbe preoccupare le strutture di gestione del personale delle aziende sanitarie e cioè il presumibile aumento esponenziale del ricorso al lavoro straordinario, senz'altro ora più attrattivo, che potrebbe creare problemi alla capienza del Fondo ex art. 103 del Ccnl.

Infatti, va rammentato che i compensi per lo straordinario sono contingentati all'interno delle risorse per le condizioni di lavoro al contrario delle prestazioni aggiuntive che vengono pagate da bilancio: e la differenza non è da poco.

Riguardo, infine, all'applicazione concreta della disposizione in tutti gli aspetti tecnici, credo che si possa fare riferimento a quanto già precisato dalla Agenzia delle Entrate riguardo alla norma del giugno 2023 (vedi la Risoluzione della Agenzia entrate n. 36/E del 22 luglio 2024 nonché gli Interpelli della medesima Agenzia nn. 263, 264 e 265 del 17 dicembre 2024, tutti relativi alla flat tax sulle prestazioni aggiuntive).

### **Le altre misure.**

Da ultimo, è corretto menzionare una serie di commi che, pur non riguardando direttamente il personale del Ssn, costituiscono tuttavia una importante novità per l'organizzazione del lavoro e sanciscono una integrazione strutturale alla legge fondamentale della Sanità, cioè al Dlgs 502/1992.

In tal senso, il comma 361 integra l'art. 1, comma 2, del decreto citato imponendo tra i principi ispiratori la previsione "della centralità della persona umana, della umanizzazione della cura, della soddisfazione dei bisogni complessivi del paziente".

Viene inoltre stabilito che tutti gli enti, compresi i privati accreditati, che erogano servizi di cura nell'ambito di strutture ospedaliere devono adottare modelli organizzativi, protocolli, assetti gestionali al fine di garantire servizi in modo integrato e funzionale ai bisogni del malato.

Con il comma 362 si rinvia al consueto regolamento del ministro della Salute per fissare le linee guida da osservare al fine di far partire una fase sperimentale di due anni (comma 363), al cui esito il ministro stabilirà con regolamento le norme necessarie per l'applicazione generalizzata dei modelli organizzativi per la centralità del malato.

### **Dal Milleproroghe alle correzioni del Codice Appalti.**

Si deve, infine, segnalare che, sempre alla fine dell'anno, sono stati pubblicati due provvedimenti importanti: il tradizionale Milleproroghe e un decreto correttivo del Codice degli appalti. Il primo (DL 202/2024) con l'art. 1, comma 9, ha prorogato fino al 30.4.2025 il cosiddetto scudo erariale.

Il lunghissimo art. 4 effettua interventi dilatori sui sanitari ucraini (comma 2), sugli incarichi semestrali agli specializzandi (comma 3) e a quelli per i non specializzati (comma 4), sui concorsi per l'emergenza/urgenza (comma 5), sull'elenco dei direttori generali (comma 7, lettera a), sullo scudo penale per i medici (comma 7, lettera d), sull'ulteriore finanziamento per le prestazioni aggiuntive (comma 11) e sugli incarichi ai pensionati (comma 12).

Il secondo provvedimento (d.lgs. 209/2024), con la modifica all'art. 45 del d.lgs. 36/2023, ha in pratica ripristinato gli incentivi tecnici in favore del personale dirigenziale cui erano stati interdetti nel 2014 dal Governo Renzi (art. 13 della legge 114/2014).

Tuttavia la linearità della disposizione è carente perché non viene detto in modo diretto ma viene abrogato e sostituito il comma dove si precisava l'esclusione delle qualifiche dirigenziali in ossequio al (malinteso) principio di onnicomprensività della retribuzione.

Inoltre, è plausibile che, come in passato, si aprirà una complessa questione sulla decorrenza della norma, nel senso di capire se si applica solo sui nuovi appalti ovvero anche su quelli in corso di esecuzione.

Questa innovazione dovrebbe superare quella del 2023 che prevedeva la possibilità per gli enti locali e gli enti e le aziende del S.s.n. - ma limitatamente al periodo 2023-2026 - di erogare anche ai dirigenti gli incentivi per lo svolgimento delle funzioni tecniche connesse ai progetti Pnrr e Pnc (art. 8, comma 5, della legge 41/2023).

<https://www.sanita24.ilsole24ore.com/art/lavoro-e-professione/2025-01-07/manovra-2025-analisi-filigrana-misure-il-personale-095504.php?uuid=AGBAI59B&cmpid=nlqf>

**CORRIERE DELLA SERA**

## **Infermieri e medici: quanto guadagnano davvero e chi ha fatto saltare gli aumenti**

**Milena Gabanelli e Simona Ravizza**

Abbiamo deciso di fare i conti in tasca agli infermieri e ai medici perché la carenza di queste figure professionali, che sta mettendo sempre più a rischio la tenuta del Sistema sanitario nazionale, è legata al problema degli stipendi troppo bassi.

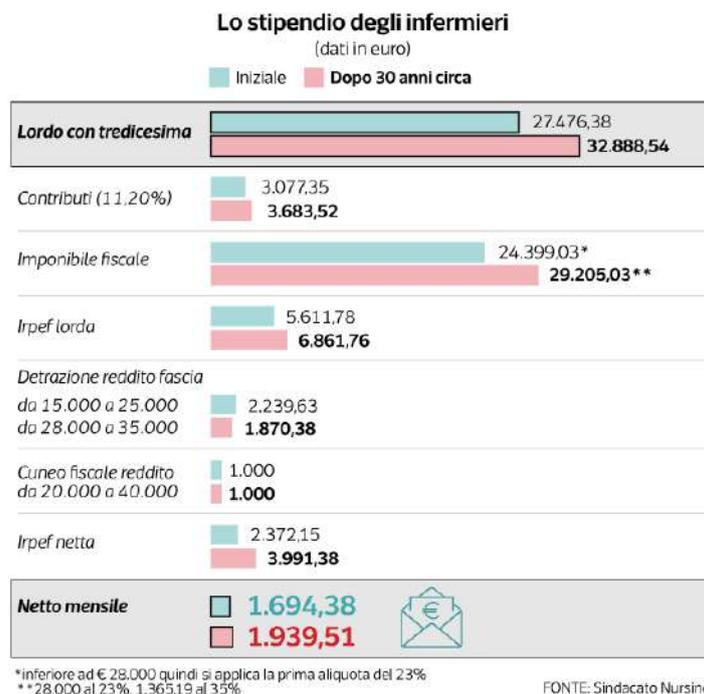
Solo dentro agli ospedali pubblici oggi in Italia mancano 60 mila infermieri, e sarà difficile trovarli. I motivi sono almeno tre.

Il primo: gli attuali 20 mila posti del corso triennale di laurea in Infermieristica sono il doppio rispetto a 24 anni fa, ma su 100 messi a bando alla fine si laureano in 70, sia perché non tutti i posti vengono coperti durante le iscrizioni, sia perché troppi studenti lasciano tra il primo e secondo anno (fonte: Angelo Mastrillo, docente di Organizzazione delle professioni sanitarie dell'Università di Bologna).

Il secondo: a sostituire i 13 mila pensionamenti all'anno non bastano certo i 10 mila laureati del 2023 e i 12 mila del 2024. Le uscite, dunque, continuano a non essere coperte dagli ingressi, e se anche se nel prossimo triennio le cose dovessero andare meglio chissà quanti anni ci vorranno per bilanciare coprire i buchi di organico ereditati dal passato (fonte: Claudio Buongiorno Sottoriva, ricercatore del Cergas-Sda Bocconi).

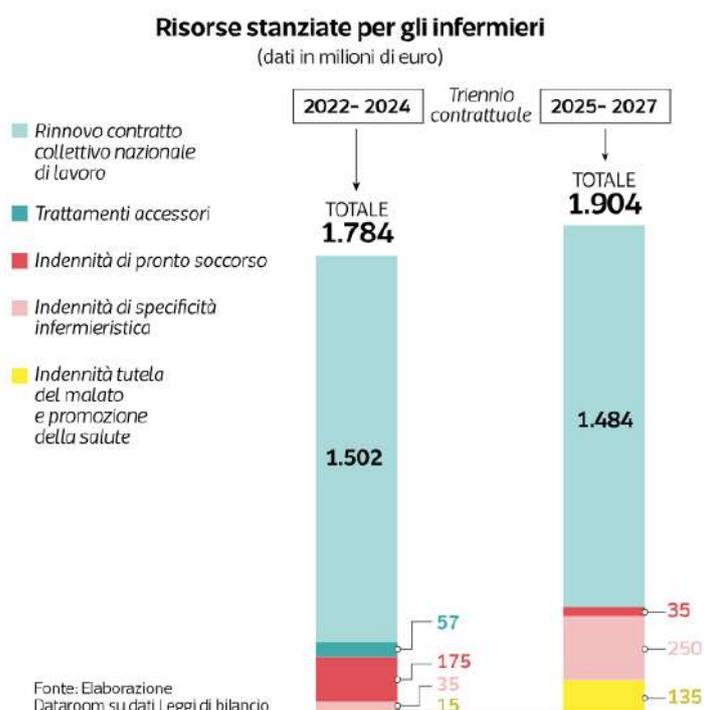
Terzo: il fenomeno delle dimissioni volontarie è inarrestabile. C'è infatti un'emorragia continua di professionisti che lasciano il Sistema sanitario nazionale, tant'è che fra il 2017 e il 2023 si contano 7.708 liberi professionisti in più, e solo nel 2023 almeno altri tremila sono scappati all'estero (fonte: Federazione nazionale ordini professioni infermieristiche – Fnopi).

La conclusione è che il Servizio sanitario nazionale è poco attrattivo perché a fronte di turni massacranti, rischio aggressioni, possibilità di carriera vicina allo zero la busta paga è misera.



## Il rinnovo del contratto

Il contratto degli infermieri, come quello dei medici e più in generale della Pubblica amministrazione, prevede un rinnovo ogni tre anni. I fondi li deve stanziare il governo che di solito lo fa con le leggi di Bilancio. La firma arriva dopo una contrattazione tra i sindacati e l'Aran, l'Agenzia per la rappresentanza negoziale delle Pubbliche amministrazioni, che tratta per lo Stato. Vediamo come si è arrivati fin qui e cosa si prospetta in futuro.



## Tutti i ritardi

A partire dal luglio 2009 fino al maggio 2018 gli infermieri non vedono un euro in più in busta paga a causa del blocco dei contratti dalla Pubblica amministrazione.

Uno stop introdotto nel 2010 dal governo Berlusconi per il risanamento dei conti pubblici, confermato in seguito dai premier Monti, Letta e Renzi, e dichiarato poi incostituzionale ([qui](#)).

Il primo aumento di 81 euro lordi al mese arriva con il rinnovo del contratto 2016-2018 ([qui](#)).

La trattativa per il triennio 2019-2021 viene conclusa il 2 novembre 2022 ([qui](#)). In busta paga entreranno 163 euro lordi al mese in più, che fanno arrivare gli infermieri alla retribuzione attuale di 27.476 euro lordi all'anno (su 13 mensilità) per un neoassunto. Vuol dire che netti al mese sono 1.694 euro, che diventano 1.939 dopo 30 anni di carriera. Intanto nel 2022, 2023 e 2024 si è accumulata un'inflazione che ha eroso il potere d'acquisto del 17% e che pesa come un macigno su uno stipendio già di per sé basso.

## Salta la firma

E arriviamo al rinnovo del contratto 2022-2024. Dopo 7 mesi di trattative poteva essere firmato il 15 gennaio 2025, ma è saltato per un minuscolo 0,39%. Il peso delle sigle sindacali contrarie è stato maggiore di quelle a favore: 47,05% contro 46,66%. Hanno detto no la Fg Cigl (che rappresenta il 21,60% dei lavoratori), la Uil Fpl (19,02%) e il Nursing up (6,43%); contro il sì di Cisl Fp (23,72%), Fials (12,13%) e Nursind (10,81%) ([qui](#)).

## Gli aumenti sul tavolo

Che cosa c'è sul tavolo economicamente lo ricostruiamo incrociando le tabelle messe a disposizione di *Dataroom* dall'Aran e dal Nursind, il più importante sindacato degli infermieri, poiché gli altri rappresentano complessivamente i lavoratori del comparto Sanità. In totale le risorse in gioco ammontano a 1 miliardo e 784 milioni.

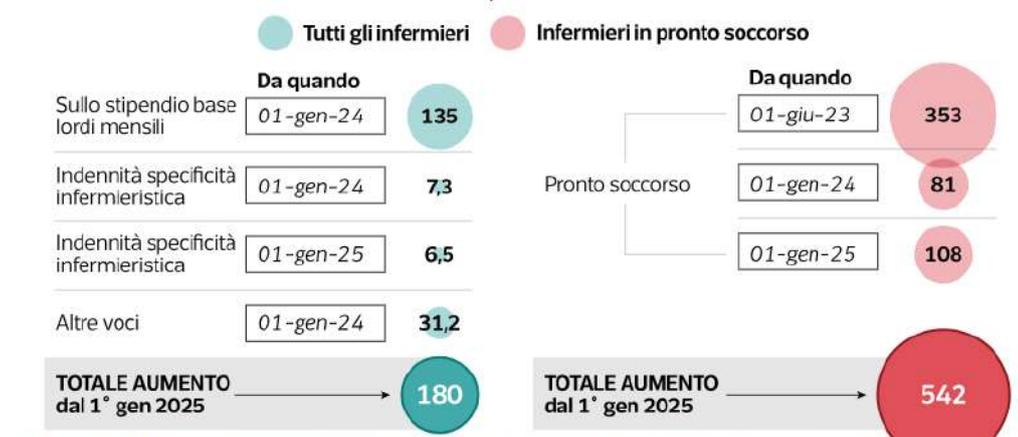
La Legge di bilancio 2024 ([comma 27](#)) ci mette 1,5 miliardi per aumentare lo stipendio-base di 135 euro lordi al mese (su 13 mensilità) e 7,3 euro di indennità infermieristica.

La Legge di bilancio 2025 mette 35 milioni per aumentare l'indennità di altri 6,5 euro mensili ([comma 352](#)), più 31 euro al mese da altre piccole voci. Tirando le somme: un aumento di 180 euro lordi in più al mese, ossia 2.340 euro lordi all'anno. C'è poi un trattamento aggiuntivo per gli infermieri del Pronto Soccorso.

Considerata la difficoltà di trovare professionisti disposti a lavorare in questi reparti, la Legge di bilancio 2023 ([comma 526](#)) mette un'indennità specifica di 140 milioni, e altri 35 la Legge di bilancio 2025 ([comma 323](#)). Queste somme tradotte nella busta paga prevedono 353 euro lordi al mese in più dal 1° giugno 2023, a cui se ne aggiungono 81 dal 1° gennaio 2024, e 108 dal 1° gennaio 2025.

### Gli aumenti per gli infermieri - Contratto 2022-2024 (non firmato)

(in euro per 13 mensilità)



In sintesi: dal 1° gennaio 2025 per un infermiere di Pronto soccorso l'aumento complessivo arriva a 542 euro lordi al mese.

Se i soldi a disposizione vengono divisi tra una platea più ampia, che tiene conto anche dei tecnici e degli amministrativi, queste cifre si riducono per tutti a 477 euro lordi al mese (-12%). Sul tavolo anche la detassazione del 5% per gli straordinari, che si traduce in un risparmio di 4,80 euro di tasse sui 17,62 presi per un'ora di straordinario diurno.

### Slitta tutto

Cosa comporta la mancata firma del rinnovo contrattuale 2022-2024? Che i soldi a disposizione non vengono portati a casa adesso. E in più non può partire la contrattazione per il rinnovo 2025-2027 per cui la Legge di bilancio 2025 ha già stanziato 1 miliardo e 904 milioni.



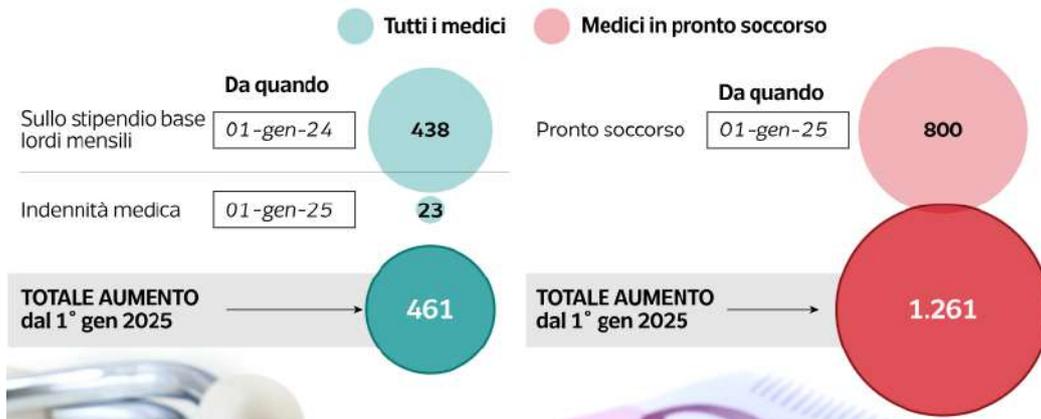
Nel dettaglio: 1 miliardo e 484 milioni per lo stipendio-base ([comma 128](#)), ossia 150 euro lordi al mese dal 2027; a cui vanno ad aggiungersi 250 milioni per l'indennità di specificità infermieristica ([comma 352](#)) di 53 euro mensili lordi; e 35 milioni per l'indennità di Pronto soccorso ([comma 323](#)), cioè altri 60 euro lordi mensili a decorrere dal 2026. In totale per un infermiere si tratta di 203 euro lordi mensili in più, e 263 per chi lavora in Pronto Soccorso.

### Gli aumenti previsti per i medici

Anche il rinnovo del contratto dei medici segue lo stesso schema: finanziamenti stanziati dalle Leggi di bilancio e contrattazione tra le sigle sindacali e l'Aran. Oggi un primario di area chirurgica con incarico da oltre venticinque anni percepisce 8.600 euro lordi al mese (per tredici mensilità), un medico con oltre quindici anni di anzianità riceve 6.665 euro lordi, tra i cinque e i 15 anni di servizio la remunerazione è di 6.305 euro lordi. Poiché le trattative di solito partono una volta concluse quelle degli infermieri, sarà dunque inevitabile uno slittamento in avanti. L'ultimo rinnovo i medici l'hanno firmato il 23 gennaio 2024 ed è relativo al 2019-2021 ([qui](#) e [qui](#) il Dataroom del novembre 2023).

## Gli aumenti per i medici - Contratto 2022-2024 (slittato)

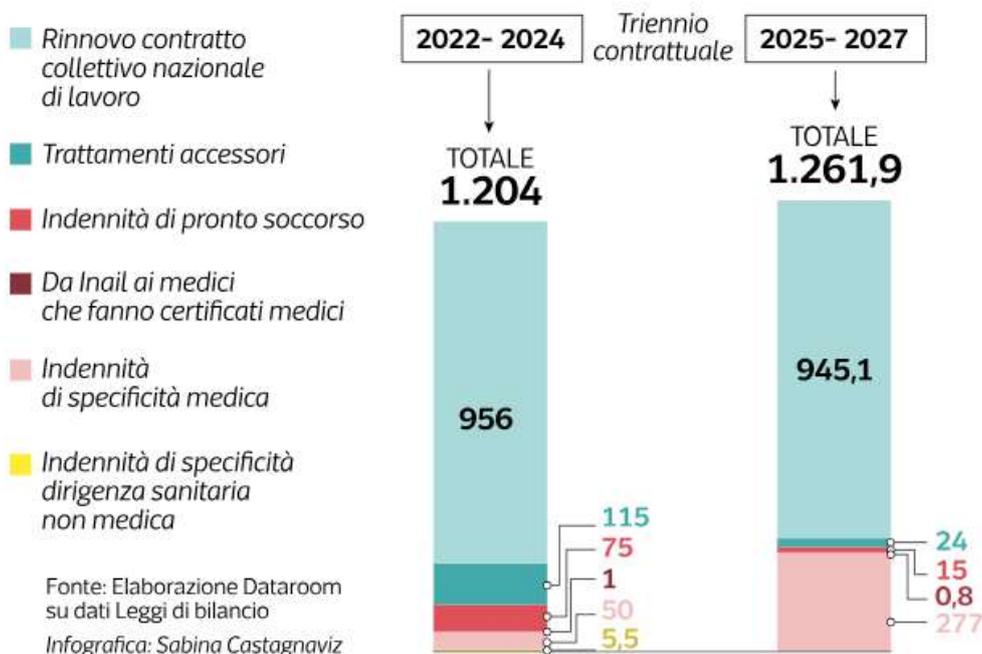
(in euro per 13 mensilità)



Cosa mettono sul tavolo le Leggi di bilancio per il contratto 2022-2024? La legge di bilancio 2024 ([comma 27](#)) prevede 956 milioni per l'aumento dello stipendio-base, che tradotti sono 438 euro lordi al mese. Mentre la Legge di bilancio 2025 stanziava 50 milioni per l'indennità di specificità medica ([comma 350](#)) pari a un aumento di 23 euro lordi al mese, e 75 milioni per l'indennità di Pronto soccorso ([comma 323](#)) pari ad altri 800 euro lordi al mese in più. Un altro miliardo e 261 milioni sono stati stanziati per il rinnovo del contratto 2025-2027. Saranno anche pochi soldi, ma adesso chissà quando saranno portati a casa.

## Risorse stanziare per i medici

(dati in milioni di euro)



[https://www.corriere.it/dataroom-milena-gabanelli/infermieri-e-medici-quanto-guadagnano-davvero-e-chi-ha-fatto-saltare-gli-aumenti/c9943219-65f9-43e1-8aad-b56818651xk.shtml?refresh\\_ce](https://www.corriere.it/dataroom-milena-gabanelli/infermieri-e-medici-quanto-guadagnano-davvero-e-chi-ha-fatto-saltare-gli-aumenti/c9943219-65f9-43e1-8aad-b56818651xk.shtml?refresh_ce)

## What do we know about young people's interest in health careers?



[https://www.oecd.org/content/dam/oecd/en/publications/reports/2025/01/what-do-we-know-about-young-people-s-interest-in-health-careers\\_3f05d797/002b3a39-en.pdf](https://www.oecd.org/content/dam/oecd/en/publications/reports/2025/01/what-do-we-know-about-young-people-s-interest-in-health-careers_3f05d797/002b3a39-en.pdf)

## **Al Ssn mancano 40 miliardi per stare al passo dei paesi dell'Unione europea**

*Servizio sanitario da ripensare in un contesto in cui le famiglie spendono già 42 mld per curarsi. Il punto sul difficile equilibrio tra equità e sostenibilità e una roadmap con le proposte degli esperti*

**Barbara Gobbi**

Un servizio sanitario nazionale sulla carta ancora universalistico nell'intento di dare "tutto a tutti", ma paradossalmente sempre meno equo e in affanno sulle risorse. Tanto che avrebbe bisogno di ben 40 miliardi per risollevarsi e stare al passo con l'Ue ma vede questo obiettivo sempre più lontano, gravato com'è da una crisi di sostenibilità e da profondi squilibri.

Primo tra tutti, il peccato originale di essere sostenuto con Iva e Irap da meno del 20% della popolazione, mentre il restante 80% versa al fisco meno del valore dei servizi sanitari che in media riceve dallo Stato.

Sono "pennellate" del ritratto attuale della sanità pubblica italiana tracciato dal 20° Rapporto "Manutenzione o trasformazione: l'intervento pubblico in sanità al bivio" messo a punto dal Crea Sanità che lo ha presentato a Roma nella sede del Cnel, sottoponendolo alla discussione di un panel di sei ex ministri della Salute.

Obiettivo: capire se per il nostro Ssn sia ancora tempo di ritocchi o se non vadano piuttosto riconsiderati tutti i parametri, a partire proprio da un concetto condiviso di equità. Che oggi fa acqua da tutte le parti.

### **Un gap incolmabile da 40 miliardi**

Non è solo un tema di risorse disponibili e di spesa per la sanità che da noi risulta comunque inferiore dell'11,3% al livello atteso e sempre più distante dalle medie Ue che vedono oggi l'Italia come "il più ricco dei Paesi più poveri": i finanziamenti recuperabili in ogni caso non riuscirebbero a colmare i 40 mld di gap stimato. E', dunque, soprattutto una questione di scelte.

A fare i conti è il presidente del comitato scientifico di Crea Sanità, Federico Spandonaro: "Al netto di tutte le compatibilità, per la sanità italiana si potrebbero recuperare 20 miliardi ma non risolverebbero il problema, se pensiamo che solo per assumere personale servirebbero 30 mld mentre aumentando gli stipendi per recuperare l'attrattività del Ssn si arriverebbe a 40-50 mld".

### **Ristrutturare il Ssn guardando all'equità**

Detto questo, il tema è la ristrutturazione del Ssn tenendo la barra dritta sull'equità. "Quando hai un quarto della spesa sanitaria ormai privata e non hai soldi per coprirla – prosegue Spandonaro - le regole vanno cambiate.

Per farlo serve un'analisi seria: l'equità oggi non c'è più. Il 20% della spesa privata è pagato da nuclei familiari poveri e di certo non tacciabili di inappropriata, in un contesto in cui è a carico delle famiglie il 25% della spesa sanitaria totale con oltre 42 miliardi.

Dobbiamo ammettere che il Ssn non riesce a erogare Livelli essenziali di assistenza onnicomprensivi, tanto meno in un'Italia dove il sistema fiscale non funziona. Le regole vanno riscritte superando le liti politiche per trovare nuovi assetti nel nome di un Ssn da sostenere per il suo valore di assicurazione sociale".

### **Le proposte per uscire dall'impasse**

Insieme al Crea oltre quaranta esperti italiani mettono in fila i dati e propongono una roadmap in quindici punti. Il Ssn – è la tesi - va messo nelle condizioni di riallineare le promesse alle risorse disponibili, evitando così razionamenti impliciti che colpiscono le fasce più fragili, soprattutto per censo e capacità di scelta.

L'intervento pubblico dovrebbe quindi "rinunciare ad arroccarsi sull'idea di una posizione egemonica della sanità pubblica per occuparsi della governance di tutto il sistema sanitario, compresa la quota, rilevante, della sanità privata".

Avere una vision implica priorità – si legge nel Rapporto Crea – e quindi scelte politicamente scomode: per questo serve una condivisione super-partes. "Dobbiamo cominciare a ragionare sui principi che ci sono – spiega Spandonaro -. L'universalismo non si tocca, l'equità va aggiornata perché oggi il sistema non la

garantisce. La sussidiarietà va rivista decidendo quale livello possa essere erogato, così come va revisionato il rapporto con la spesa privata”.

### **Traguardi ancora lontani**

Un esempio delle distorsioni che moltiplicano le disuguaglianze è il meccanismo di riparto del fondo sanitario nazionale. “Decisamente meno equo di quanto appaia – sottolinea Spandonaro -: tra i due estremi Liguria e Campania ci sono formalmente solo 150 euro di differenza nelle quote assegnate pro capite ma già guardando alla mobilità sanitaria il gap arriva a 300 euro e, considerando la spesa privata, si va a tre volte tanto a 500 euro. Eppure se c’è una regione più ricca, dove le persone possono permettersi di comprare di tasca propria i farmaci in classe A alleggerendo il Ssn, le risorse risparmiate andrebbero usate per le fasce più deboli. Questo oggi non viene neanche considerato”.

[https://www.ilsole24ore.com/art/al-ssn-mancano-40-miliardi-stare-passo-paesi-dell-union-europea-AGDApdcC?cmpid=nl\\_sanita24](https://www.ilsole24ore.com/art/al-ssn-mancano-40-miliardi-stare-passo-paesi-dell-union-europea-AGDApdcC?cmpid=nl_sanita24)



## **Manovra 2025/ Le principali misure per la sanità**

**Barbara Gobbi.**

La [manovra di bilancio per il 2025](#) contiene un pacchetto consistente di misure per la sanità, che vanno da provvedimenti per il personale, in particolare del comparto e per i medici specializzandi, a una serie di rifinanziamenti (come il bonus psicologo) o finanziamenti ex novo come il Fondo per contrastare l’obesità. Tra le novità, anche i vincoli alla mobilità passiva tramite accordi bilaterali tra le Regioni, l’ulteriore allentamento del tetto di spesa per i privati accreditati e la scelta di istituzionalizzare la partecipazione delle associazioni di pazienti ai processi decisionali sulla salute. Non si allenta il payback sui dispositivi medici che invece attendono la nuova governance mentre le farmaceutiche ottengono solo un minimo ritocco alla scelta di spostare parte della remunerazione sui grossisti.

### **Di seguito la sintesi pubblicata dal ministero della Salute e in allegato la sintesi della redazione**

#### **Fondo sanitario nazionale**

La manovra stanZIA ulteriori risorse per il finanziamento del Servizio sanitario nazionale che si aggiungono a quelle già assegnate dalla legislazione vigente. Nel complesso, il livello del finanziamento del Servizio sanitario nazionale passerà dai 136,5 miliardi del 2025 ai 141,3 miliardi del 2027.

#### **Liste d’attesa**

Al fine di ridurre i tempi di attesa, aumenta il limite di spesa per le Regioni nell’acquisto di prestazioni dal privato accreditato dello 0,5% per l’anno 2025 (61,5 milioni di euro) e dell’1% a decorrere dall’anno 2026 (123 milioni di euro annui).

Premialità alle Regioni adempienti alla riduzione delle liste d’attesa: 50 milioni di euro per l’anno 2025 e 100 milioni di euro annui a decorrere dall’anno 2026.

#### **Livelli essenziali di assistenza**

50 milioni l’anno, a decorrere dall’anno 2025, per l’aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza, compresa la revisione delle tariffe massime nazionali delle prestazioni assistenziali. Previsto anche il potenziamento del

monitoraggio della spesa e le modalità di valutazione delle performance dell'assistenza sanitaria erogata dalle Regioni.

### ***Cure palliative***

Anche nel 2025 aumenta di 10 milioni il Fondo per le cure palliative.

### ***Personale***

Rifinanziata l'indennità di pronto soccorso con un incremento delle risorse pari a 50 milioni di euro dal 1° gennaio 2025 (15 milioni di euro per la dirigenza medica e 35 milioni per il personale del comparto sanità) e ulteriori 50 milioni dal 1° gennaio 2026 (15 milioni di euro per la dirigenza medica e 35 milioni di euro per il personale del comparto sanità).

120 milioni di euro annui a decorrere dall'anno 2026 per migliorare il trattamento economico degli specializzandi: dall'anno accademico 2025/2026, aumenta del 5% la parte fissa del trattamento economico per tutte le specializzazioni e del 50% la parte variabile per le specializzazioni oggi meno attrattive. Contratto di formazione specialistica, oggi corrisposto solo agli specializzandi medici, erogato anche agli specializzandi non medici.

Incremento dell'indennità di specificità per la dirigenza medica e veterinaria, dirigenza sanitaria non medica e infermieristica

Dal 2025 inoltre, flat tax al 5% sugli straordinari per gli infermieri.

### ***Prevenzione***

Rifinanziato il programma per lo screening al polmone. Le risorse sono finalizzate a incrementare il numero dei centri che fanno parte della rete della Rete Italiana Screening Polmonare al fine di garantire la più ampia copertura del territorio nazionale e l'ampliamento della platea di potenziali beneficiari dell'iniziativa. Si istituisce il Registro unico nazionale delle Breast Unit presso l'Istituto superiore di sanità, a decorrere dal 1° gennaio 2025, per la raccolta di tutti i dati provenienti dalle Breast Unit nel territorio nazionale e garantire la centralizzazione e l'analisi dei dati relativi alla diagnosi, al trattamento e al follow-up del carcinoma mammario.

Si istituisce il Fondo per la prevenzione e la cura dell'obesità con una dotazione di 1,2 milioni di euro per l'anno 2025, di 1,3 milioni di euro per l'anno 2026 e di 1,7 milioni di euro a decorrere dall'anno 2027.

Si istituisce il Fondo per le dipendenze patologiche per garantire le prestazioni di prevenzione, cura e riabilitazione rivolte alle persone affette da dipendenze patologiche, con una dotazione pari a 94 milioni di euro annui a decorrere dall'anno 2025.

Campagne di informazione e sensibilizzazione sullo svolgimento di test di riserva ovarica (0,5 milioni di euro per l'anno 2025 e di 1,5 milioni di euro per ciascuno degli anni 2026 e 2027).

Rifinanziamento del Fondo per il contrasto dei disturbi della nutrizione e dell'alimentazione - 500.000 euro per ciascuno degli anni 2025, 2026 e 2027 - per lo svolgimento di campagne di prevenzione dei disturbi della nutrizione e dell'alimentazione.

Si prevede l'istituzione di un Fondo con una dotazione pari a 5 milioni di euro annui a decorrere dall'anno 2026 per il finanziamento di iniziative, da attuare con appositi provvedimenti normativi, per la prevenzione e la lotta contro il virus dell'immunodeficienza umana (HIV), la sindrome da immunodeficienza acquisita (AIDS), il papilloma virus umano (HPV) e le infezioni e malattie a trasmissione sessuale.

### ***Lotta all'antimicrobico resistenza***

Dal 2025, 100 milioni di euro dal Fondo per i farmaci innovativi per sostenere la produzione di farmaci utili a contrastare l'antimicrobico resistenza.

### ***Malattie rare***

Rifinanziato il Fondo per i test di Next-Generation Sequencing per la diagnosi delle malattie rare di 1 milione di euro per l'anno 2025.

### **Farmaceutica**

Dal 2025 tutte le ricette saranno in formato elettronico.

Si estende al 2025 la sperimentazione della farmacia dei servizi.

Semplificazione stati invalidanti dei soggetti con patologie oncologiche già riconosciute

La semplificazione dei procedimenti di accertamento degli stati invalidanti e dell'handicap, fino al 31 dicembre 2025, si applica alle le visite di revisione delle prestazioni già riconosciute ai soggetti con patologie oncologiche.

### **Salute mentale**

Aumentano le risorse per il bonus psicologico di 8 milioni di euro per l'anno 2024, di 9,5 milioni di euro per l'anno 2025, di 8,5 milioni di euro per l'anno 2026, di 9 milioni di euro per l'anno 2027 e di 8 milioni di euro annui a decorrere dall'anno 2028.

Si istituisce il Fondo per il servizio di sostegno psicologico in favore degli studenti, con una dotazione di 10 milioni di euro per l'anno 2025 e di 18,5 milioni di euro annui a decorrere dall'anno 2026.

### **Piano pandemico nazionale 2025-2029**

Il Piano viene finanziato con 50 milioni di euro per l'anno 2025; 150 milioni di euro per l'anno 2026 e 300 milioni di euro annui a decorrere dall'anno 2027.

<https://www.sanita24.ilsole24ore.com/art/in-parlamento/2025-01-06/manovra-2025-principali-misure-la-sanita-103043.php?uuid=AGr8V28B&cmpid=nlqf>

## **INDAGINE CONOSCITIVA SUL RIORDINO DELLE PROFESSIONI SANITARIE**

Camera dei Deputati - XII Commissione (Affari sociali)  
Roma 29 gennaio 2025

**Dott.ssa Mariella Mainolfi**

**Direttore generale delle professioni sanitarie e delle risorse umane del SSN**

<https://documenti.camera.it/leg19/documentiAcquisiti/COM12/Audizioni/leg19.com12.Audizioni.Memoria.PUBBLICO.ideGes.54981.29-01-2025-15-55-04.498.pdf>

## Latest health spending trends: Navigating beyond the recent crises

### Ultime tendenze della spesa sanitaria: superare le recenti crisi

#### Messaggi chiave

- La recente crescita della spesa sanitaria è stata irregolare a causa della pandemia di COVID-19 e delle crisi energetiche e del costo della vita. Dopo la crescita eccezionale registrata nel 2020 e nel 2021, la spesa sanitaria nell'OCSE è diminuita drasticamente nel 2022. Le stime preliminari suggeriscono che nel 2023 si è verificata solo una crescita reale moderata.
- Al culmine della pandemia nel 2021, quasi il 10% della spesa pubblica per la salute, in media nei paesi OCSE, era direttamente correlata alla lotta al COVID-19. La spesa per la prevenzione è aumentata drasticamente, ma da allora è diminuita fino a occupare una quota della spesa sanitaria simile a quella osservata prima della pandemia.
- Nel 2022, la salute rappresentava ancora una quota maggiore dei bilanci pubblici rispetto a prima della pandemia. Nell'attuale contesto fiscale e nella lenta crescita economica, altre priorità come la difesa, l'energia, la transizione verde e il sostegno sociale competono sempre di più con la salute per la spesa pubblica.
- La traiettoria complessiva della spesa sanitaria è tornata vicina alla tendenza pre-pandemia. Ciò è inferiore alla spesa aggiuntiva stimata necessaria per rendere i sistemi sanitari meglio preparati per la prossima crisi e per le pressioni a lungo termine, come l'invecchiamento della popolazione.
- Senza un ambizioso set di riforme trasformative, i sistemi sanitari faranno fatica a navigare un percorso calmo verso una traiettoria di spesa sanitaria sostenibile a lungo termine.

Con la pandemia di COVID-19 e le conseguenti crisi energetiche e del costo della vita, molti paesi OCSE hanno dovuto affrontare sfide economiche e sociali significative negli ultimi cinque anni. La successione di crisi ha avuto importanti implicazioni per i sistemi sanitari e le risorse disponibili destinate alla salute. Questo policy brief esamina le recenti tendenze nella spesa sanitaria e discute cosa sta guidando l'ultima traiettoria di spesa.

#### **La crescita della spesa sanitaria ha registrato fluttuazioni insolitamente ampie negli ultimi anni**

La crescita complessiva della spesa sanitaria è stata estremamente volatile negli ultimi anni, rispetto al periodo pre-pandemia relativamente stabile (Figura 1).

Dopo una crescita annuale costante di circa il 3% (in termini reali) durante il periodo pre-COVID, la spesa sanitaria è aumentata sostanzialmente nell'OCSE nel 2020 (5,0%) e nel 2021 (8,2%) a seguito dell'afflusso di risorse finanziarie aggiuntive necessarie per combattere la diffusione del virus SARS-CoV-2 e affrontarne le conseguenze sulla salute.

Mentre il mondo usciva dalla fase acuta della pandemia, le risorse finanziarie dedicate alla salute sono diminuite con l'emergere di nuove priorità di spesa pubblica.

In circa tre quarti dei paesi OCSE, la crescita della spesa sanitaria è diminuita nel 2022, portando a un calo complessivo di circa il 2%. I dati preliminari per il 2023 indicano una leggera crescita positiva nell'OCSE, ma con una sostanziale eterogeneità tra i paesi.

Tassi di inflazione generale ostinatamente elevati (in particolare in alcuni paesi europei) hanno continuato a limitare qualsiasi crescita "reale" della spesa sanitaria. Per illustrare queste differenze, Danimarca e Germania hanno seguito un andamento simile prima del COVID e nella fase iniziale della pandemia, ma in seguito hanno divergenze in una certa misura.

La Danimarca ha registrato un calo significativo della spesa sanitaria complessiva sia nel 2022 che nel 2023. Mentre lo stesso valeva per la Germania, il calo è stato per lo più ritardato fino al 2023. In entrambi i paesi, questi cali di spesa sono stati dovuti principalmente all'eliminazione graduale dei consistenti finanziamenti correlati al COVID-19 introdotti all'inizio della pandemia.

In Lituania, la crescita reale della spesa sanitaria nel 2021 è stata molto più elevata della media OCSE, ma con gran parte dei finanziamenti aggiuntivi di natura temporanea, la spesa sanitaria è diminuita drasticamente negli anni successivi.

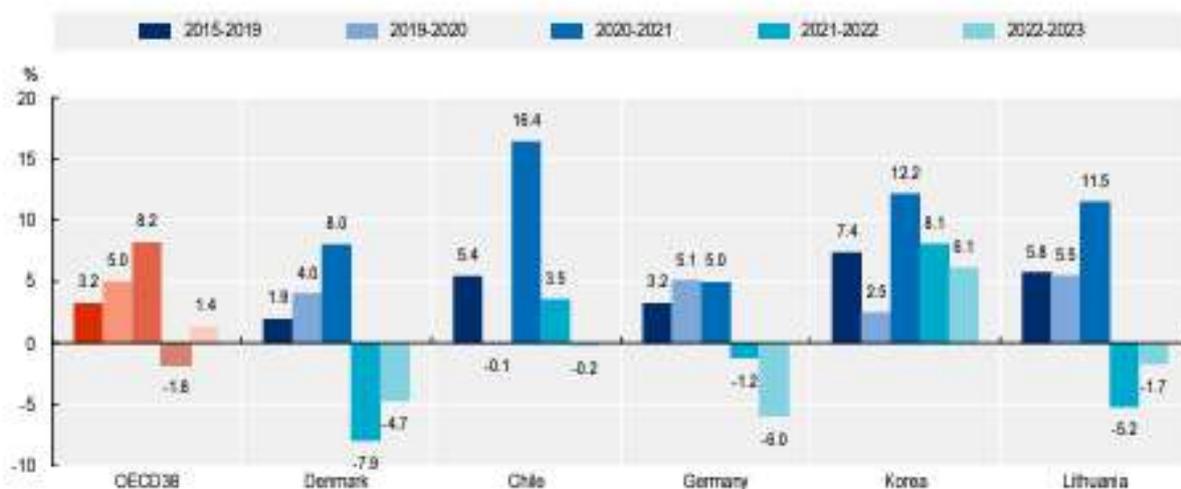
Questo calo in termini reali è stato in parte il risultato di un'inflazione insolitamente elevata nel paese nel 2022 e nel 2023. Lontano dall'Europa, si possono individuare altri modelli di spesa.

In Cile, ad esempio, la spesa sanitaria è stagnante nel 2020, ma la crescita è stata più del doppio della media OCSE nel 2021 e, a differenza della maggior parte dei paesi OCSE, ha continuato a crescere nel 2022. La Corea ha visto una forte crescita della spesa sanitaria continuare per molti anni.

A parte il 2020 con l'insorgenza globale del COVID-19, i tassi di crescita hanno continuato a rimanere al di sopra della media OCSE.

**Figure 1. Health spending fell sharply in 2022 and returned to only moderate growth in 2023**

Average annual growth in current health expenditure, real terms, OECD average and selected countries, 2015-23



Note: Actual Individual Consumption is used to deflate current health expenditure. The 2023 data for the OECD38 average includes estimates by the OECD Secretariat for those countries not submitting preliminary data.  
Source: OECD Health Statistics 2024.

**La spesa pubblica è stata il principale motore dietro l'eccezionale crescita della spesa sanitaria nel 2020-21 e poi il calo nel 2022.**

Il picco della spesa sanitaria nei paesi OCSE è stato innescato principalmente dall'aumento della spesa pubblica (Figura 2). I governi sono stati rapidi nel mobilitare fondi aggiuntivi per la salute nel 2020 e nel 2021 in risposta alle sfide di salute pubblica poste dalla pandemia.

In entrambi gli anni, la spesa dei regimi governativi e dei regimi assicurativi obbligatori è cresciuta in media dell'8% (in termini reali). Con l'attenuarsi della pandemia nel 2022, la spesa pubblica è diminuita.

La guerra in Ucraina, le crisi energetiche e una situazione di elevata inflazione hanno spinto i governi a riconsiderare le loro priorità post-pandemia.

Per il 2023, le prime stime indicano solo un aumento marginale della spesa pubblica per la salute. Il modello di crescita sia per l'assicurazione sanitaria volontaria che per la spesa diretta delle famiglie si è discostato da quello della spesa pubblica.

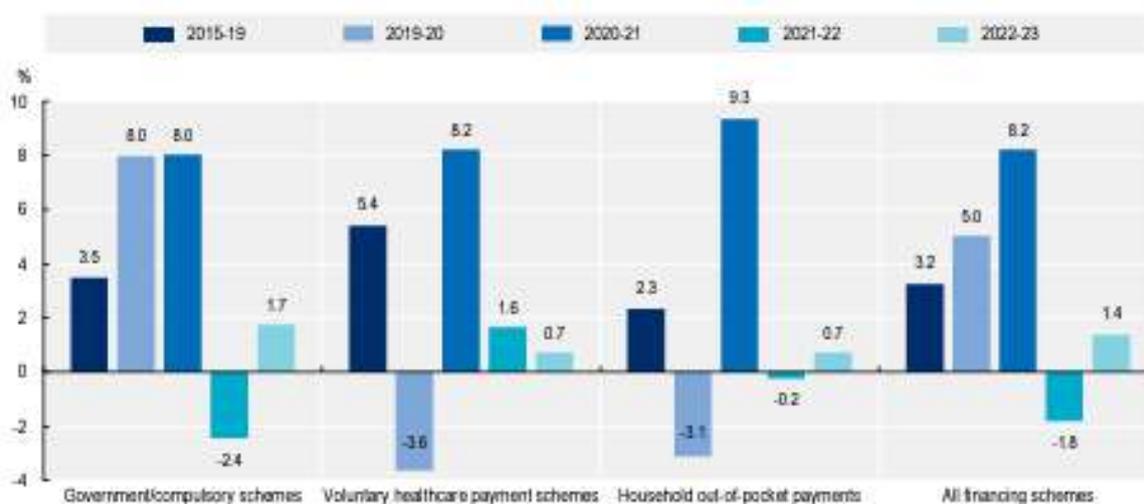
Nel 2020, la spesa privata per la salute è diminuita, spesso a causa del rinvio di servizi ambulatoriali non urgenti ed elettivi per preservare la capacità per i pazienti COVID-19 o per ridurre il rischio di infezione.

Questa tendenza si è invertita nel 2021, con la ripresa dell'utilizzo dell'assistenza sanitaria e con pazienti e operatori che hanno "recuperato" l'utilizzo differito dei servizi.

Nel 2022 e nel 2023, la spesa sanitaria per entrambi i programmi si è stabilizzata, con una crescita piatta o marginalmente positiva.

**Figure 2. After two years of exceptional growth, public spending on health dropped sharply in 2022**

Health spending by financing scheme, average annual growth in real terms, OECD average, 2015-23



Note: 2022-23 growth for Voluntary healthcare payment schemes and Household out-of-pocket payments is estimated by combining the two categories. Actual Individual Consumption is used to deflate current health expenditure.

Source: OECD Health Statistics 2024.

### La salute è rimasta una priorità elevata nel 2022, ma lo spazio per un'ulteriore crescita è limitato

Nonostante le pressioni fiscali, la priorità della salute nei bilanci pubblici è rimasta più elevata nel 2022 rispetto agli anni precedenti la pandemia (Figura 3).

Nel 2019, i governi dell'OCSE hanno stanziato poco più del 15% della loro spesa totale per la salute.

Questa quota è aumentata di circa mezzo punto percentuale tra il 2019 e il 2021 ed è rimasta a questo livello nel 2022.

Con circa il 22-23%, Stati Uniti, Giappone, Irlanda e Nuova Zelanda stanziavano le quote più elevate dei loro bilanci pubblici per la salute.

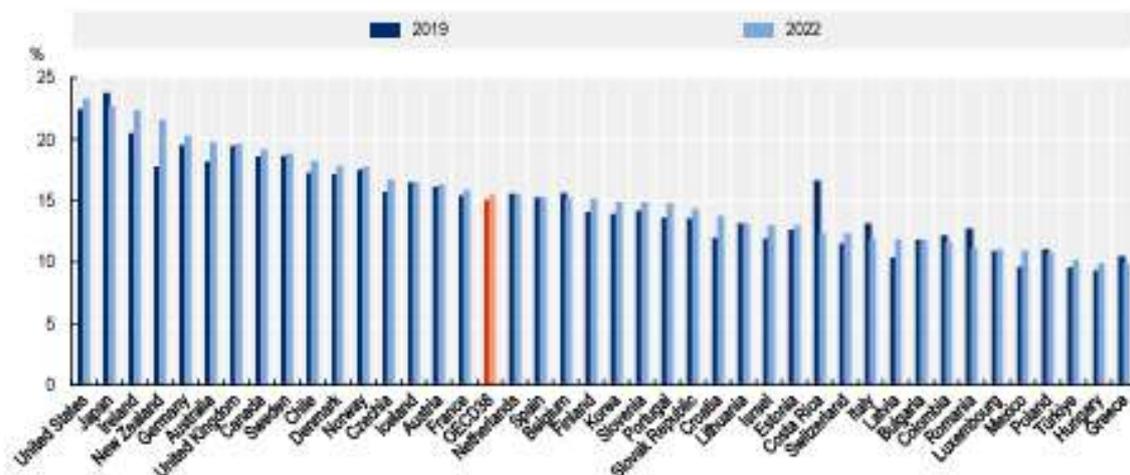
Questa è circa il doppio della quota stanziata in Grecia, Ungheria, Turchia, Polonia, Messico e Lussemburgo.

In Nuova Zelanda, la quota di spesa pubblica per la salute nella spesa governativa totale è aumentata di quasi 4 punti percentuali tra il 2019 e il 2022 e di oltre 1 punto percentuale in Australia, Finlandia, Irlanda, Israele, Lettonia, Messico e Portogallo.

Al contrario, è diminuita di 4 punti percentuali in Costa Rica e di circa 1 punto percentuale in Italia e Giappone.

**Figure 3. The pandemic led to an increase in the proportion of public spending going to health**

Public spending on health as a proportion of total government expenditure



Note: Data for Türkiye refers to 2020.

Source: OECD Health Statistics 2024; OECD National Accounts 2024.

### **I principali servizi sanitari hanno visto i loro modelli di crescita interrotti tra il 2020 e il 2022**

La pandemia e la crisi energetica e del costo della vita hanno portato a modelli di crescita divergenti nei principali servizi sanitari (Figura 4).

Mentre i tassi di crescita annui medi di servizi quali assistenza ospedaliera, assistenza ambulatoriale, assistenza a lungo termine, prevenzione, prodotti farmaceutici e amministrazione sono rimasti relativamente stabili (2-4%) dal 2015 al 2019, ciò è cambiato drasticamente con l'inizio della pandemia.

In risposta all'emergenza sanitaria pubblica nel 2020, la crescita della spesa per l'assistenza ospedaliera, i prodotti farmaceutici (inclusi beni medici non durevoli come le mascherine) e i servizi amministrativi è pressoché raddoppiata, mentre la spesa preventiva è aumentata del 40%.

Questa spesa extra è stata il risultato della maggiore capacità di curare i pazienti COVID-19, di bonus aggiuntivi al personale ospedaliero e in alcuni casi di sostanziali sussidi agli ospedali per evitare difficoltà finanziarie.

Vi è stato un investimento significativo in misure di sanità pubblica per rilevare e combattere la diffusione del virus.

Vi è stato anche un aumento della spesa amministrativa per coprire ulteriori piani di emergenza e risposta. D'altro canto, la spesa per l'assistenza ambulatoriale è stagnante nel 2020, poiché molti operatori sanitari e pazienti hanno rinviato le cure, in parte per ridurre il rischio di infezione.

Ciò è stato particolarmente vero per l'assistenza odontoiatrica e specialistica. La spesa per l'assistenza a lungo termine è rimasta più in linea con i modelli di crescita storici.

Nel 2021, la crescita media della spesa ambulatoriale è rimbalzata del 9% con i tentativi di "recuperare" i trattamenti ritardati o differiti. La crescita della spesa preventiva ha ulteriormente accelerato nel 2021 con l'avvio delle campagne di vaccinazione COVID-19.

Dopo la crescita eccezionale del 2020, la spesa ospedaliera è tornata a tassi di crescita storici poiché i finanziamenti ospedalieri aggiuntivi sono stati gradualmente eliminati.

Nel 2022, la spesa è diminuita in tutte le categorie (a parte l'assistenza a lungo termine) poiché la maggior parte dei paesi OCSE è uscita dalla fase acuta della pandemia di COVID-19.

Con la guerra di aggressione della Russia in Ucraina e le conseguenti crisi energetiche e le elevate pressioni inflazionistiche, la spesa pubblica per la salute è stata messa sotto pressione.

Le risorse finanziarie direttamente associate al COVID-19 sono state senza precedenti.

Nel primo anno della pandemia, si stima che il 6% di tutta la spesa pubblica per la salute nell'OCSE sia stata spesa per combattere la diffusione del virus o fornire cure ai pazienti affetti da COVID-19.

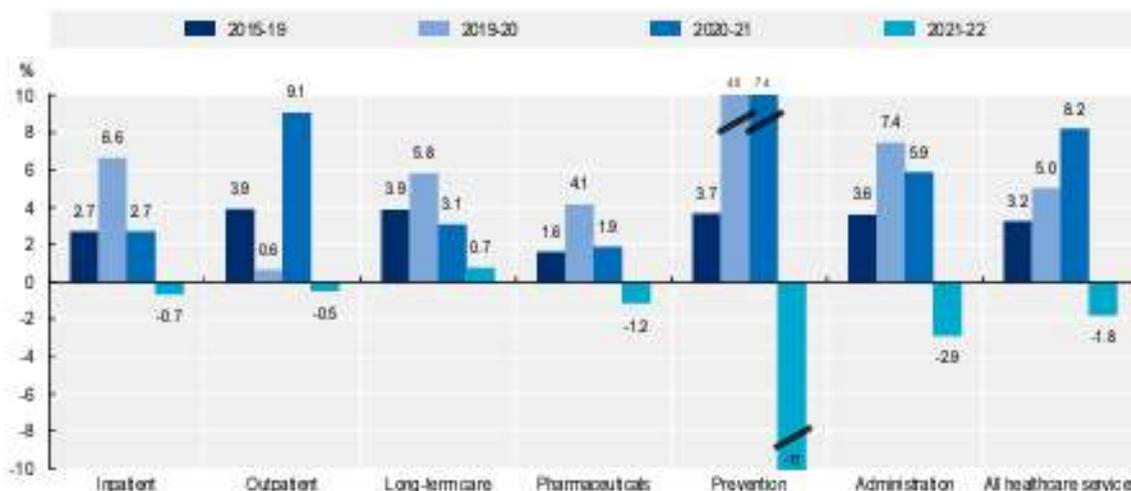
Questa percentuale è balzata a quasi il 10% nel 2021, quando le infezioni hanno raggiunto il picco in molti paesi OCSE e sono state lanciate campagne di vaccinazione.

Entro il 2022, la fase acuta della pandemia si è conclusa e molti paesi OCSE hanno ridotto queste risorse aggiuntive.

Di conseguenza, la percentuale di spesa pubblica per la salute dedicata alla pandemia è scesa al di sotto del 5% nel 2022 e si stima che sia scesa a circa l'1% nel 2023.

**Figure 4. Average spending on prevention increased by almost 150% between 2019 and 2021**

Annual average growth by healthcare function, in real terms, OECD average, 2015-22



Note: Actual Individual Consumption is used to deflate current health expenditure and its components. The category "Pharmaceuticals" also includes non-medical durables such as face coverings.

Source: OECD Health Statistics 2024.

### La salute come quota del PIL è scesa dal picco del 2021, ma è rimasta al di sopra dei livelli pre-pandemia nel 2023.

Mentre la spesa sanitaria e la crescita economica erano strettamente allineate negli anni precedenti la pandemia, le loro traiettorie si sono ampiamente divergenti con l'insorgenza del COVID-19 (Figura 5).

La crescita della spesa sanitaria ha subito una rapida accelerazione nel 2020 e nel 2021, prima di calare nel 2022. D'altro canto, i lockdown diffusi e altre misure di sanità pubblica hanno fortemente limitato l'attività economica e la spesa dei consumatori nel 2020, mandando molte economie OCSE in caduta libera prima della ripresa economica nel 2021.

La guerra della Russia in Ucraina e la conseguente crisi energetica e le interruzioni nelle catene di approvvigionamento hanno portato a una crescita economica post-pandemia più lenta del previsto nel 2022 e nel 2023 in molti paesi OCSE.

Nel 2023, si stima che i paesi OCSE abbiano dedicato in media circa il 9,2% della loro ricchezza alla salute (Figura 6).

Questo dato è invariato rispetto al 2022, ma significativamente inferiore al picco del 2020 e del 2021. Tuttavia, era ancora al di sopra del livello pre-COVID del 2019, quando i paesi OCSE stanziavano circa l'8,8% del loro PIL per la salute.

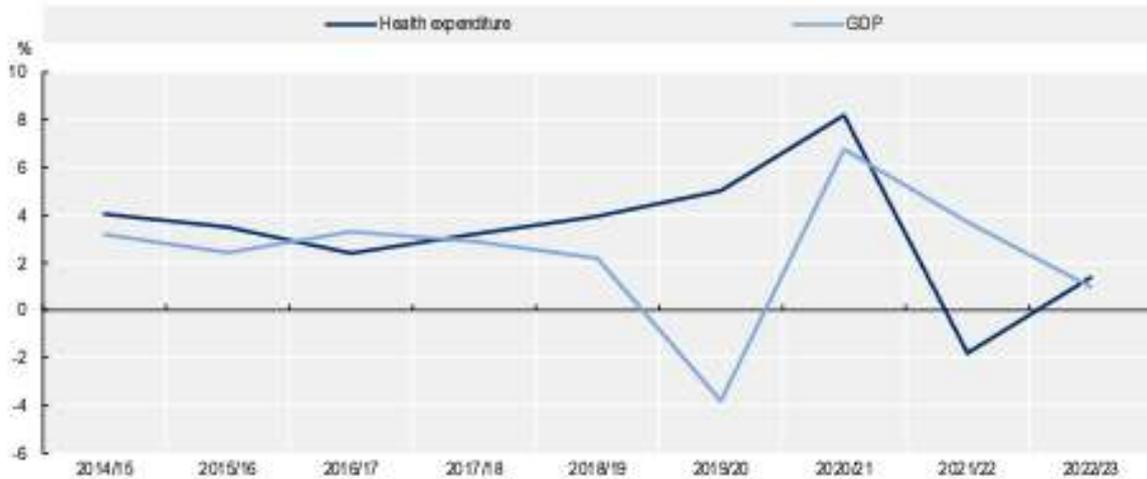
Il modello presenta alcune somiglianze con la crisi economica e finanziaria del 2008/09, con una spesa sanitaria in significativo aumento e una produzione economica in calo, che ha portato a un balzo del rapporto spesa sanitaria/PIL di circa 1 punto percentuale.

Ciò ha comportato un "aumento graduale" poiché il rapporto più elevato è stato generalmente mantenuto negli anni successivi (fino al 2019).

Per il momento non è chiaro se lo stesso effetto guidato dalla crisi prevarrà dopo la pandemia. I dati per il 2023 rimangono preliminari e c'è incertezza su come si è evoluta la spesa sanitaria nel 2024.

**Figure 5. Health spending and economic growth widely diverged during the pandemic**

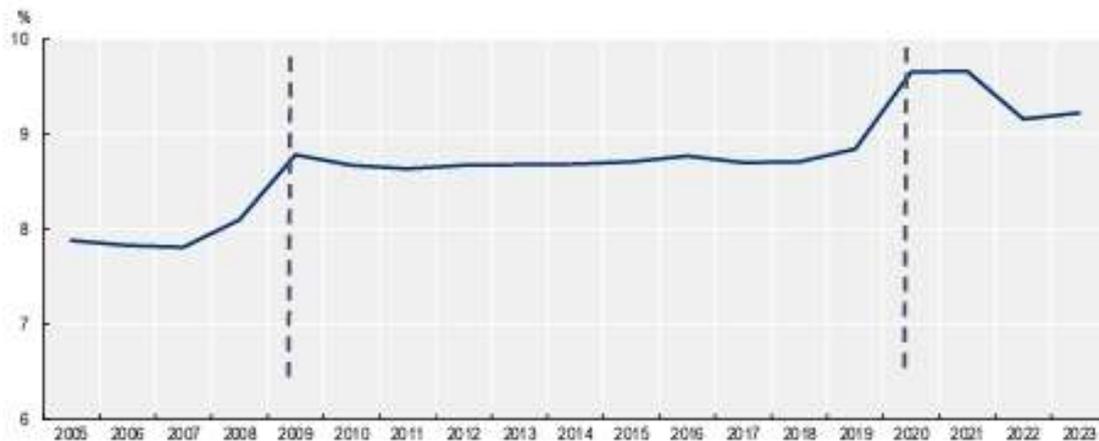
Current health expenditure and GDP growth, in real terms, OECD average



Source: OECD Health Statistics 2024; OECD National Accounts.

**Figure 6. The 2008 financial and economic crisis and the COVID-19 pandemic have both led to hikes in the health spending to GDP ratio**

Current health expenditure as a share of GDP, OECD average, 2005-23



Source: OECD Health Statistics 2024.

**Per la maggior parte dei paesi OCSE, lo spostamento del rapporto spesa sanitaria/PIL rispecchia quello della media OCSE, con un picco nel 2021 seguito da un calo considerevole.**

Austria, Canada, Colombia, Danimarca, Germania, Lettonia, Portogallo e Regno Unito hanno visto la loro quota salute/PIL scendere di oltre 1 punto percentuale tra il 2021 e il 2023.

Al contrario, lo stesso rapporto è aumentato di quasi 1 punto percentuale in Corea e Nuova Zelanda, poiché la pandemia e le contromisure hanno continuato ad avere un impatto ritardato.

## I sistemi sanitari restano impreparati alla prossima crisi, mentre sono necessarie politiche trasformative per la sostenibilità finanziaria a lungo termine

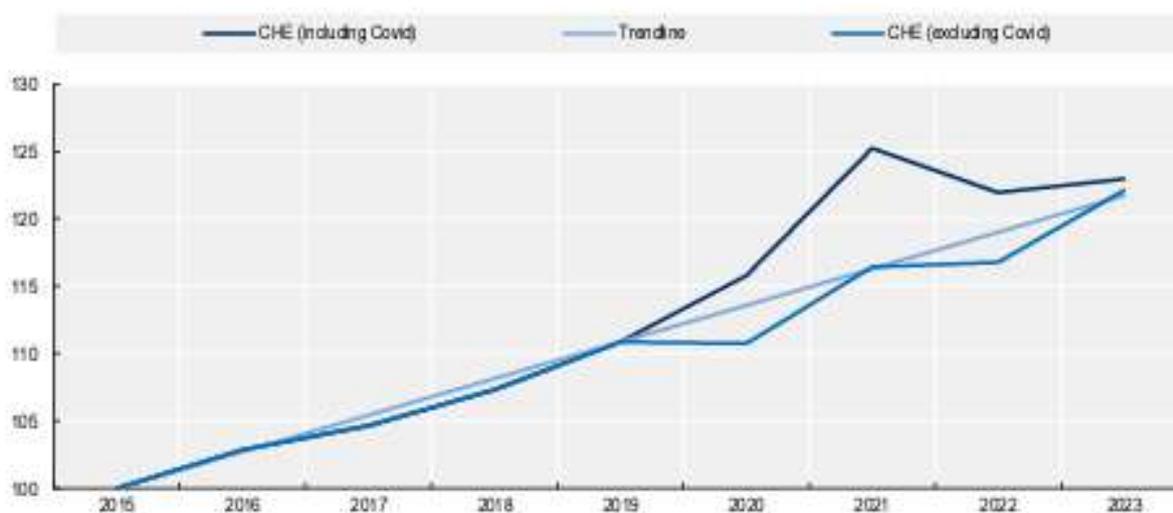
Con il calo della spesa sanitaria nel 2022 e solo un aumento marginale nel 2023, il livello complessivo della spesa sanitaria nel 2023 è vicino al trend pre-pandemia di fondo (Figura 7).

Ciò significa che con la fine dell'eccezionale finanziamento COVID-19, i paesi restano lontani dalla stima dell'1,4% del PIL di spesa sanitaria aggiuntiva (in media) necessaria per rendere i sistemi sanitari meglio preparati per le crisi future (Morgan e James, 2023[1]).

Un semplice sguardo alla traiettoria delle risorse assegnate alla salute suggerisce che i paesi OCSE sono forse altrettanto vulnerabili ora a un'emergenza sanitaria come lo erano nel 2019.

**Figure 7. OECD countries remain far from the necessary investments to make their health systems more resilient**

Current health expenditure (CHE) in real terms per capita (2015=100)



Source: OECD Health Statistics 2024.

È dubbio che i paesi possano mobilitare una spesa sostanziale per colmare il "divario di preparazione" dei sistemi sanitari nel breve termine.

Mentre si prevede che la crescita economica nell'OCSE rimarrà intorno all'1,9% nel 2025 e nel 2026 e l'inflazione generale continuerà a diminuire lentamente, permangono importanti sfide per i bilanci pubblici: i governi devono affrontare significative sfide fiscali dovute a un debito più elevato e, nel lungo termine, a ulteriori pressioni di spesa derivanti dall'invecchiamento della popolazione, alle misure di mitigazione e adattamento ai cambiamenti climatici, ai piani per aumentare la spesa per la difesa e alla necessità di finanziare nuove riforme (OCSE, 2024[2]).

Anche senza la spesa aggiuntiva per rafforzare la resilienza, le proiezioni dell'OCSE mostrano che nei prossimi due decenni la crescita della spesa sanitaria da fonti pubbliche nei paesi OCSE probabilmente supererà sia la crescita dell'economia sia delle entrate governative.

Senza un cambiamento significativo delle politiche, si prevede un aumento medio di base di 2,4 punti percentuali nel rapporto salute/PIL entro il 2040 rispetto ai livelli pre-pandemia.

Tra le opzioni realistiche aperte ai governi, il miglioramento dell'efficienza della spesa sanitaria per aumentare lo spazio fiscale dei paesi rimarrà molto probabilmente in cima all'agenda (OCSE, 2024[3]).

Le misure classiche di controllo dei costi e le politiche che migliorano l'invecchiamento sano, sebbene benvenute, non sono sufficienti di per sé a modificare fundamentalmente la traiettoria ascendente a lungo termine della spesa sanitaria.

Sono quindi necessari cambiamenti politici più ambiziosi e trasformativi: tagliare la spesa inefficace e dispendiosa, raccogliendo al contempo i benefici della tecnologia e della trasformazione digitale dei sistemi sanitari. Ciò è imperativo se i paesi devono sostenere il costo dei megatrend sottostanti migliorando al contempo la resilienza del sistema sanitario.

## References

- Morgan, D. and C. James (2023), “Investing in health system resilience”, in Ready for the Next Crisis? Investing in Health System Resilience, OECD Publishing, Paris, <https://doi.org/10.1787/648e8704-en>.
- OECD (2024), Fiscal Sustainability of Health Systems: How to Finance More Resilient Health Systems When Money Is Tight?, OECD Publishing, Paris, <https://doi.org/10.1787/880f3195-en>. OECD (2024),
- OECD Economic Outlook, Volume 2024 Issue 2: Preliminary version, OECD Publishing, Paris, <https://doi.org/10.1787/d8814e8b-en>.

(<https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>).

**quotidianosanità.it**

## Sprechi e inefficienze: ecco dove stanno le “risorse recuperabili” che servono al Ssn Claudio Maria Maffei

*Sul ricco repertorio di sprechi e inefficienze che affligge il Ssn e di conseguenza i suoi cittadini, ricordo che una loro buona parte vada fatta risalire ad alcune scelte strategiche e quindi politiche sbagliate tra le quali la scelta di rinunciare alla razionalizzazione del macrolivello ospedaliero, la scelta di non investire sulla medicina di famiglia, la scelta di non investire sulla prevenzione, la scelta di non investire sul personale e quella di non governare i processi di task shifting*

### 07 GEN -

Nel dibattito sulla crisi del Ssn è giustamente e sistematicamente enfatizzato il ruolo della carenza di risorse e di personale, mentre sembra esserci scarsa fiducia sulle eventuali “risorse recuperabili” e cioè sulla possibilità che fare scelte “giuste” sia a livello programmatico, che gestionale e tecnico-professionale, possa far recuperare almeno parte delle risorse che mancano.

Quello delle risorse recuperabili è un tema che ritroviamo in una recente pubblicazione dell’OCSE dal titolo “[Fiscal Sustainability of Health Systems](#)” e sottotitolo “How to Finance More Resilient Health Systems When Money Is Tight?” dove vengono elencate quattro possibili scelte politiche di fronte ad una spesa sanitaria “insostenibile”: aumentare la spesa pubblica complessiva, aumentare proporzionalmente la spesa per la sanità, ridefinire i confini tra spesa pubblica e spesa privata (e quindi noi diremmo ridefinire i LEA) e infine cercare spazi di maggiore efficienza. Le prime due opzioni sembrano difficili da percorrere con effetti significativi perlomeno in tempi brevi e la terza rimetterebbe in discussione l’essenza stessa del Ssn. Per fortuna la quarta, quella che dovrebbe lavorare sugli spazi per la ricerca di una spesa “migliore”, potrebbe avvantaggiarsi del fatto che questi spazi nel Ssn sono molto ampi.

Ho già più volte riportato qui su Qs questa mia personale posizione a partire da un [primo intervento del 10 febbraio 2023](#). Un [recente intervento di Giuseppe Remuzzi su il Corriere della Sera](#) mi ha fatto sentire in buona, anzi ottima, compagnia. Il prof. Remuzzi, Direttore dell’Istituto di Ricerche Farmacologiche Mario Negri IRCCS, così scrive: “Quaranta miliardi di euro — solo per portarci al livello di Francia e Germania — sembrerebbe tanto e qualcuno obietterà che non abbiamo tutti questi soldi. Non è così, quei soldi ci sono e li spendiamo già: fra farmaci, interventi inutili e servizi ridondanti sprechiamo ogni anno proprio quaranta miliardi di euro, quanto servirebbe per rimettere in ordine il Servizio Sanitario Nazionale. Evitare gli sprechi è

possibile e dovrebbe essere un imperativo morale, ma perché succeda davvero servono azioni concrete e senso civico da parte di tutti: a partire da chi ha posizioni di responsabilità, ai medici, ai cittadini.”

Queste risorse recuperabili il prof. Remuzzi le destinerebbe ad una sanità che schematizza in un grafico che ripropone in una versione semplificata la sanità della Mission 6 del PNRR con un ruolo centrale del Distretto Sanitario, del medico di famiglia “colonna portante del sistema, che deve poter dipendere dal Servizio Sanitario Nazionale (questo è un punto fermo sul quale non transigere, se no crolla tutto il resto)”, della casa della comunità e degli ospedali di prossimità identificati con “i piccoli ospedali di oggi” che dovrebbero diventare “ospedali degli infermieri”.

Dell’intervento del prof. Remuzzi vale soprattutto l’autorevolezza della fonte, mentre sugli aspetti di dettaglio pesano sia l’eccesso di semplificazione che alcune omissioni importanti, come il ruolo dei Dipartimenti di Prevenzione e quello del Sistema dell’Emergenza Territoriale. Anche la parte sugli “sprechi” è molto efficace nei toni, ma molto meno utile sugli aspetti operativi, perché ancora una volta si dà per noto dove e come si sprechi, ma non è così.

Per cercare di far avanzare di qualche passo il ragionamento sulle risorse recuperabili vorrei provare una loro classificazione ed esemplificazione, fermo restando che qui viene offerta solo una traccia per un possibile approfondimento. Il punto di partenza è la distinzione tra due tipologie di risorse recuperabili:

- gli sprechi, dove per spreco si intende l’utilizzo di risorse per soluzioni/scelte a priori sbagliate: questi sprechi riguardano sia le scelte programmatiche (ad esempio troppi ospedali), che gestionali (modelli organizzativi inadeguati come ad esempio le troppe ambulanze medicalizzate nel sistema di soccorso territoriale) e cliniche (ad esempio l’uso inappropriato di farmaci e test diagnostici);
- le inefficienze, dove per inefficienza si intende qui l’utilizzo sub-ottimale di risorse: è questo il caso del sottoutilizzo di strutture/tecnologie ad alto costo come i blocchi operatori, dell’utilizzo di un livello assistenziale inappropriato come quello ospedaliero rispetto a quello residenziale o domiciliare o di un utilizzo inappropriato di una figura professionale (come ad esempio un medico al posto di un infermiere o di un tecnico o di un infermiere al posto di un operatore sociosanitario).

Un’altra distinzione concettualmente utile è quella tra le risorse recuperabili “primarie” e le risorse recuperabili “secondarie”. Le prime non necessitano di investimenti preliminari su soluzioni alternative (ad esempio la integrazione funzionale prima e strutturale poi di ospedali pubblici vicini che fanno le stesse cose), mentre le seconde hanno bisogno di investire prima sulle soluzioni alternative (ad esempio il potenziamento della assistenza domiciliare).

Qualche considerazione prima di andare avanti:

- la classificazione ed elencazione delle fonti di risorse recuperabili è del tutto indicativa e serve solo a sottolineare che se ti dai un metodo, conosci il sistema e le sue regole e soprattutto conosci “direttamente” il suo funzionamento ne trovi tante (di conseguenza le fonti di risorse recuperabili che verranno elencate non sono esaustive);
- natura e quantità delle risorse recuperabili varia molto da realtà a realtà e di solito più una Regione ha bisogno di recuperarle e più ne perde (come con le perdite degli acquedotti pubblici);
- le due tipologie di risorse recuperabili qui utilizzate a scopo “didattico” intrecciano le loro cause e i loro effetti. Ad esempio, la ridondanza delle reti ospedaliere si trascina dietro gli sprechi delle troppe sedi di attività chirurgica in urgenza e la inefficienza nell’utilizzo dei blocchi operatori;
- molti degli esempi che verranno fatti nascono dalla mia esperienza e conoscenza diretta di una Regione, le Marche, che figura ancora tra le Regioni benchmark per i Ministeri della Salute e della Economia e delle Finanze e che (per quello che conta) nel 2022 come somma dei punti al monitoraggio dei LEA è risultata quinta. Insomma una Regione “non tra le peggiori”.

Passando agli esempi “concreti” ne riporterò un elenco che li distribuisce tra:

- l’area della assistenza ospedaliera;
- il sistema dell’emergenza territoriale;
- l’assistenza territoriale;
- il macrolivello prevenzione e sanità pubblica;
- gli apparati e i processi amministrativi;
- i processi assistenziali e i comportamenti clinici.

Partiamo dagli sprechi e dalle inefficienze nell'area ospedaliera pubblica (si noti come in tutti i casi tranne l'ultimo si tratti di fonti di risorse recuperabili primarie):

- numero eccessivo di ospedali pubblici sede di DEA di primo livello (con tutte le funzioni ad alto assorbimento di risorse previste dal DM 70 del 2015 per questa tipologia di ospedali quali il Pronto Soccorso con la Medicina d'Urgenza, la terapia intensiva e la cardiologia con l'Unità di Terapia Intensiva Coronarica) specie quando geograficamente vicini, dispersione che comporta un enorme dispendio di risorse per garantire il sistema di continuità assistenziale (guardie a copertura delle 24 ore). In una Regione come le Marche di un milione e mezzo di abitanti sono operanti o previste ad esempio 13 strutture ospedaliere con DEA di primo livello o secondo livello contro le 10 da DM 70;
- presenza in molti ospedali di unità di terapia intensiva con numero di posti letto sub-ottimale, e cioè meno di 8, e contestuale assenza di un'area critica con posti letto sia intensivi che sub-intensivi il che si traduce in una inappropriata d'uso dei posti letto intensivi;
- dispersione della attività chirurgica e sottoutilizzo dei blocchi operatori;
- mantenimento di una attività di laboratorio analisi con personale tecnico e a volte laureato in piccole strutture ospedaliere;
- mantenimento di Pronto Soccorso pur in presenza di un basso numero di accessi con codici gravi e di una possibilità di trasporto in tempi adeguati a un Pronto Soccorso di una struttura vicina;
- la dispersione o comunque la distribuzione non controllata di tecnologie ad alto costo come quella per la chirurgia robotica;
- la installazione e/o sostituzione non governata delle tecnologie;
- la progettazione e realizzazione con i relativi costi di strutture ospedaliere in eccesso o difformi rispetto agli standard del DM 70;
- utilizzo massiccio di posti letto ospedalieri di area medica per condizioni croniche da gestirsi in altri contesti assistenziali come nel caso di pazienti anziani con pluri-patologia o di pazienti che dovrebbero essere in carico alla rete delle cure palliative.

Per quanto riguarda la componente privata delle reti ospedaliere regionali, andrebbe fatto un ragionamento a parte capace di tener conto delle forti specificità regionali in questo ambito. In generale credo che almeno due fenomeni potenziali fonti di spreco/inefficienza vadano segnalati:

- la natura concorrenziale e non integrativa delle attività svolta da molte Case di Cura private in molte Regioni (così è nelle Marche);
- l'incapacità del pubblico di governare e controllare adeguatamente la attività delle strutture private contrattualizzate.

Anche il sistema dell'emergenza territoriale può comportare sprechi e inefficienze attraverso:

- la previsione di un numero eccessivo di Centrali Operative (nelle Marche sono 4 per un milione e mezzo di abitanti, quando 2 sarebbero più che sufficienti);
- un numero eccessivo di ambulanze medicalizzate;
- una ridondanza "relativa" dati i costi del servizio di elisoccorso (due sedi nelle Marche con una postazione abilitata anche al volo notturno);
- il mantenimento di punti di primo intervento.

Passando alla assistenza territoriale, pur essendo questo macrolivello molto più afflitto da carenze che non da ridondanze, anche qui si registrano sprechi e inefficienze quali ad esempio:

- la dispersione della offerta pubblica ambulatoriale e residenziale con sedi e strutture con orari/volumi di attività troppo scarsi;
- una eccessiva durata dei tempi di ricovero residenziale per carenza di offerta al livello di presa in carico più appropriato come quello domiciliare;
- erogazione del trattamento riabilitativo nel setting disponibile (ad esempio quello di ricovero), che non è necessariamente quello più appropriato come quello domiciliare.

Nell'ambito del macrolivello prevenzione il tema è soprattutto quello del sottoutilizzo di misure efficaci come testimoniano ad esempio i dati che ci penalizzano e penalizzano soprattutto i nostri cittadini di [Health at a Glance: Europe 2024](#) su vaccinazioni e screening dei tumori.

Gli apparati e i processi amministrativi delle Aziende degli altri Enti del Ssn hanno le loro forme di spreco e di inefficienza legate ad esempio a:

- l'eccessivo numero di Aziende Sanitarie Territoriali (vedi le Marche con le sue 5 Aziende per un milione e mezzo di abitanti);
- la frammentazione degli apparati amministrativi con moltiplicazione degli incarichi dirigenziali;
- i ritardi nei processi di digitalizzazione;
- la farraginosità delle procedure;
- i tempi biblici per la realizzazione degli interventi di edilizia sanitaria;
- il mantenimento di Istituti di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico con costi aggiuntivi che potrebbero non essere giustificati dal valore aggiunto della attività di ricerca svolta;
- acquisto "svantaggioso" di beni e servizi.

Ci sono poi forme di spreco legate ai processi assistenziali e ai comportamenti clinici quali:

- gli errori e le reazioni avverse nella pratica assistenziale come testimoniato ad esempio dalla diffusione delle infezioni correlate alla assistenza (vedi i dati di [Health at a Glance: Europe 2024](#));
- la prescrizione inappropriata di farmaci che in Italia trova grossi spazi potenziali di recupero economico. In questo ambito va ricordata forte diffusione in Italia dei ceppi antibioticoresistenti collegati all'eccessivo uso di antibiotici (vedi anche qui i dati di [Health at a Glance: Europe 2024](#));
- la prescrizione inappropriata di test diagnostici e visite specialistiche (capitolo enorme).

Queste ultime particolari forme di spreco sono favorite dalla perdita di interesse a livello di sistema e quindi sia regionale che aziendale sulla creazione e mantenimento di forme organizzate di monitoraggio e miglioramento della qualità della assistenza anche attraverso un uso dedicato della epidemiologia e degli epidemiologi.

A conclusione di questa panoramica sul ricco repertorio di sprechi e inefficienze che affligge il Ssn e di conseguenza i suoi cittadini, ricordo che una loro buona parte vada fatta risalire ad alcune scelte strategiche e quindi politiche sbagliate tra le quali segnalo:

- 1.** la scelta di rinunciare alla razionalizzazione del macrolivello ospedaliero che già dal 2015 poteva e doveva essere fatto grazie al DM 70 del 2015 largamente inapplicato dalla maggioranza delle Regioni che continuano a mantenere una offerta ospedaliera frammentata e ridondante, non come numero di posti letto, ma come numero di strutture pubbliche per acuti con una funzione di emergenza-urgenza. Questa scelta ne ha comportato di fatto altre per carenza di risorse, come quella di rinunciare alla introduzione del Chronic Care Model che pure era stato previsto nel Piano Nazionale della Cronicità del 2016 e quella di non investire sui servizi territoriali come confermato ad esempio da tutti i dati disponibili ad esempio sui servizi di salute mentale, sui servizi sulle demenze, sui consultori, sui servizi di neuropsichiatria infantile e su quelli che si occupano di dipendenze patologiche;
- 2.** la scelta di non investire sulla medicina di famiglia lasciata soffocare dal peso opprimente della burocrazia, dal doversi far carico di tutto il peso o quasi delle prescrizioni generate dal livello specialistico e lasciata da sola a reggere il peso di campagne disinformative e denigranti;
- 3.** la scelta di non investire sulla prevenzione che, dietro la pandemia di iniziative sulla One Health, soffre nella realtà di una grave carenza di risorse e di attenzione;
- 4.** la assenza di una politica del personale e dentro di questa la scelta di non governare i processi di task shifting necessari per un utilizzo ottimale delle varie figure professionali.

Con l'occasione un buon anno di lavoro a tutti coloro che animano e leggono Qs. Un lavoro che spero aggredirà con più energia la lotta agli sprechi e alle inefficienze.

[https://www.quotidianosanita.it/studi-e-analisi/articolo.php?articolo\\_id=126758](https://www.quotidianosanita.it/studi-e-analisi/articolo.php?articolo_id=126758)

## The Lancet? La vera notizia sulla quale riflettere sono i 30 anni di SDO-DRG

Marino Nonis, Dir. UOC Epidemiologia e Ref. SIO, INMI-IRCCS "Spallanzani", Roma

Gentile Direttore,

anch'io sono tra i lettori dell'editoriale di Lancet, di Repubblica e naturalmente di Quotidiano Sanità da cui riprendo le prime righe del "pezzo" scritto da Claudio M. Maffei: "un [editoriale del numero di gennaio di The Lancet Regional Health](#) dal titolo "Il sistema dei dati sanitari italiani è a pezzi" (The Italian health data system is broken) ha trovato amplissima eco nella stampa italiana con la Repubblica che titola il suo pezzo "Feudale e discriminatoria". L'accusa di Lancet alla sanità italiana. (...)" che poi prosegue con una apprezzabile e condivisibile analisi della "notizia".

Proprio perché siamo all'inizio del 2025, mi chiedo se invece la notizia o meglio l'anniversario su cui riflettere, non siano i trent'anni di SDO-DRG entrati "di prepotenza" nel nostro SSN esattamente il 1° gennaio 1995 secondo quanto disposto dall'art. 6 comma 6 della legge 23 dicembre 1994, n. 724 ("finanziaria 1995") o forse la notizia (e segno dei tempi) è proprio passare sotto silenzio questo "trentesimo". La rivoluzione dei DRG ha cambiato il paradigma e l'idea stessa del ricovero, definita a partire da R. Fetter come prestazione complessa o prodotto finale dell'attività di degenza. Qui mi limito a sintetizzarne l'impatto con le parole di R. Busse e coll. nel volume *Diagnosis Related Groups in Europe* (WHO, 2011):

1. i DRG hanno consentito di introdurre un numero ragionevole di tipologie dei ricoveri (stiamo parlando, per il regime ordinario, di oltre 6 milioni di episodi/anno, solo nel nostro Paese nell'anno 2023), nell'ordine di qualche centinaio di casi (tra 500 e 1.200), mentre prima si era tra gli estremi delle decine di migliaia di diagnosi delle diverse classificazioni internazionali (ICD-9-CM, ICD-10, ICD-10-CM) o del singolo numero, grezzo e rozzo, di ricoveri o giornate di degenza "indifferenziate";
2. i DRG hanno permesso, attraverso l'uso del medesimo sistema di classificazione, un'effettiva comparazione o benchmark di performance d'uso delle risorse;
3. gli ospedali oggi "codificano" e quindi rendono routinariamente disponibili gli items della scheda di dimissione ospedaliera (SDO) con particolare riferimento a diagnosi e procedure più rilevanti praticate;
4. l'introduzione dei DRG ha nettamente migliorato (ed uniformato) le tecniche di contabilità analitica e conoscenza dei costi

Nella stessa pubblicazione sono anche riportate queste raccomandazioni finali che riguardano, in maniera più complessiva ed attuale l'evoluzione degli *Health Data Systems* (utilizzando il termine che compare nel titolo dell'editoriale di *Lancet*), e cioè:

- la necessità di interrogarsi sulle condizioni dei sistemi sanitari per l'implementazione o il mantenimento dei DRG. Occorre decidere se importare i DRG (come si è fatto p.e. in Italia o Portogallo) o creare da subito una nuova versione nazionale (come in Germania, Paesi Bassi o nell'area dei NordDRG); comprendere nel nuovo sistema solo gli inpatients (ovvero i ricoveri ordinari per acuti) o anche le nuove forme di ospedalizzazione per outpatients (e casi di Day Hospital/Day Surgery) o per ambiti diversi (postacuzie, riabilitazione e altra assistenza residenziale). Fondamentale è poi la manutenzione del sistema, che diventa cruciale per la gestione dell'innovazione ed il riconoscimento delle nuove tecnologie (si pensi al trasferimento della ricerca, ai nuovi farmaci e dispositivi);
- il tema dell'analisi dei costi degli ospedali: ovvero la disponibilità dei dati di contabilità analitica, che pur non costituendo a stretto rigore un pre-requisito per i DRG (i pesi possono essere anch'essi importati), diventa indispensabile nel prosieguo per la corretta allocazione ed un'equa ripartizione delle risorse (per l'Italia si pensi all'ambiguità e discrezionalità d'uso tra pubblico e privato);

- il finanziamento degli ospedali: classicamente l'uso finanziario dei DRG si traduce in una riduzione dei costi per singolo caso ed in un aumento dei ricavi legato alla maggior produzione (numero dei ricoveri). Sono questi gli incentivi specifici che vanno considerati dall'Health Policy Maker, in un contesto che sia coerente e che preveda, ad esempio, la separazione *provider/purchaser* o la corretta delimitazione dell'ambito di finanziamento (sempre p.e. tra le attività propriamente ospedaliere, le "funzioni" o *i bundled payments* per i PDTA).

Per tornare a noi, se non può che far piacere che comunque si sia aggiornato il nomenclatore tariffario ambulatoriale (anche se la storia, come è noto, non è affatto finita), rimane al palo il tema dell'aggiornamento oltre che delle tariffe DRG, anche dei sistemi di classificazione utilizzati per la compilazione della parte sanitaria della SDO. Nemmeno il comma 280 dell'unica finanziaria del governo Draghi (Legge 234/2021) che stabiliva "perentoriamente" il termine del 30 giugno 2023 ha sortito effetto.

Personalmente, nella mia esperienza all'ISS di collaborazione al Progetto It.DRG e in diversi interventi, ho espresso la mia ferma convinzione che sia della massima importanza l'aggiornamento oltre che della versione DRG (e relative tariffe) dei sistemi di classificazione di diagnosi e procedure contenute nel flusso informativo SDO (e più in generale nell'*Italian Health Data System*). È proprio il passaggio dall'attuale Manuale dell'*ICD-9-CM* (edito da IPZS nel 2008) a *ICD-10-IM* per la codifica delle diagnosi e alla Classificazione Italiana Procedure e Interventi (CIPI) per la codifica di questi ultimi che può rappresentare (finalmente!) un punto di svolta epocale nei sistemi informativi sanitari del SSN. Una volta implementato e divenuto "lingua ufficiale" per la codifica delle diagnosi, ICD-10 permetterà all'Italia di tornare a dialogare ed essere meglio integrata (in termini di interoperabilità) con i sistemi degli altri Paesi dell'Unione Europea, dell'OMS e dell'OCSE. Si pensi soltanto alla migliore "comprensibilità" di una diagnosi se espressa in ICD-10, lingua ufficiale dell'OMS, ovvero dell'intero pianeta (peraltro già alle prese con la nuova ICD-11).

Anche se il flusso SDO è senz'altro il più rilevante del *NSIS (Nuovo Sistema Informativo Sanitario)*, non è il solo flusso che contempra l'uso di diagnosi codificate per la descrizione della nosologia del paziente: basti pensare ad altri numerosi ambiti, a partire dalla rilevazione delle cause di morte attraverso la scheda ISTAT, per giungere al FSE o ai LEA. L'adozione dell'ICD-10 (ed il contestuale aggiornamento del sistema di classificazione delle procedure ed interventi da 3° volume dell'*ICD-9-CM* a CIPI) costituisce una preziosa occasione per un aggiornamento complessivo dei sistemi informativi sanitari del SSN (e del nostro Paese).

Sono anche convinto che tutti i professionisti del SSN (anche al di fuori dell'ambito ospedaliero), dovranno conoscere o almeno essere in grado di gestire strumenti informativi che contemolino (quando si tratta di definire una diagnosi o una condizione che richieda il ricorso ai servizi sanitari), l'uso della classificazione internazionale ICD-10-OMS (e CIPI per procedure e interventi). Si tratta di una competenza specifica che deve essere necessariamente presente nel bagaglio delle conoscenze di medici e di altri professionisti del SSN e più in generale di tutti gli *stakeholder* interessati. Risulta così evidente il bisogno formativo da soddisfare al più presto per gli attuali addetti e la necessità di includere organicamente queste tematiche nel *cursus studiorum* dei futuri operatori. L'impegno richiesto alle università e più in generale ai *provider ECM* o agli enti e professionisti (pubblici e privati) del SSN è notevole, ma, a parere di chi scrive, prioritario per evitare che si perda l'ennesima occasione.

Termino con un cenno al tema della possibilità di accesso ai dati del flusso informativo SDO-DRG (archivio SDO del MinSal) che ancora oggi resta limitato. Con l'aggiornamento dei sistemi di codifica e con un necessario cambiamento culturale e di sensibilità del personale del SSN verso i dati sanitari, si potrebbe raggiungere una maggiore consapevolezza e trasparenza nella gestione e nell'utilizzo di tali informazioni. Promuovere l'accessibilità e la valorizzazione dei dati SDO-DRG potrebbe porre l'Italia in linea con le migliori pratiche internazionali, come dimostrato dal progetto *Healthcare Cost and Utilization Project (HCUP)* degli Stati Uniti, che ha reso disponibili i dati sanitari a livello nazionale. Un simile approccio contribuirebbe significativamente a migliorare l'efficienza e la sostenibilità del SSN, rendendo il sistema più trasparente e responsabile nell'uso delle risorse.

[https://www.quotidianosanita.it/lettere-al-direttore/articolo.php?articolo\\_id=126807](https://www.quotidianosanita.it/lettere-al-direttore/articolo.php?articolo_id=126807)

## Il costo del Debito: una sfida da affrontare, un settore da valorizzare

Luca Pallavicini, *Presidente nazionale di Confcommercio Salute, Sanità e Cura*

07 GEN -

*Gentile Direttore,*

Nel settore della Salute, Sanità e Cura, il costo del debito rappresenta un ostacolo rilevante ma anche un'opportunità per ripensare il modo in cui investiamo nel futuro delle comunità più fragili.

Quando ricorriamo a prestiti da banche o istituti finanziari, affrontiamo interessi e vincoli che non solo pesano sui bilanci ma spesso limitano le possibilità di rispondere efficacemente alle esigenze di chi necessita di assistenza. Eppure, il nostro settore non è solo una voce di spesa: è un motore di occupazione e un garante di dignità e qualità della vita per milioni di persone.

Perché un nuovo approccio è necessario? Vado per punti.

- Interessi che pesano sulle cure: ogni euro preso a debito sottrae risorse a servizi essenziali e limita gli investimenti futuri per migliorare le strutture e l'assistenza.
- Generazioni future a rischio: trasferire il peso economico del debito alle generazioni successive significa mettere a rischio la loro possibilità di accedere a cure adeguate.
- Vincoli esterni: le condizioni imposte dai finanziatori spesso non tengono conto delle nostre priorità, allontanandoci dall'obiettivo principale, ossia prenderci cura delle persone più fragili.

Ecco che, invece di accumulare debiti esterni, un'alternativa sostenibile sta nella possibilità di adottare soluzioni che favoriscano il coinvolgimento diretto dei cittadini, garantendo trasparenza e un utilizzo mirato delle risorse. Qualche esempio.

- Obbligazioni sociali: creare strumenti come i "BTP Salute", in cui i cittadini investano per garantire il futuro di un sistema socio-sanitario forte e accessibile.
- Incentivi fiscali: premiare chi contribuisce al miglioramento del nostro welfare, favorendo strumenti di risparmio dedicati a progetti strategici.
- Partecipazione e trasparenza: coinvolgere i cittadini nella definizione delle priorità di spesa, rafforzando la fiducia nelle istituzioni e nella gestione delle risorse pubbliche.

L'appello alla politica e alla classe dirigente è dunque sempre lo stesso, che come Confcommercio Salute ribadiamo da anni: occorre investire nel nostro settore, come motore di occupazione e benessere sociale, definendo priorità strategiche che rispondano alle necessità reali delle comunità di anziani e fragili, evitando sprechi e massimizzando l'efficacia degli interventi.

Un sistema socio-sanitario solido, finanziato in modo sostenibile e partecipativo, non solo rafforza l'economia ma tutela il diritto alla salute e garantisce un futuro dignitoso per tutte le generazioni. Occorre lavorare insieme per un settore che non è solo un costo ma un investimento nel benessere della società.

[https://www.quotidianosanità.it/lettere-al-direttore/articolo.php?articolo\\_id=126752](https://www.quotidianosanità.it/lettere-al-direttore/articolo.php?articolo_id=126752)

## **Personale sanitario. Gimbe: “È crisi senza precedenti: persi oltre 28 mld in 11 anni. E intanto è raddoppiata la spesa per i gettonisti”**

*Paradosso delle Regioni in piano di rientro: spesa media per il personale dipendente più alta delle altre. Urgente un rilancio delle politiche per il personale sanitario per garantire il diritto alla tutela della salute. Così il presidente Nino Cartabellotta intervenendo in audizione presso la XII Commissione Affari Sociali della Camera dei Deputati, nell’ambito dell’“Indagine conoscitiva in materia di riordino delle professioni sanitarie”.*

**09 GEN -**

"Il Servizio Sanitario Nazionale (Ssn) sta affrontando una crisi del personale sanitario senza precedenti, causata da errori di programmazione, dal definanziamento e dalle recenti dinamiche che hanno alimentato demotivazione e disaffezione dei professionisti verso il Ssn. Senza un adeguato rilancio delle politiche per il personale sanitario, l’offerta dei servizi sanitari ospedalieri e territoriali sarà sempre più inadeguata rispetto ai bisogni di salute delle persone, rendendo impossibile garantire il diritto alla tutela della salute".

Queste le criticità al centro dell’audizione di ieri della Fondazione Gimbe presso la XII Commissione Affari Sociali della Camera dei Deputati, nell’ambito dell’“Indagine conoscitiva in materia di riordino delle professioni sanitarie”.

Il Presidente della Fondazione, **Nino Cartabellotta**, ha presentato in audizione diverse analisi mirate a rispondere su come affrontare carenze e criticità riscontrate in tema di personale sanitario. Per le analisi sulla spesa per il personale dipendente sono stati utilizzati i dati del recente Report [“Il Monitoraggio della Spesa Sanitaria”](#) della Ragioneria Generale dello Stato (RGS) relativi all’anno 2023. Per le analisi sulle unità di personale dipendente sono stati invece utilizzati i dati aggiornati al 2022 del [Conto Annuale della Ragioneria Generale dello Stato](#) (CA-RGS), che include esclusivamente il personale dipendente delle Pubbliche Amministrazioni a cui si applica il CCNL del comparto sanità, indipendentemente dalla professione e alla tipologia di ente in cui presta servizio. Si è inoltre fatto riferimento ai dati del [report del Ministero della Salute](#), che include sia il personale dipendente del SSN e dell’Università che opera nelle Aziende e nelle strutture pubbliche o nelle strutture di ricovero equiparate alle pubbliche.

**Spesa per il personale dipendente.** "Nel periodo 2012-2023 – ha spiegato Cartabellotta – il capitolo di spesa sanitaria relativo ai redditi da lavoro dipendente è stato quello maggiormente sacrificato". In termini assoluti, dopo una progressiva contrazione da € 36,4 miliardi nel 2012 a € 34,7 miliardi nel 2017, la spesa ha iniziato a risalire raggiungendo € 40,8 miliardi nel 2022, per poi scendere a € 40,1 miliardi nel 2023. Tuttavia, in termini percentuali sulla spesa sanitaria totale, il trend rileva una lenta ma costante riduzione: se nel 2012 rappresentava il 33,5%, nel 2023 si è attestato al 30,6%. "Se la spesa per il personale dipendente si fosse mantenuta ai livelli del 2012, quando rappresentava circa un terzo della spesa sanitaria totale, negli ultimi 11 anni il personale dipendente non avrebbe perso € 28,1 miliardi, di cui € 15,5 miliardi solo tra il 2020 e il 2023, un dato che evidenzia il sacrificio economico imposto ai professionisti del Ssn", ha commentato Cartabellotta.

**Unità di personale dipendente del Ssn.** Per l’anno 2022, ultimo disponibile, la RGS riporta un totale di 681.855 unità di personale dipendente, pari ad una media nazionale di 11,6 unità per 1.000 abitanti con nette differenze regionali: da 8,5 unità per 1.000 abitanti in Lazio e Campania a 17,4 unità per 1.000 abitanti in Valle D’Aosta. "Questi dati – ha osservato il Presidente – portano a due considerazioni generali. Nelle prime 5 posizioni si collocano tutte le Regioni e Province autonome a statuto speciale di più piccole dimensioni (Valle d’Aosta, Friuli Venezia Giulia e Province autonome di Trento e Bolzano) oltre alla Liguria. Al contrario, al di sotto della media nazionale si trovano tutte le Regioni in Piano di rientro, tutte del Centro-Sud, oltre alla Lombardia".

**Spesa pro-capite per il personale dipendente.** Parametrando i dati RGS-CA sulla spesa sanitaria 2023 per il personale dipendente alla popolazione residente ISTAT al 1° gennaio 2023 la spesa pro-capite per il personale dipendente nel 2023 è stata di € 672, con differenze significative tra le regioni: dai € 1.405 euro nella Provincia

autonoma di Bolzano a € 559 in Campania, con una “classifica” che riflette quella relativa alla distribuzione del personale dipendente per 1.000 abitanti.

**Spesa per unità di personale dipendente.** Mettendo in correlazione, per l’anno 2022, le unità di personale dipendente con la spesa pubblica totale, la spesa per unità di personale a livello nazionale è pari a € 57.140, con un range che varia da € 49.838 del Veneto a € 81.139 della Provincia autonoma di Bolzano, con tutte le Regioni in Piano di rientro che mostrano paradossalmente valori superiori alla media nazionale. "Quest’inedito indicatore – ha commentato Cartabellotta – dimostra che l’ottimizzazione della spesa pubblica per il personale sanitario è stata gestita in maniera molto differente tra le Regioni. Non a caso, quelle più virtuose nell’erogazione dei livelli essenziali delle prestazioni registrano una spesa per unità di personale dipendente più bassa. Un risultato verosimilmente dovuto sia alla riduzione delle posizioni apicali, sia ad un più elevato rapporto professioni sanitarie/medici, che consente di ridurre la spesa mantenendo una maggiore forza lavoro per garantire l’erogazione dell’assistenza sanitaria".

**Spesa per fornitura di personale sanitario.** "La carenza di personale sanitario – ha spiegato Cartabellotta – unita all’impossibilità per le Regioni di aumentare la spesa per il personale dipendente a causa dei tetti di spesa, negli anni ha alimentato il fenomeno dei “gettonisti”: medici, infermieri e altri professionisti sanitari reclutati tramite agenzie di somministrazione del lavoro e cooperative, con i relativi costi rendicontati come spese per beni e servizi". Secondo un [report dell’Autorità Nazionale Anticorruzione \(ANAC\)](#), relativo al periodo gennaio 2019 – agosto 2023, il fenomeno era già molto evidente nel 2019, con una spesa complessiva di quasi € 580 milioni. Nel 2020 il valore è crollato a € 124,5 milioni, per poi risalire negli anni 2021-2022, fino a raggiungere, nel solo periodo gennaio-agosto 2023, € 476,4 milioni, un valore doppio rispetto all’anno precedente.

**Personale del Ssn e benchmark internazionali.** Per l’anno 2022 il report del Ministero della Salute riporta un totale di 727.169 unità di personale: 625.282 dipendenti del Ssn (86%), 84.452 dipendenti delle strutture equiparate a quelle pubbliche (11,6%), 8.839 universitari (1,2%) e 8.596 con altro rapporto di lavoro (1,2%). Di queste unità, il 72% è rappresentato dal ruolo sanitario, il 17,6% dal ruolo tecnico, il 9,9% dal ruolo amministrativo, lo 0,2% dal ruolo professionale e lo 0,3% da qualifiche atipiche.

**Medici.** Nel 2022 i medici che lavoravano nelle strutture sanitarie erano 124.296: 101.827 come dipendenti del Ssn e 22.469 come dipendenti delle strutture equiparate al Ssn. La media nazionale è di 2,11 medici per 1.000 abitanti, con un range che varia da 1,80 della Campania a 2,64 della Sardegna. L’Italia si colloca sopra la media OCSE come numero di medici in servizio (4,2 vs 3,7 medici per 1.000 abitanti), ma con un gap rilevante tra i medici attivi e quelli in quota al Ssn. Nel 2022, il numero di laureati in Medicina e Chirurgia è stato di 16,7 per 100.000 abitanti, un dato superiore alla media OCSE di 14,2. "Oltre ai medici di famiglia – commenta Cartabellotta – le carenze riguardano alcune specialità di fondamentale importanza per il funzionamento del Ssn che non sembrano essere più di interesse per i giovani medici: medicina d’emergenza-urgenza, medicina nucleare medicina e cure palliative, patologia clinica e biochimica clinica, microbiologia, e radioterapia. Specialità per le quali la percentuale di assegnazione delle borse di studio per l’ultimo anno accademico è stata inferiore al 30%".

**Infermieri.** Nel 2022 il numero di infermieri che lavorano nelle strutture sanitarie è di 302.841: 268.013 come dipendenti del Ssn e 34.828 come dipendenti delle strutture equiparate al Ssn. La media nazionale è di 5,13 per 1.000 abitanti, con un range che varia da 3,83 della Campania a 7,01 della Liguria. L’Italia si colloca notevolmente al di sotto della media OCSE (6,5 vs 9,8 per 1.000 abitanti). Nel 2022, il numero di laureati in Scienze Infermieristiche è stato di 16,4 per 100.000 abitanti, un dato significativamente inferiore alla media OCSE di 44,9: difficilmente la situazione potrà migliorare, visto che per l’Anno Accademico 2024-2025 nel Corso di Laurea in Scienze Infermieristiche sono state presentate solo 21.250 domande per 20.435 posti. "Questa grave carenza – commenta Cartabellotta – stride con il fabbisogno stimato da Agenas in 20-25 mila infermieri di famiglia e di comunità necessari per la riorganizzazione dell’assistenza territoriale prevista dal PNRR".

Il Presidente ha quindi analizzato le dinamiche che hanno portato negli anni alla crisi del personale sanitario "I tagli al Ssn e il sotto-finanziamento cronico hanno determinato una forte contrazione degli investimenti per il personale sanitario dipendente e convenzionato, attraverso misure come il blocco delle assunzioni, i mancati rinnovi contrattuali e un numero insufficiente di borse di studio per specialisti e medici di famiglia. Inoltre, l'assenza di una programmazione adeguata ha aggravato la progressiva carenza di professionisti sanitari, mentre l'emergenza Covid ha poi slatentizzato una crisi motivazionale già in corso. Sempre più giovani disertano l'iscrizione a corsi di laurea come scienze infermieristiche e a specializzazioni mediche meno attrattive, come emergenza-urgenza), mentre numerosi professionisti abbandonano il Ssn per lavorare nel privato o addirittura all'estero. A tutto ciò si aggiungono i pensionamenti previsti tra medici (ospedalieri e di famiglia), infermieri e altri professionisti sanitari, aggravati da burnout e demotivazione, che stanno riducendo sempre più la forza lavoro della sanità pubblica. Ciò ha inevitabilmente peggiorato la qualità e la sicurezza del lavoro per chi rimane, spesso costretto a turni massacranti in condizioni di carenza di organico. Inoltre, l'aumento dei casi di violenza fisica e verbale ai danni del personale sanitario, soprattutto nei pronto soccorso, ha ulteriormente compromesso la sicurezza e le condizioni di lavoro. Il peso della burocrazia e la scarsa digitalizzazione, infine, complicano il lavoro quotidiano dei professionisti sanitari, alimentando inefficienze e frustrazione".

"La crisi del personale sanitario – ha concluso Cartabellotta – non è solo una questione economica, ma una priorità cruciale per la sostenibilità del Ssn. Liste di attesa interminabili, pronto soccorso affollati, impossibilità di trovare un medico di famiglia hanno un comune denominatore: la carenza di professionisti sanitari, la loro disaffezione e il progressivo abbandono del Ssn. È urgente rilanciare le politiche sul capitale umano per valorizzare la colonna portante della sanità pubblica, rendendo nuovamente attrattiva la carriera nel Ssn e innovando i processi di formazione e valutazione delle competenze professionali. Senza questi interventi, il Ssn non sarà in grado di garantire universalmente il diritto alla tutela della salute, rendendo vano qualsiasi tentativo di arginare questa crisi".

[https://www.quotidianosanita.it/studi-e-analisi/articolo.php?articolo\\_id=126817](https://www.quotidianosanita.it/studi-e-analisi/articolo.php?articolo_id=126817)

L'INTERVENTO

# PER UNA SANITÀ DEL VALORE (PIÙ CHE LE RISORSE QUI MANCA UNA VISIONE)

di **Giorgio Tulli\***

**C**aro direttore, in un articolo su *La Stampa*, Nino Cartabellotta (medico e presidente della Fondazione Gimbe, ndr) fa scrivere dal Servizio Sanitario Nazionale una lettera a Babbo Natale. Vorrebbe che «tutte le forze politiche mettessero nero su bianco le loro intenzioni sul suo destino». Sarebbe bello potesse accadere in Toscana, dove da sempre la sinistra ha governato ma dove oggi sa solo invocare altre risorse per la sopravvivenza del servizio sanitario nazionale e regionale, ma non immaginare una nuova visione all'altezza delle sfide dei tempi, e dove l'opposizione non riesce a farci capire come voglia o non voglia far sopravvivere la sanità pubblica. Tutti i partiti in Toscana sembrano interessati solo alle prossime elezioni e non alla salute delle comunità. Nessuno spiega bene com'è finanziata la sanità, con le tasse che gli italiani faticano a pagare ma anche con la ricchezza che l'Italia produce, il Pil, e se non si produce non si può aumentare la spesa sanitaria come percentuale del Pil; senza poi parlare del debito pubblico alle stelle. Sembra necessaria

una alfabetizzazione dei cittadini, dei politici, dei professionisti sul sistema sanitario, per comprendere che non si può dare tutto a tutti, che le risorse vanno usate bene, gli sprechi eliminati, che le invocazioni dei cittadini e le promesse dei politici non potranno mai essere del tutto esaudite.

Perché il servizio sanitario pubblico vuole sotto l'albero la «regolamentazione della concorrenza» delle assicurazioni sanitarie? La concorrenza migliora il valore del prodotto. Negli anni 70 le cliniche private in Toscana non esistevano, poche, con poca clientela. La Toscana era diretta dalla sinistra come oggi, ma oggi le cliniche private si sono moltiplicate così la loro clientela forse perché il servizio pubblico non è stato più in grado di reggere la concorrenza della sanità privata. Per questo si chiede di cambiare modello organizzativo, passare dall'offerta di servizi, prestazioni, volumi, al valore del percorso di cura del paziente.

Anni fa Michael Porter diceva che il valore del percorso di cura è definito dall'esito che interessa al paziente per ogni dollaro speso. Questo valore misurato negli esiti e nel costo delle cure valorizzerebbe tutte «le maestranze del servizio sa-



Oggi in Toscana il servizio pubblico non è più in grado di reggere la concorrenza. Per questo si richiede di cambiare modello organizzativo, dall'offerta di servizi, prestazioni, volumi, al valore del percorso di cura del paziente

nitario nazionale», per un nuovo spirito collaborativo e rinnovata etica. Una sanità basata sul valore può essere la risposta concreta. Un triplice valore, come intuito da sir Muir Gray rinnovatore del NHS, la sanità inglese: valore personale, l'assistenza soddisfa le esigenze e le aspettative dei pazienti che includono risultati clinici oggettivi e soggettivi? Valore tecnico, quali sono gli esiti prodotti da un intervento e quali le risorse necessarie? Si debbono identificare e utilizzare gli interventi ad alto valore e disinvestire da quelli a basso valore; valore allocativo, valore a livello di popolazione. Qual è il modo migliore di allocare le risorse finite (denaro, tempo, spazio, CO2) per soddisfare i bisogni di tutta la popolazione? Va aggiunto un quarto valore, il valore sociale: garantire che gli interventi sanitari contribuiscano alla coesione sociale, solidarietà, rispetto reciproco ed apertura alla diversità. Se non produciamo valore nella sanità pubblica dal territorio all'ospedale e viceversa, la sanità privata avrà la meglio perché sa meglio gestire prestazioni, servizi, tariffe. Non è vero che al nostro sistema sanitario pubblico mancano le risorse, manca la visione di un nuovo modello

organizzativo. Tenere aperti in Toscana, h24, 44 ospedali i necessari sono la metà e i fondamentali una decina, è uno spreco di risorse; i piccoli ospedali possono essere tramutati in ospedali di comunità aperti per 12 ore, integrati con le case della comunità; non è uno spreco aprire alla trasformazione delle cure primarie con giovani medici di famiglia competenti nell'ecografia, spirometria, monitoraggio emodinamico, uso dei POC, professionisti pronti a lavorare in team con gli infermieri, ad integrarsi con le discipline specialistiche senza essere minacciati da un burocratico inquadramento.

Ridare voce ai medici ed infermieri negli ospedali; creare un sistema orientato al mantenimento o al ritorno in salute dove la prevenzione è strettamente legata alla cura; sviluppare una piattaforma informatica unica che permetta di usare i dati in modo efficiente, con l'aiuto consapevole dell'IA. Che cosa impedisce tutto questo in Toscana? Lo impedisce la mancanza di visione, la continua campagna elettorale, la sterile polemica, la ricerca del consenso, l'immobilismo del management. Il ventunesimo secolo sarà il secolo del paziente: medici migliori, pazienti migliori, migliori decisioni e assistenza migliore per meno soldi.

\*già direttore delle Terapie intensive e della Medicina peri-operatoria dell'Asl fiorentina, membro dell'OtgC Regione Toscana

© RIPRODUZIONE RISERVATA



WHITE PAPER

# VALUE BASED HEALTHCARE

## *SFIDE E OPPORTUNITÀ PER IL SISTEMA SANITARIO ITALIANO*

A cura di:  
*Telos Management Consulting*  
*FIASO*



<https://www.vbhcialia.it/wp-content/uploads/2024/11/white-paper-web.pdf>

## **la Repubblica**

### **Dal clima alle pandemie, cosa ci aspetta nel 2025 secondo "Science"**

**Giacomo Talignani**

*Ridurre le emissioni sarà una delle sfide del 2025 (Jonathan Raa/NurPhoto)*

*Dalle criticità ambientali sino alle possibili nuove scoperte. Le "previsioni" della prestigiosa rivista scientifica per il nuovo anno*

Per l'ambiente e per la scienza, che anno sarà? Il 2025 si apre con sfide importantissime per il futuro della salute della Terra.

Quest'anno, entro fine febbraio, decine di Paesi del mondo sono chiamati ad aggiornare i loro Ndc, i piani climatici nazionali: finalmente scopriremo quale contributo vorranno realmente dare al taglio delle emissioni in una partita cruciale, per la lotta al riscaldamento globale, che a novembre durante la Cop30 in Brasile dovrà per forza fissare nuovi e ambiziosi obiettivi.

Sempre a fine febbraio, a Roma, si tenterà di concludere la Cop16 sulla biodiversità andata fallita in Colombia, poi sarà la volta di nuove discussioni sul Trattato globale contro l'inquinamento da plastica e sarà anche un anno importante, visto il ritorno del fenomeno naturale de La Nina che tende ad abbassare le temperature, per comprendere davvero quanto terribile sia l'andamento della crisi climatica in corso.

In questo contesto la prestigiosa rivista *Science* ha tentato - osservando le sfide che abbiamo davanti nel nuovo anno - di [prevedere quali saranno i temi chiave per la scienza e per l'ambiente](#) nel 2025.

Il primo è già alle porte: il presidente Usa Joe Biden sta infatti tentando di correre per assicurarsi piani di riduzione delle emissioni degli Stati Uniti, per non perdere quanto costruito con il piano ambientale ed energetico dell'*Inflation reduction act* e per salvaguardare parchi e territori che, con l'imminente insediamento del neo eletto presidente Donald Trump, potrebbero diventare luoghi di estrazione mineraria o petrolifera.

La stessa rivista *Science* sottolinea come dal 20 gennaio - giorno dell'insediamento - il mondo potrebbe cambiare con il secondo atto di Trump.

Parla per esempio delle paure di molti scienziati per l'intenzione di Trump di tagliare fondi a istituti e agenzie scientifiche, così come "c'è angoscia per la possibile interferenza politica nell'erogazione di sovvenzioni e l'erosione delle politiche di integrità scientifica" e anche per il fatto che "la ricerca sui cambiamenti climatici, la conservazione e le fonti di energia rinnovabili, che sono cadute in disgrazia durante la prima amministrazione di Trump, probabilmente verranno nuovamente messa alle strette, insieme a nuovi obiettivi come i programmi volti a creare una forza lavoro scientifica più inclusiva".

#### **Riscaldamento globale**

Sempre dagli Stati Uniti arriva poi un allarme con valenza planetaria: l'evoluzione dell'influenza aviaria. Secondo *Science* lo sviluppo del virus H5N1 è una delle grandi domande e dei grandi rischi che incombono nel 2025 e ci si chiede se si riuscirà a fermare l'avanzata di un problema che, dopo le stragi di pollame, sta ora interessando anche i bovini e il comparto del latte.

"Quest'anno i test sul latte potrebbero aiutare a identificare prima le mandrie infette e a frenare la diffusione del virus. Sono attesi anche i risultati delle sperimentazioni sui vaccini nelle mucche e gli scienziati sperano di capire meglio perché la maggior parte delle persone ammalate dalla variante H5N1 che colpisce i bovini ha sofferto solo di una lieve infezione agli occhi, mentre quelle infette dopo il contatto con gli uccelli hanno in genere una malattia più grave".

Oltre a ciò, si chiedono i ricercatori, c'è il rischio che H5N1 si evolva e inneschi una nuova pandemia globale?

### **Altro grande tema, come sempre, è quello relativo poi alla crisi del clima.**

La Cop (Conferenza delle parti) a Belem, in Amazzonia, è da tempo indicata come quella decisiva per una possibile svolta nell'impegno per la riduzione delle emissioni e anche per un concreto approccio legato alla decarbonizzazione.

Una Cop che oltretutto avviene nell'anno in cui le emissioni globali di gas serra potrebbero raggiungere "il picco", ricorda da *Science*.

Nonostante gli sforzi globali per ridurle, le emissioni planetarie continuano infatti a salire di circa l'1% ogni anno e "la rapida ascesa dei veicoli elettrici, delle energie rinnovabili e della riforestazione si è scontrata con le forze di contrasto dei data center che divorano energia e alimentano l'intelligenza artificiale e la domanda di carburante in ripresa dopo una pausa pandemica".

La buona notizia però è che la Cina sta trainando un cambiamento, basato sempre di più verso le energie rinnovabili, in un percorso più "aggressivo" verso lo zero netto delle emissioni del futuro.

Proprio la Cina, in caso di Stati Uniti che con Trump potrebbero retrocedere sulle questioni climatiche e ambientali, è anche il Paese che potrebbe quest'anno intestarsi la vera leadership per le battaglie climatiche necessarie.

### **Finanza climatica**

Se quelle elencate sopra sono le sfide forse più urgenti per la salute del Pianeta, altre, in chiave positiva, potrebbero vedere interessanti sviluppi secondo *Science* nel 2025.

In archeologia per esempio lo studio avanzato delle antiche ossa umane, grazie alle firme chimiche e alle indagini sui metaboliti, sta facendo passi da gigante: scoprire più segni distintivi chimici sugli abitanti del passato potrebbe essere fondamentale per comprendere le malattie odierne così come l'impatto delle malattie e gli usi di un tempo sulla salute.

Un'altra buona notizia potrebbe arrivare poi dalla lotta alla malaria: dove sono stati distribuiti vaccini, in almeno 17 Paesi, ci sono stati cali notevoli di casi.

"Sebbene i dati completi sui casi di malaria, i ricoveri ospedalieri e i decessi siano notoriamente difficili da raccogliere, i ricercatori affermano che dovrebbe essere possibile vedere i tassi di malattia scendere nelle regioni in cui i bambini sono stati vaccinati" ricordano i ricercatori.

Speranza c'è anche per un cambiamento generale delle diete: un minor consumo di carne rossa fa parte sia di una dieta che può aiutare la salute delle persone, sia quella dell'ambiente che ci circonda.

Negli States, proprio su questo tema, sono state avviate nuove linee guida per limitare il consumo ma, ricorda *Science*, "la nuova amministrazione del presidente eletto Donald Trump potrebbe respingere le linee guida". Infine, in questo 2025 appena iniziato, per la scienza vale la pena tenere gli occhi puntati sul cielo.

L'astronomia potrebbe regalarci infatti nuove e importanti informazioni anche grazie al debutto del Vera C. Rubin Observatory, "un telescopio da ricognizione finanziato dagli Stati Uniti pronto a trasformare molti settori dell'astronomia che può individuare oggetti celesti che si sono spostati, hanno cambiato luminosità o sono apparsi o scomparsi all'improvviso, come comete e asteroidi precedentemente sconosciuti, stelle esplose in galassie lontane o, forse, il Pianeta Nove, un ipotetico pianeta gigante oltre Nettuno".

[https://www.repubblica.it/green-and-blue/2025/01/04/news/clima\\_pandemie\\_previsioni\\_2025\\_science-423918759/?ref=-BH-IO-P-S1-T1](https://www.repubblica.it/green-and-blue/2025/01/04/news/clima_pandemie_previsioni_2025_science-423918759/?ref=-BH-IO-P-S1-T1)

## L'Artico da bianco sta diventando blu: fra soli tre anni potrebbe restare senza ghiaccio

Giacomo Talignani  
(reuters)

*Nella peggiore delle ipotesi, indicano nuovi modelli, l'Oceano artico potrebbe rimanere senza ghiaccio già dal 2027. Lavorando sulla riduzione delle emissioni però "possiamo ancora preservarlo". E intanto ci sono start-up che puntano a recuperare acqua sotterranea per congelarla*

Fra soli tre anni, nella peggiore delle ipotesi, gli scienziati stimano che potrebbe accadere qualcosa di finora inimmaginabile: passare da "un Oceano artico bianco" a un "Oceano artico blu", in poche parole un Artico senza più ghiaccio. Una previsione inquietante, quella raccontata su [Nature](#) da due ricercatrici, Céline Heuzé del dipartimento di Scienze della Terra dell'Università di Goteborg e Alexandra Jahn, esperta di scienze atmosferiche e oceaniche dell'Università del Colorado Boulder.

Le stime si basano su dolorosi calcoli che, partendo come base dai dati raccolti nel 2023, dimostrano come agli attuali ritmi e tendenze di perdita di ghiaccio se per l'impatto del riscaldamento globale e delle attività antropiche si supereranno (cosa probabile) le perdite raggiunte finora c'è un'alta probabilità che l'Oceano artico rimanga senza ghiaccio "inevitabilmente entro i prossimi 20 anni", con una possibilità estrema che ciò accada già a partire dal 2027.

Il ritmo attuale di perdita è già superiore al 12% per ogni decennio, di conseguenza il giorno che simboleggerà una "pietra miliare minacciosa per il Pianeta", scrivono le esperte, potrebbe essere centrato purtroppo in un lasso di tempo molto breve.

Le conseguenze, nel tempo, sarebbero devastanti: non solo la perdita di ghiaccio può influire su circolazioni dell'aria e meccanismi del clima, aggravando determinate condizioni, ma come sappiamo è già letale per la sopravvivenza degli ecosistemi, dagli orsi polari sino alle altre creature che vivono nell'Artico fino alla sussistenza per le comunità che oggi abitano il Nord del mondo.

Più in generale il ghiaccio marino mondiale ha un ruolo cruciale nella regolazione delle temperature dell'oceano e dell'aria e nell'alimentazione delle correnti oceaniche che trasportano calore e sostanze nutritive in tutto il mondo, per cui le ripercussioni sarebbero di natura "globale" e non locale.

La causa principale della perdita e dello scioglimento è, come noto, legata alle emissioni climalteranti create dalle attività dell'uomo, quelle che contribuiscono al riscaldamento globale: anche se oggi facessimo un immediato passo indietro sulle emissioni di gas serra, i processi che porteranno l'Artico a trasformarsi in un "oceano blu" sono già avviati e molto probabilmente ciò si verificherà "entro nove o vent'anni dal 2023", con proiezioni estreme che parlano appunto di una scomparsa già entro soli tre anni.

### Riscaldamento globale

"Il primo giorno senza ghiaccio nell'Artico non cambierà subito le cose in modo radicale ma mostrerà che abbiamo fundamentalmente alterato una delle caratteristiche distintive dell'ambiente naturale nell'Oceano Artico, ovvero che è coperto da ghiaccio marino e neve tutto l'anno, attraverso le emissioni di gas serra" ha spiegato la coautrice dello studio Alexandra Jahn.

Nell'Artico che oggi si sta riscaldando quattro volte più velocemente rispetto ad altre zone del mondo, il passaggio da bianco a blu potrebbe inoltre significare la perdita dell'effetto albedo, dato che superfici più scure riflettono meno la radiazione solare.

Lo studio, che si basa su dati e osservazioni satellitari, oltre che su 11 modelli climatici e algoritmi elaborati dalle ricercatrici, indica come l'impatto della crisi del clima potrebbe portare diverse aree dell'Artico oltre il limite di ghiaccio di 0,3 milioni di miglia quadrate, cifra che viene considerata per definire un'area libera dai ghiacci.

Rispetto al periodo tra il 1979 e il 1992, quando si contava una estensione di ghiaccio di almeno 2,6 milioni di miglia quadrate, ora siamo già passati a 1,6 milioni e il declino è costante.

Nove delle simulazioni (su 366 totali) effettuate dalle ricercatrici stimano che se i tassi attuali di perdita peggioreranno, cosa possibile dato che anche il 2024 è stato un nuovo anno da record per temperature medie globali elevate, allora il primo giorno di "Artico senza ghiaccio" potrebbe arrivare già "tra tre e sei anni".

Dunque prima o poi, entro il 2030, questo giorno arriverà ma, stimano gli esperti, non tutto è perduto.

Lavorare a livello planetario sulla riduzione delle emissioni infatti "contribuirebbe a preservare il ghiaccio marino" sostiene Jahn.

Parallelamente, proprio nel tentativo di preservare i ghiacci, un gruppo di scienziati e imprenditori sta anche sperimentando nell'Artico canadese un nuovo sistema per provare a pompare acqua marina sottostante e congelarla in superficie.

### **Crisi climatica**

Nella zona di Nunavut sta operando infatti la start-up britannica Real Ice e, con l'obiettivo di rallentare o addirittura invertire la perdita di ghiaccio estiva e primaverile il gruppo punta - anche se con metodi criticati perché secondo alcuni non potrebbero funzionare su larga scala - a congelare sempre più acqua estratta per invertire quella rotta che ha portato dagli anni Ottanta ad oggi a ridurre la quantità di ghiaccio spesso di quasi il 95%.

Per ora, come ha raccontato l'italiano Andrea Ceccolini, che è co-Ceo di Real Ice, si tratta di un tentativo arduo ma "possibile" per "lasciare un mondo migliore ai miei figli" anche se altri scienziati criticano la possibilità che questo metodo possa funzionare appunto su larga scala.

L'unica certezza, osservando i modelli attuali, resta purtroppo l'attesa di un giorno: quello da passaggio da "bianco a blu" che appare sempre più vicino.

[https://www.repubblica.it/green-and-blue/2024/12/16/news/riscaldamento\\_globale\\_artico\\_senza\\_ghiaccio-423889652/](https://www.repubblica.it/green-and-blue/2024/12/16/news/riscaldamento_globale_artico_senza_ghiaccio-423889652/)

## **nature communications**

### **Il primo giorno senza ghiaccio nell'Oceano Artico potrebbe verificarsi prima del 2030**

**Céline Heuzé e Alessandra Jahn**

***Comunicazioni sulla natura* volume 15, Numero articolo: 10101 ( 2024 )**

#### **Astratto**

Le proiezioni di un Artico senza ghiaccio marino si sono finora concentrate sulle condizioni medie mensili senza ghiaccio.

Qui forniamo le prime proiezioni di quando potremmo vedere il primo giorno senza ghiaccio nell'Oceano Artico, utilizzando l'output giornaliero di più modelli CMIP6.

Abbiamo scoperto che c'è un ampio intervallo del primo giorno senza ghiaccio previsto, da 3 anni rispetto a uno stato modello equivalente al 2023 a nessun giorno senza ghiaccio prima della fine delle simulazioni nel 2100, a seconda del modello e dello scenario di forzatura utilizzati.

Utilizzando un approccio storyline, ci concentriamo quindi sulle nove simulazioni in cui il primo giorno senza ghiaccio si verifica entro 3-6 anni, ovvero potenzialmente prima del 2030, per capire cosa potrebbe causare una transizione così improbabile ma ad alto impatto al primo giorno senza ghiaccio.

Abbiamo scoperto che questi primi giorni senza ghiaccio si verificano tutti durante un rapido evento di perdita di ghiaccio e sono associati a un forte riscaldamento invernale e primaverile.

## Introduzione

Si prevede che il declino osservato della copertura di ghiaccio marino artico [1](#) continuerà in futuro [2](#). Il potenziale di un Oceano Artico libero dai ghiacci è uno degli esempi più sorprendenti del cambiamento climatico antropogenico in corso, con una transizione visibile da un Oceano Artico bianco a un Oceano Artico prevalentemente blu durante l'estate [3](#).

Mentre la prima occorrenza di condizioni senza ghiaccio ha principalmente un significato simbolico, una transizione a un Oceano Artico che abbia regolarmente un'area di ghiaccio marino inferiore a 1 milione di km<sup>2</sup> (comunemente utilizzata come soglia senza ghiaccio [4](#), [5](#), [6](#), [7](#)) in estate dovrebbe avere effetti a cascata sul resto del sistema climatico: ciò aumenterebbe notevolmente il riscaldamento dell'oceano superiore, accelerando la perdita di ghiaccio marino durante tutto l'anno [8](#) e quindi accelerando ulteriormente il cambiamento climatico [9](#), e potrebbe anche indurre eventi più estremi alle medie latitudini [10](#).

Un'ulteriore riduzione della copertura di ghiaccio marino estivo avrà un impatto negativo anche sull'ecosistema artico, già stressato, dall'emblematico orso polare al fondamentale zooplankton [11](#), [12](#).

Le attuali proiezioni dei modelli climatici suggeriscono che la prima area media mensile di ghiaccio marino (SIA) di settembre pari o inferiore a 1 milione di km<sup>2</sup> potrebbe verificarsi entro il 2050 [2](#), ma le previsioni di un Artico senza ghiaccio presentano grandi incertezze, dovute a distorsioni del modello e variabilità interna [7](#), [13](#), [14](#).

Tuttavia, prima che la media mensile di settembre raggiunga la soglia di assenza di ghiaccio, assisteremo a un primo giorno senza ghiaccio con una SIA di 1 milione di km<sup>2</sup> o inferiore [7](#).

Dato che finora mancano proiezioni multi-modello del primo giorno senza ghiaccio [7](#), non si sa ancora quando potrebbero verificarsi tali primi giorni senza ghiaccio.

Per colmare questa lacuna, presentiamo qui la prima proiezione delle condizioni giornaliere senza ghiaccio, basata sui dati giornalieri CMIP6 [15](#), [16](#) sulla concentrazione del ghiaccio marino.

Qui ci concentriamo sulle previsioni di condizioni senza ghiaccio relative a uno stato modello equivalente al 2023 con un minimo SIA giornaliero uguale o maggiore dei 3,39 milioni di km<sup>2</sup> osservati nel 2023 [17](#), per illustrare quanto tempo potrebbe essere necessario per passare da un minimo SIA giornaliero simile a quello osservato nel 2023 al primo giorno con un SIA giornaliero di 1 milione di km<sup>2</sup> o inferiore (vedere la sezione "Metodi" per i dettagli sulla definizione esatta delle condizioni equivalenti al 2023). Inoltre, ciò rimuove anche parte dell'incertezza nelle simulazioni del modello, ricalibrando i modelli a uno stato SIA iniziale comune. Nella sezione "Tempistica del primo giorno senza ghiaccio" utilizziamo 11 diversi modelli CMIP6 che hanno avuto le migliori prestazioni nel periodo storico (vedere la sezione "Metodi") con un totale di 366 membri dell'ensemble per fornire previsioni probabilistiche delle prime condizioni giornaliere senza ghiaccio in diversi scenari di emissioni future CMIP6 (Shared Socio-economic Pathways - SSP) e mostriamo quanto prima si verificano rispetto alle previsioni mensili del primo giorno senza ghiaccio.

Nelle sezioni "Storylines: dalle condizioni equivalenti del 2023 al primo giorno senza ghiaccio in 3-6 anni" a "Trigger dell'ultimo anno: intrusioni di aria calda invernale, blocchi primaverili e tempeste estive", ci concentriamo quindi sulla comprensione dell'evoluzione delle simulazioni che raggiungono le condizioni senza ghiaccio più rapidamente rispetto ai loro stati equivalenti del 2023, seguendo un approccio storyline [18](#). Concentrandoci su queste simulazioni di transizione rapida, non stiamo suggerendo che le condizioni senza ghiaccio saranno raggiunte così rapidamente. Invece, l'obiettivo è quello di aumentare la consapevolezza del potenziale di una rapida perdita di ghiaccio marino nel prossimo futuro e di fornire approfondimenti su ciò che potrebbe portare a eventi così rari ma di grande impatto.

.....

## Discussione

La prima volta che l'Artico raggiungerà condizioni senza ghiaccio sarà un evento di grande importanza simbolica, poiché dimostrerà visivamente la capacità degli esseri umani di cambiare una delle caratteristiche distintive dell'Oceano Artico attraverso emissioni di gas serra antropogeniche: la transizione da un Oceano Artico bianco a un Oceano Artico blu [3](#). Finora, tutte le previsioni multi-modello si sono concentrate sulla previsione delle prime condizioni senza ghiaccio nei valori medi mensili [2](#), [4](#), [5](#), [14](#), [33](#), [34](#). Ma la prima volta che osserveremo condizioni senza ghiaccio nell'Oceano Artico sarà nei dati satellitari giornalieri, non in un

prodotto medio mensile [7](#) . Pertanto, per stabilire aspettative realistiche su quando potremmo osservare per la prima volta condizioni senza ghiaccio nell'Artico, abbiamo qui utilizzato dati giornalieri da modelli CMIP6 per fornire le prime previsioni multi-modello del primo giorno senza ghiaccio.

Abbiamo dimostrato che il primo giorno senza ghiaccio nell'Oceano Artico potrebbe verificarsi entro 3 anni dalle condizioni equivalenti minime dell'area di ghiaccio marino (SIA) del 2023, ovvero che vi è una probabilità diversa da zero di un giorno senza ghiaccio prima del 2030. La probabilità più alta che si verifichi il primo giorno senza ghiaccio si colloca entro 7-20 anni, in base al membro più antico dell'ensemble di tutti gli SSP degli 11 modelli CMIP6 analizzati (Fig. [1](#) ). In tutte le 366 simulazioni di tutti gli SSP, il primo giorno senza ghiaccio mediano si verifica entro 24 anni con una media di 29 anni. Si noti che tutte queste proiezioni partono dall'ultima volta in cui il minimo giornaliero SIA è superiore o uguale a 3,39 milioni di km<sup>2</sup> . Ciò potrebbe verificarsi nel 2023, se tutti i minimi giornalieri SIA dopo il 2023 sono inferiori a 3,39 milioni di km<sup>2</sup> . Ma il conto alla rovescia per il primo giorno senza ghiaccio potrebbe iniziare anche in un anno futuro, se il minimo giornaliero di SIA osservato negli anni successivi al 2023 sarà superiore a 3,39 milioni di km<sup>2</sup> .

Similmente alle prime previsioni mensili senza ghiaccio [7](#) , c'è anche una grande incertezza di previsione del primo giorno senza ghiaccio, associata a tutte e tre le fonti di incertezza delle previsioni climatiche [36](#) . L'incertezza dello scenario introdotta dalle emissioni future sconosciute è duplice. Innanzitutto, c'è una netta differenza tra lo scenario di emissione CMIP6 più basso che abbiamo analizzato (SSP1-1.9, che raggiunge un livello globale di CO<sub>2</sub> atmosferica di 393 ppm entro il 2100), che non mostra un giorno senza ghiaccio molto precoce (la proiezione più precoce è di 18 anni), e gli scenari di emissione CMIP6 più alti (da SSP1-2.6 a SSP5-8.5, che raggiungono tra 446 ppm e 1135 ppm di concentrazioni atmosferiche di CO<sub>2</sub> nel 2100 [37](#) ), che hanno tutti membri con giorni senza ghiaccio entro un decennio. La scoperta che i primi giorni senza ghiaccio si verificano in tutti gli scenari tranne quello con le emissioni più basse considerato da CMIP6 (da SSP1-2.6 a SSP5-8.5) senza alcuna influenza della forza dello scenario forzante concorda con i lavori precedenti sulla tempistica del primo mese senza ghiaccio nell'Artico [2](#) , [38](#) . Il secondo effetto dell'incertezza dello scenario è che nei due scenari con le emissioni più basse (SSP1-1.9 e SSP1-2.6), c'è la possibilità di evitare del tutto le condizioni giornaliere senza ghiaccio. Poiché SSP1-1.9 tende a rimanere al di sotto di 1,5 °C di riscaldamento globale entro il 2100 [19](#) e si prevede che SSP1-2.6 rimarrà intorno a 1,5 °C [19](#) , la possibilità di evitare condizioni giornaliere senza ghiaccio in questi scenari a basse emissioni coincide con studi che hanno rilevato che per un riscaldamento globale al di sotto dell'obiettivo di Parigi di 1,5 °C [32](#) qualsiasi occorrenza di un Artico medio mensile senza ghiaccio potrebbe essere ancora evitabile [33](#) , [34](#) , [35](#) .

L'incertezza di previsione della variabilità interna, che va da 26 anni per SSP5-8.5 a più di 58 anni per SSP1-2.6 (sulla base del modello MPI-ESM1-2-LR, che fornisce il più grande insieme di dati giornalieri, Tabella supplementare [S5](#) ), contribuisce anche in modo significativo all'incertezza di previsione complessiva. Pertanto, mentre il primo Artico senza ghiaccio potrebbe verificarsi entro 3 anni da un minimo SIA giornaliero di 3,39 milioni di km<sup>2</sup> , potrebbe anche non verificarsi per oltre 30 anni, a causa della variabilità interna. Un'incertezza di variabilità interna simile è stata trovata anche per le proiezioni del primo mese senza ghiaccio [14](#) , [39](#) . Ciò evidenzia che l'incertezza di variabilità interna influisce su tutte le proiezioni di un Artico senza ghiaccio, siano esse mensili o giornaliere, limitando l'accuratezza della previsione a un intervallo di almeno due decenni [14](#) , se non di più. Inoltre, nonostante la selezione del modello sia basata sulla simulazione storica SIA e l'allineamento di tutte le proiezioni sull'ultima volta in cui una simulazione ha avuto un minimo SIA di settembre superiore o uguale ai livelli osservati nel 2023, le differenze del modello aumentano l'incertezza della previsione, come si è visto anche per le proiezioni mensili senza ghiaccio [13](#) .

Per comprendere la rara ma ad alto impatto possibilità di una rapida perdita di SIA a 1 milione di km<sup>2</sup> nei dati giornalieri delle condizioni equivalenti del 2023, abbiamo studiato le trame dei nove casi più rapidi, che hanno raggiunto condizioni senza ghiaccio entro 3-6 anni. La maggior parte dei primi giorni senza ghiaccio si verifica ad agosto e il primo periodo senza ghiaccio è durato tra 11 e 53 giorni. Ciò che avevano tutti in comune era che il primo giorno senza ghiaccio si è verificato durante un Rapid Ice Loss Event (RILE, Fig. [2](#) ). Ciò che è degno di nota è che per tutti i casi di transizione rapida l'anno equivalente del 2023 si verifica dopo un periodo di scarsa o nessuna tendenza nella SIA giornaliera e mensile nei precedenti 10-15 anni, con una SIA precedentemente inferiore all'equivalente del 2023. Ciò non è dissimile dall'evoluzione della SIA osservata nei 15 anni precedenti al 2023 (vedere Fig. [2](#) ). Inoltre, in un'indagine sugli eventi RILE nei modelli CMIP6, è stato dimostrato che la probabilità di un RILE aumenta del 20% rispetto alla probabilità complessiva di RILE

dopo un periodo stabile di 10 anni nell'estensione del ghiaccio marino [26](#). Questi risultati suggeriscono che se un RILE dovesse verificarsi nel prossimo futuro, potrebbe potenzialmente portarci un primo giorno senza ghiaccio relativamente in fretta. Tuttavia, mentre il primo giorno senza ghiaccio ha un alto significato simbolico, non significa che dopo di che l'Oceano Artico diventi libero dai ghiacci ogni anno. Inoltre, anche condizioni costantemente senza ghiaccio nella media mensile di settembre non implicano condizioni senza ghiaccio per tutto l'anno, poiché il ghiaccio marino continua a tornare durante l'autunno e l'inverno artici bui e quindi freddi nelle simulazioni dei modelli fino a quando i livelli di CO<sub>2</sub> atmosferica superano le 1900 ppm [40](#).

Il fattore scatenante principale della rapida transizione al primo giorno senza ghiaccio entro 3-6 anni che abbiamo identificato è stata un'atmosfera calda nell'inverno e nella primavera precedenti, che ha portato a una perdita di massa di ghiaccio marino durante tutto l'anno (Fig. [3](#) b). Il primo anno con un giorno senza ghiaccio ha avuto temperature medie giornaliere primaverili già a gennaio, grazie a ondate di calore/blocchi e/o intrusioni di aria calda (Fig. [4](#)). Inoltre, abbiamo spesso trovato tempeste che attraversavano l'Artico nei giorni precedenti al primo giorno senza ghiaccio. Si prevede che tutti questi eventi aumenteranno di frequenza con il riscaldamento dell'Artico [30](#), rendendo il primo giorno senza ghiaccio sempre più probabile. La buona notizia è che, per tutti i casi della trama, il primo giorno senza ghiaccio si verifica in anni con una temperatura globale media quinquennale pari o superiore a 1,5 °C rispetto al livello preindustriale (Tabella [1](#)). Ciò significa che se riuscissimo a mantenere il riscaldamento globale al di sotto dell'obiettivo di 1,5 °C previsto dall'accordo di Parigi [32](#), potremmo potenzialmente evitare ancora giornate senza ghiaccio.

<https://www.nature.com/articles/s41467-024-54508-3>

Science

## Negli ultimi 2 anni, la Terra si è riscaldata più velocemente che mai

El Niño e la diminuzione della riflettività hanno portato a un aumento del riscaldamento

10 GENNAIO 2025 • 18:15 ET • DI PAUL VOOSSEN

È un record predetto: il 2024 è stato l'anno più caldo nella storia dell'umanità, persino più caldo dell'anno record precedente. Le temperature superficiali globali erano tra 1,45 °C e 1,6 °C più alte della media dal 1850 al 1900, hanno riferito oggi diversi gruppi di monitoraggio del clima.

"Ora viviamo in un clima molto diverso da quello sperimentato dai nostri genitori e dai nostri nonni", ha affermato Samantha Burgess, vicedirettrice del Copernicus Climate Change Service (C3S) europeo.

Un altro riscaldamento di 1,5°C riporterebbe il mondo al clima del Pliocene, un periodo di 3 milioni di anni fa in cui i livelli del mare erano di molti metri più alti, ha affermato Gavin Schmidt, direttore del Goddard Institute for Space Studies della NASA, nell'annuncio dell'agenzia.

"Siamo a metà strada verso il calore del Pliocene in soli 150 anni".

Inoltre, il picco degli ultimi 2 anni è stato il più netto nella storia moderna, ha detto Burgess. Ha colto di sorpresa molti scienziati del clima, superando quanto ci si aspetterebbe semplicemente dall'aumento dei gas serra.

Sono emerse una serie di spiegazioni, alcune familiari (un El Niño nell'Oceano Pacifico) e altre preoccupanti ed enigmatiche, tra cui quella che sembra essere una diminuzione decennale della copertura nuvolosa. Il

timore è che il riscaldamento potrebbe accelerare più velocemente del previsto, a causa di un feedback poco compreso nel sistema climatico.

Prendere la temperatura dell'anno precedente è diventata una tradizione di gennaio sempre più cupa. Negli ultimi anni, [alla NASA](#) e alla [National Oceanic and Atmospheric Administration](#) negli Stati Uniti e al [Met Office](#) del Regno Unito si sono uniti [C3S](#), [Berkeley Earth](#) e un [gruppo internazionale di scienziati oceanici](#), con ogni gruppo che sottolinea metodi diversi per unire insieme i dati provenienti da migliaia di termometri terrestri, boe oceaniche e satelliti.

Nelle profondità dell'oceano, destinate ad assorbire la maggior parte dell'energia del riscaldamento globale, quasi ogni anno è un nuovo record. In superficie, non tutti gli anni lo sono, ma ognuno degli ultimi 10 anni è stato tra i 10 anni più caldi della storia.

A prima vista, il pianeta potrebbe sembrare aver superato l'ambizioso obiettivo di limitare il riscaldamento a 1,5°C stabilito dall'accordo di Parigi nel 2015.

Ma poiché le temperature fluttuano naturalmente di anno in anno, affermano gli scienziati del clima, ciò che conta è la media a lungo termine, che attualmente si attesta tra 1,2°C e 1,4°C. Potrebbero volerci 5 o 10 anni prima che l'obiettivo di Parigi venga chiaramente violato.

Per certi versi, il 2024 è stato meno eccezionale del 2023, anche se è stato più caldo, ha detto Schmidt. Nel 2023, le temperature superficiali sono aumentate di quasi 0,3 °C in un anno; l'anno scorso, hanno chiuso con circa 0,1 °C in più rispetto al 2023.

Il balzo del 2023 ha coinciso con un forte El Niño che si è verificato nella seconda metà dell'anno. Ora che El Niño ha lasciato di nuovo il posto a La Niña, la sua controparte raffreddante, "il picco è terminato", afferma Shiv Priyam Raghuraman, climatologo presso l'Università dell'Illinois Urbana-Champaign.

La domanda urgente per la scienza del clima è [capire cosa è successo nel 2023](#) e se El Niño sia la spiegazione completa. Un recente lavoro di Raghuraman ha dimostrato che l'arrivo di El Niño dopo una prolungata La Niña dal 2020 al 2022 [potrebbe teoricamente spiegare tutto l'aumento di temperatura](#).

Ma l'aumento è iniziato prima di El Niño nel 2023, soprattutto nell'Oceano Atlantico settentrionale, ed è durato più a lungo nel 2024, il che suggerisce che altri fattori sono in gioco. Infatti, la NASA ha stimato che El Niño ha aggiunto solo 0,01 °C di riscaldamento nel 2023.

All'inizio, [alcuni ricercatori pensavano che](#) un'aria più pulita e limpida dovuta al calo dell'inquinamento proveniente dalla Cina e al passaggio a carburanti più puliti per le navi potesse spiegare una parte significativa dell'aumento.

Ma il 2023 potrebbe rientrare in una tendenza più allarmante.

Per 2 decenni, gli strumenti della NASA nello spazio hanno monitorato un crescente squilibrio nel bilancio energetico solare della Terra, con più energia in entrata che in uscita dal pianeta. Sebbene i gas serra spieghino la maggior parte dello squilibrio, i dati hanno anche mostrato che il pianeta sta diventando meno riflettente, ben oltre quanto ci si aspetta da una [diminuzione dell'inquinamento atmosferico che riflette la luce](#).

Uno studio recente ha suggerito che una diminuzione delle nubi riflettenti abbia avuto un ruolo nel riscaldamento del 2023, sebbene non sia chiaro cosa abbia guidato tali cambiamenti.

Ma più preoccupante è il lavoro presentato il mese scorso all'incontro annuale dell'American Geophysical Union e riportato da *Science*, [che mostra che la copertura nuvolosa riflettente è diminuita](#) per 2 decenni. Se questo declino regge e si scopre che è causato dal riscaldamento globale, che poi amplifica, allora il picco di temperatura del 2023 potrebbe non essere un'anomalia.

Potrebbe essere un presagio.

[https://www.science.org/content/article/over-past-2-years-earth-got-hotter-faster-ever?utm\\_source=sfmc&utm\\_medium=email&utm\\_content=alert&utm\\_campaign=DailyLatestNews&et rid=691092258&et cid=5492626](https://www.science.org/content/article/over-past-2-years-earth-got-hotter-faster-ever?utm_source=sfmc&utm_medium=email&utm_content=alert&utm_campaign=DailyLatestNews&et rid=691092258&et cid=5492626)

COMMENTO · Online per la prima volta, il 21 gennaio 2025 · Accesso Libero

## Crisi climatica e salute umana: identificare le grandi sfide attraverso la ricerca partecipativa

J Johanna Sanchez <sup>a</sup>, Evelyn Gitau <sup>b</sup>, Reda Sadki <sup>c</sup>, Charlotte Mbuh <sup>c</sup>, Karlee Argento <sup>dn</sup> e il Gruppo di esperti sul clima e la salute <sup>f</sup>

La crisi climatica è stata definita la più grande minaccia globale per la salute che il mondo si trova ad affrontare nel XXI secolo. [1,2](#) Negli ultimi 5 anni, temperature record, precipitazioni estreme e altri eventi meteorologici gravi si sono verificati a un ritmo allarmante. Queste condizioni non solo hanno creato nuove minacce per la salute, come la malattia renale cronica di origine sconosciuta e l'espansione della gamma geografica delle malattie infettive trasmesse dalle zanzare, ma hanno anche esacerbato le sfide sanitarie esistenti, tra cui malattie infettive, problemi di salute mentale e malnutrizione. Nonostante contribuiscano meno alla crisi climatica in termini di emissioni di carbonio, i paesi a basso e medio reddito (LMIC) e i piccoli stati insulari in via di sviluppo sono colpiti in modo sproporzionato dai suoi effetti. [3](#) Si stima che fino a 3,6 miliardi di persone in tutto il mondo vivano in regioni vulnerabili al clima. [3](#)

Sebbene le attività di mitigazione mirino a limitare le emissioni di carbonio, ridurre le temperature e prevenire il peggioramento delle condizioni climatiche, la mancanza di un adattamento incentrato sulla salute ha lasciato le persone in queste regioni impreparate ad affrontare le crescenti minacce per la salute della crisi climatica. [2](#) Le comunità nelle regioni più vulnerabili del mondo devono adattarsi e sviluppare la resilienza alle sfide climatiche future legate alla salute.

Il primo passo per affrontare questa lacuna nell'adattamento sanitario è identificare sistematicamente le priorità globali per il clima e la salute. Grand Challenges Canada (finanziato dal governo del Canada), Science for Africa e Global Grand Challenges Network sono piattaforme che investono nell'innovazione per affrontare le barriere critiche attraverso il modello Grand Challenges. Nel contesto della salute, una Grand Challenge è definita come una barriera critica che, se rimossa, aiuterebbe a risolvere un importante problema di salute globale. [4](#) Un elenco di sfide climatiche e sanitarie potrebbe aiutare a catalizzare e dirigere l'innovazione nel settore climatico e sanitario in crescita e in evoluzione.

Gli operatori sanitari, gli scienziati, gli innovatori, i decisori politici e gli operatori umanitari nei paesi a basso e medio reddito sono in prima linea in questa crisi. Sono nella posizione migliore per descrivere le sfide sanitarie più urgenti e rilevanti legate al clima e le barriere critiche che devono essere superate per affrontarle. Proprio come le soluzioni guidate a livello locale sono essenziali per superare le sfide sanitarie globali, le intuizioni locali sono cruciali per identificare le esigenze e le priorità da affrontare.

La ricerca partecipativa implica il coinvolgimento di persone direttamente interessate da un problema o che rappresentano gli interessi di coloro che sono interessati. [5](#) Grand Challenges Canada e Science for Africa Foundation, in collaborazione con Global Grand Challenges Network, Geneva Learning Foundation e partner di disseminazione, stanno conducendo un sondaggio globale su clima e salute per coinvolgere le comunità sanitarie locali dei Paesi a basso e medio reddito. Questo sondaggio sarà utilizzato per raggiungere le persone più vicine alle sfide, ovvero gli operatori sanitari della comunità, gli infermieri, i medici e altri operatori sanitari in prima linea, oltre alla più ampia comunità sanitaria, per comprendere le loro prospettive sull'effetto del clima sulla salute nelle loro comunità. Il sondaggio mira a identificare le priorità sanitarie locali sensibili al clima, nonché le barriere critiche da superare per affrontare tali sfide sanitarie.

Questo sondaggio sarà integrato dagli input qualitativi di una convocazione virtuale di operatori sanitari in prima linea a livello mondiale (Teach to Reach 11) guidata dalla Geneva Learning Foundation. I risultati quantitativi del sondaggio e i risultati della convocazione qualitativa saranno esaminati da un gruppo di esperti globali di clima e salute convocato da Grand Challenges Canada, per sviluppare una lista classificata di Grand Challenges per clima e salute. I risultati saranno diffusi a livello globale e pubblico come documento per il bene pubblico e informeranno anche una nuova Grand Challenge per clima e salute lanciata da Grand Challenges Canada, Science for Africa Foundation e Global Grand Challenge Network.

La crisi climatica è una crisi sanitaria. Forti sforzi internazionali, collaborazione e finanziamenti su larga scala sono essenziali per supportare le comunità locali nell'adattamento e nella costruzione della resilienza alle sfide attuali e future. Questo sforzo è spinto da un ampio sforzo globale da parte di partner disponibili a raggiungere e centrare le voci locali. Il risultato di questo sforzo collaborativo è il primo passo per influenzare il cambiamento informando le comunità globali, i finanziatori, le organizzazioni globali, i ricercatori, i responsabili delle politiche sanitarie e gli operatori in prima linea.

Vi preghiamo di unirvi a noi nell'identificazione delle priorità sanitarie sensibili al clima nella regione in cui lavorate o vivete andando su [www.climatehealthsurvey.com](http://www.climatehealthsurvey.com). Il sondaggio sarà attivo dal 15 gennaio 2025 al 4 marzo 2025.

[https://www.thelancet.com/journals/langlo/article/PIIS2214-109X\(25\)00003-8/fulltext?dgcid=raven\\_jbs\\_aip\\_email](https://www.thelancet.com/journals/langlo/article/PIIS2214-109X(25)00003-8/fulltext?dgcid=raven_jbs_aip_email)



**La politica energetica di Donald Trump**

[FORUM DPCE Online - Osservatorio sulla Presidenza Trump]

## **La politica energetica di Donald Trump: conseguenze nazionali e ripercussioni globali**

**Francesco Gallarati**

Con la firma dell'Executive Order del 28 marzo, la politica energetica di Donald Trump ha cominciato a prendere forma. Dando seguito alle promesse fatte in campagna elettorale, il Presidente neoeletto ha ridefinito le priorità energetiche nazionali, ponendosi in netta contrapposizione con le politiche portate avanti dall'amministrazione Obama.

Gli obiettivi strategici che Trump intende perseguire in campo energetico sono essenzialmente due: 1) la piena indipendenza energetica degli USA, rispetto in particolare ai paesi dell'OPEC; 2) il rilancio dell'industria energetica, come volano per lo sviluppo economico e per la creazione di nuovi posti di lavoro (v. America First Energy Plan, pubblicato sul sito della Casa Bianca all'indomani dell'insediamento di Donald Trump). Quest'ultimo obiettivo riguarda innanzitutto l'industria del carbone, che negli ultimi anni ha conosciuto una profonda crisi, dalla quale l'amministrazione Trump intende risollevarla, rimettendo i minatori "back to work". Per fare questo, l'Executive Order del 28 marzo contiene alcune misure volte a smantellare, pezzo dopo pezzo, la politica ambientale di Barack Obama. In particolare, il provvedimento si rivolge alle Agenzie federali con competenze in materia energetica, quali in particolare l'Environmental Protection Agency (EPA), cui ordina di rivedere tutta la regolazione esistente, eliminando le restrizioni idonee a ostacolare o impedire l'utilizzo e lo sviluppo delle risorse energetiche nazionali.

Più nel dettaglio, il provvedimento presidenziale ordina all'EPA di eliminare le restrizioni alle emissioni di CO2 contenute nel Clean Power Plan, uno dei capisaldi della politica ambientale dell'amministrazione Obama, che avrebbero probabilmente portato alla chiusura di diverse centrali a carbone. Inoltre, viene rimossa la moratoria sulle licenze minerarie in terreni federali, introdotta da Obama, aprendo così la strada a nuove concessioni di ricerca ed estrazione.

Alla base della politica energetica di Donald Trump c'è l'atteggiamento scettico, per non dire negazionista, della nuova amministrazione rispetto al cambiamento climatico. In campagna elettorale Trump ha definito il cambiamento climatico un imbroglio (hoax) inventato dai cinesi per danneggiare l'industria americana. Una volta eletto, molti commentatori si sono domandati se le politiche del nuovo Presidente sarebbero state

coerenti con le esternazioni rese in campagna elettorale. Ad oggi non è possibile dare una risposta definitiva a tale quesito. L'amministrazione Trump, fino a questo momento, non ha negato esplicitamente il cambiamento climatico, così come non ha dichiarato di voler rinnegare gli impegni assunti da Obama alla Conferenza di Parigi.

L'esitazione è probabilmente dovuta al fatto che Trump deve tenere conto da un lato dell'opinione pubblica americana, in larga parte sensibile alle questioni ambientali, e dall'altro delle reazioni che i partners internazionali, quali in particolare la Cina, potrebbero avere di fronte ad un passo indietro degli Stati Uniti (sulle reazioni internazionali alle misure di Trump, v. J. Worland, *How the World is responding to President Trump's climate policies*, in *Time*, 30-3-2017, disponibile sul sito [Time.com](http://Time.com)).

Al di là però del riconoscimento formale della necessità di ridurre le emissioni in atmosfera del secondo Paese al mondo per emissioni di CO2 (dopo la Cina), sta di fatto che il primo provvedimento importante dell'era Trump in materia energetica va nella direzione opposta rispetto agli impegni assunti da Obama.

Resta da chiedersi, a questo punto, se le misure adottate da Donald Trump siano capaci di rilanciare effettivamente l'industria del carbone e di arrestare la transizione verso l'energia pulita. Dalle colonne del *New York Times*, nei giorni seguenti la firma dell'Executive Order, diversi commentatori hanno sostenuto (e auspicato) il contrario (v., tra gli altri, C. Krauss, D. Cardwell, *Policy's Promise for Coal Power Has Its Limits*, in *The New York Times*, 29-3-2017, A1).

La politica energetica del Presidente Trump, in effetti, potrebbe essere frenata da diversi fattori.

Innanzitutto, l'Executive Order non produce effetti immediati, ma si limita ad ordinare alle Agenzie federali di mettere mano ai regolamenti adottati in materia ambientale. Questo processo potrebbe durare molto tempo, anche diversi anni, e presumibilmente sarà rallentato da battaglie legali, oltreché politiche, condotte dagli oppositori dell'attuale presidenza. Il ritardo potrebbe essere tale da impedire a Trump di realizzare il proprio programma prima della fine del mandato, con la possibilità che non venga riconfermato dagli elettori americani nel 2020.

In secondo luogo, il programma presidenziale si scontra con la volontà di diversi Stati progressisti, quali in particolare California e New York, che hanno dichiarato di voler continuare ad attuare, nell'ambito delle proprie competenze, politiche fortemente ambientaliste.

Inoltre, secondo un giudizio pressoché unanime dei commentatori, le misure adottate e promesse da Donald Trump non saranno in grado di rilanciare l'industria del carbone, né di restituire i posti di lavoro ai minatori. La crisi del carbone, infatti, più che alla regolamentazione restrittiva adottata nell'era Obama, è dovuta alla shale revolution, che ha ridotto drasticamente i prezzi del gas naturale, mettendo fuori mercato il ben più costoso e inquinante carbone. La cancellazione delle restrizioni alle emissioni potrebbe consentire agli impianti in attività di continuare a bruciare carbone per qualche anno, ma difficilmente potrà rilanciare gli investimenti in questo settore, che non è più considerato redditizio (v. G. Dyer, *Trump non può fermare la lotta contro il riscaldamento globale*, in *Internazionale*, 31-03-2017, disponibile sul sito [internazionale.it](http://internazionale.it)).

Infine, occorre considerare che molte imprese americane produttrici di energia hanno avviato in questi anni investimenti molto importati nel gas naturale e nelle energie rinnovabili. Difficilmente queste politiche aziendali muteranno per effetto delle misure adottate dal Governo federale. Le politiche aziendali, infatti, rispondono prima di tutto al mercato, che in questo momento a livello globale è molto attento alle questioni ambientali. Inoltre, i piani di investimenti vengono adottati assumendo una prospettiva a medio-lungo termine, e pertanto difficilmente si faranno condizionare dalle scelte contingenti di un'amministrazione che si pone in controtendenza rispetto alla transizione globale verso le energie pulite, e che rischiano di essere nuovamente rinnegate dalla stessa presidenza USA tra quattro anni.

In definitiva, secondo alcuni commentatori, la politica energetica di Donald Trump potrà frenare, ma non invertire la tendenza verso una maggiore sostenibilità delle fonti energetiche.

Se questo è vero, tuttavia non bisogna sottovalutare l'impatto che la politica energetica di Donald Trump potrà avere a livello globale (v. Editorial Board, *President Trump Risks the Planet*, in *The New York Times*, 29-3-2017, A26). È noto infatti che alcuni dei paesi firmatari dell'accordo di Parigi avrebbero volentieri fatto a meno di assumersi impegni vincolanti in termini di riduzione delle emissioni, ma vi erano stati "costretti" dal consenso raggiunto tra le due principali potenze economiche mondiali, Cina e USA.

Ora, il disimpegno – formale o sostanziale – degli Stati Uniti rispetto agli accordi sottoscritti a Parigi consentirebbe a questi paesi di non tenere fede, a loro volta, agli impegni presi, determinando il fallimento

della COP 21. La politica energetica di Donald Trump, quindi, rischia di pregiudicare in maniera forse irreversibile la lotta contro i cambiamenti climatici, più che per le sue conseguenze nazionali, per le sue possibili ripercussioni globali.

<https://www.dpceonline.it/index.php/dpceonline/lapoliticaenergeticadiDonaldTrump>



## Trump, la salute e la scienza

### The Lancet

“È orgoglioso di affidarsi al suo istinto piuttosto che a qualsiasi competenza, disdegna gli scienziati e il processo scientifico e non si lascia convincere da alcuna prova che non serva al suo programma. Ha fomentato disinformazione e cattiva informazione anche in momenti di crisi nazionale ed è a capo di un partito con palese antipatia verso le agenzie di sanità pubblica e chiari desideri di rimodellarle radicalmente”. (1)

La rielezione di Donald Trump a Presidente degli Stati Uniti il 5 novembre solleva profonde preoccupazioni su molti aspetti che riguardano la salute e la scienza.

Sebbene vi sia un allarme più ampio sulle sue intenzioni apertamente autoritarie, il suo imminente ritorno alla Casa Bianca ha lasciato nella gran parte della comunità sanitaria un senso di timore e incertezza su cosa accadrà in futuro negli Stati Uniti e nel mondo.

La campagna di Trump ha fatto poche promesse, se non nessuna, sulla politica sanitaria, ma non ci si può fare illusioni sull'atteggiamento di Trump e sul suo approccio caotico nel governare. [La Lancet Commission on Public Policy and Health in the Trump Era](#) ha descritto il suo primo mandato come “singolarmente dannoso”. È orgoglioso di affidarsi al suo istinto piuttosto che a qualsiasi competenza, disdegna gli scienziati e il processo scientifico e non si lascia convincere da alcuna prova che non serva al suo programma.

Ha fomentato disinformazione e cattiva informazione anche in momenti di crisi nazionale ed è a capo di un partito con palese antipatia verso le agenzie di sanità pubblica e chiari desideri di rimodellarle radicalmente. Robert F Kennedy Jr, che si dice avrà un ruolo consultivo di spicco sulla salute, se non una posizione di ministro, ha fatto molte affermazioni fuorvianti o false sulla salute e afferma che diversi dipartimenti della Food and Drug Administration (FDA) “devono andarsene”.

Indebolendo i Centers for Disease Control and Prevention, i National Institutes of Health e la FDA si rischia di creare un vuoto scientifico per gli stati, per non parlare di altri paesi, che si affidano a queste agenzie per la guida, ma tale ostilità serve anche a minare ulteriormente la fiducia del pubblico nella scienza in un momento già fragile.

Questi sono sviluppi gravi per una delle superpotenze scientifiche del mondo e possono solo danneggiare la salute e la medicina degli Stati Uniti. Il Senato, sebbene ora saldamente sotto il controllo repubblicano, deve fare il suo dovere per salvaguardare il benessere dei cittadini statunitensi respingendo candidati palesemente inadatti o non qualificati per posizioni di governo, incluso il capo del Dipartimento della Salute e dei Servizi Umani.

75 milioni di persone hanno votato per Trump, molti di loro avendo il giorno delle elezioni come preoccupazione principale l'economia e il costo della vita. I problemi di salute non hanno deciso le elezioni. Ma in vista delle elezioni di medio termine del 2026, gli elettori di tutti gli schieramenti politici dovrebbero chiedersi se il loro accesso alle cure, le spese sanitarie e la salute del Paese nel suo complesso saranno migliorate durante la seconda presidenza di Trump.

[I resoconti dei media](#) affermano già che è improbabile che a marzo il Congresso rinnovi i sussidi assicurativi sanitari dell'era Biden, con conseguente perdita della copertura sanitaria per 4 milioni di persone. Molti

cittadini comuni si dovranno preparare a organizzare, sostenere e protestare su questioni relative alla salute e ai diritti umani, non da ultimo ulteriori restrizioni sui diritti riproduttivi.

Le leggi sempre più minacciose e ambigue sull'assistenza riproduttiva e ostetrica stanno rendendo la pratica medica negli [Stati Uniti un'attività rischiosa](#) . Molti operatori sanitari avranno bisogno sia di supporto morale che legale.

La comunità sanitaria globale deve ora affrontare la prospettiva di una leadership statunitense indebolita o assente. Sia Gavi (*Global Alliance for Vaccines and Immunization*) che il Fondo globale per la lotta all'AIDS, alla tubercolosi e alla malaria dovranno essere rifinanziati nei prossimi 12 mesi e gli Stati Uniti sono stati storicamente un donatore leader per entrambi.

Anche l'OMS è nel mezzo di un round di investimenti e deve temere che Trump recida di nuovo i legami, come ha fatto durante la pandemia di COVID-19. Gli esperti di cambiamenti climatici hanno già espresso allarme per l'elezione di Trump mentre la COP29 è in corso in Azerbaigian.

Il multilateralismo è più forte se c'è il coinvolgimento degli Stati Uniti e ogni sforzo deve essere fatto per chiarire la necessità di una cooperazione globale per affrontare le questioni globali.

Ma la comunità internazionale deve considerare delle alternative e interrogarsi sull'affidabilità degli Stati Uniti come partner per accordi a lungo termine – altri paesi sono ora sotto pressione per un impegno e una collaborazione ancora maggiori. Ed Miliband, Segretario di Stato britannico per la sicurezza energetica, ha già promesso che il Regno Unito “farà un passo avanti e guiderà” la COP29.

Questo è il momento di fare più scienza, non meno, e di difendere e promuovere il valore della scienza. Per le istituzioni scientifiche e gli scienziati di carriera che le compongono, in particolare quelli che lavorano con e all'interno dell'amministrazione Trump, la priorità è continuare il loro lavoro. Generare prove. Correggere la disinformazione. Caricarsi di responsabilità. E impegnarsi.

Gli scienziati delle agenzie federali che lavorano con la nuova amministrazione rappresentano un'importante barriera di sicurezza contro la peggiore [politicizzazione della scienza](#) . Il COVID-19 ha dimostrato che scienziati rispettati e capaci possono esercitare una preziosa influenza anche negli ambienti politici più difficili adottando un approccio aperto e imparziale. Senza dubbio molti saranno chiamati a farlo di nuovo nei prossimi 4 anni.

Non sarà un compito facile, richiederà un lucido senso di pragmatismo, una ferma convinzione nel valore dei principi scientifici e una buona dose di coraggio.

[\(1\) Trump, health, science, and the next 4 years](#), Editorial, Lancet, Vol. 404, November 16, 2024. Traduzione nostra.

<https://www.saluteinternazionale.info/2024/11/trump-la-salute-e-la-scienza/>



## Scientific American sfida Trump. E la scienza diventa politica

*In 175 anni di storia, la prestigiosa rivista Scientific American non è mai scesa in campo per delle elezioni presidenziali americane. Adesso lo fa, per la prima volta, per appoggiare Joe Biden, contro Trump, accusato di disastri su Covid e riscaldamento globale. Ma si tratta di critiche politiche, molto più che scientifiche. E confermano un fenomeno in crescita: la politicizzazione delle scienze naturali*

In 175 anni di storia la prestigiosa rivista *Scientific American* non è mai scesa in campo per delle elezioni presidenziali. Non ha mai parteggiato per Zachary Taylor contro Lewis Cass e Martin van Buren nelle elezioni del 1848, le prime dopo che la rivista aveva visto la stampa, quando i partiti erano ancora gli Whig, i vecchi Democratici e il Partito della Terra Libera.

Non è scesa in campo nel 1860, alla vigilia della Guerra Civile, nella storica e sciagurata sfida fra Abraham Lincoln, primo candidato repubblicano, contro i due candidati democratici John Breckinridge (del Sud) e Stephen Douglas (del Nord).

Non è scesa in campo per Wilson, il presidente dell'intervento nella Grande Guerra e dei 14 Punti. E neppure per Roosevelt, quando promise il New Deal e un decennio dopo la vittoria nella Seconda Guerra Mondiale. Eppure *Scientific American*, in queste elezioni del 2020, si sente in dovere di scrivere un articolo in cui dà il suo illustre appoggio a Joe Biden, il candidato democratico.

E lo fa con un articolo che è più un insulto al presidente in carica, Donald Trump, che un elogio al candidato preferito.

“Quest’anno ci sentiamo costretti a farlo – si legge nell’editoriale – Non prendiamo la cosa alla leggera. I fatti e la scienza ci mostrano che Donald Trump abbia gravemente danneggiato gli Stati Uniti e il loro popolo, perché rifiuta sia i fatti sia la scienza”.

Un incipit così è già una condanna senza appello. Il [resto dell'articolo](#) rincara la dose, imputando a Trump la colpa di aver condotto una politica “disonesta e inetta” contro l’epidemia di Covid-19 e di “aver attaccato le protezioni ambientali, la sanità, la ricerca e le agenzie pubbliche scientifiche che aiutano questo Paese ad affrontare le sfide più importanti”. Oltre a sottolineare le gravi conseguenze del coronavirus negli Usa, con 190mila morti, l’articolo sottolinea anche l’avversione di Trump alle politiche di lotta al cambiamento climatico.

“Continuando a negare la realtà – si legge – Trump ha indebolito la preparazione degli Usa al cambiamento climatico, dichiarando falsamente che non esiste e ritirandosi dagli accordi internazionali per mitigarlo. Il cambiamento climatico sta già causando morti correlate all’alta temperatura e un aumento di tempeste, incendi e inondazioni”.

Se lo dice *Scientific American* vuol dire che è vero? Non possiamo, nel nostro piccolissimo, far a meno di notare che gli Usa hanno subito meno morti di Covid di molti altri grandi Paesi europei, Italia inclusa. Se guardiamo alle cifre in termini relativi alla popolazione, infatti, vediamo che la performance Usa non è stata peggiore di quella di Regno Unito, Belgio, Spagna, Italia, Francia.

E se proprio si devono indicare le responsabilità, in un sistema federale come quello americano, non si può anche qui ignorare che la stragrande maggioranza delle vittime è nello Stato di New York (governatore Andrew Cuomo, democratico). *Scientific American* condanna ampiamente le politiche anti-Covid più permissive, incoraggiate da Trump e applicate dai governatori repubblicani di Texas e Florida, ad esempio. Ma ignora completamente il disastro commesso da Cuomo a New York.

Per quanto riguarda il cambiamento climatico, invece, l’editoriale di appoggio a Biden giunge proprio nel momento giusto, nel pieno degli incendi sulla costa occidentale degli Stati Uniti. Il governatore della California, Gavin Newsom (democratico) ha dichiarato che gli incendi che stanno devastando da settimane il suo Stato sono causati dal cambiamento climatico.

Trump, in visita nello Stato della costa meridionale pacifica, ha invece rimproverato alla classe dirigente democratica un qualcosa di molto più immediato e concreto: la cattiva gestione delle foreste. [In effetti...](#)

Alla fine dell’articolo ci si chiede come mai una rivista che si è astenuta da ogni campagna elettorale, anche ai tempi della Guerra Civile e di due conflitti mondiali, adesso debba scegliere di scendere in campo, con argomenti per altro così deboli e facilmente confutabili.

La prima risposta è nello stato del giornalismo americano (e non solo) che è sempre più esplicitamente ideologizzato. Ormai non è un mistero che la maggior parte dei media sia dichiaratamente schierata dalla parte dei Democratici, o per lo meno contro Trump. Gordon Sauter, già presidente di Cbs News, ha dedicato un ampio studio sul tema, sostenendo che la faziosità filo-progressista dei media [abbia ormai passato ogni limite](#).

La seconda riflessione riguarda, invece, proprio l’ambiente scientifico, che è sempre più politicizzato. Sarebbe un sollievo pensare che sia solo una questione di soldi: denigrare il candidato che promette meno fondi alla

ricerca pubblica e parteggiare per quello che ne dà di più. C'è anche questo fattore (lo si legge fra le righe dello stesso editoriale), ma non solo.

Il punto vero è sempre l'ideologia. Il sostegno di *Scientific American* a Biden segue a ruota e completa una massiccia campagna di anti-razzismo nelle accademie scientifiche, incluso un [manifesto di condanna](#) delle origini "suprematiste bianche e capitaliste" dell'America pubblicato dall'Associazione degli Psicologi Americani.

In più occasioni, medici ed esperti di medicina delle accademie americane hanno condannato il razzismo come male peggiore del Covid, chiudendo un occhio e invitando a chiuderne anche due sugli assembramenti creati dalle manifestazioni di Black Lives Matter.

Anche *Scientific American*, in questo, [ha fatto la sua parte](#), mischiando arbitrariamente scienze sociali e medicina, attribuendo a una causa ideologica e politica (il presunto "razzismo" del 2020) la mortalità per Covid maggiore nelle comunità afro-americane.

Se dopo la scienze umane anche quelle naturali vengono egemonizzate dalla nuova sinistra, l'effetto, però, sarà quello di screditare le scienze naturali.

Con conseguenze sempre peggiori. Se le premesse sono queste, infatti, il consiglio che mi darà un medico non verrà più considerato come il parere di un esperto, ma come quello di un attivista di sinistra. E magari il suo attivismo non coincide con la mia salute.

<https://lanuovabq.it/it/scientific-american-sfida-trump-e-la-scienza-diventa-politica>

## Costi energetici Usa e Italia

Benzina 1 lit. 0.79 1,91

Elettricità KMwh 150 430

Gas Pwh 38 160

Salario 62.000 32.000

| Prodotto      | Quantità | USA    | Italia | Rapporto |
|---------------|----------|--------|--------|----------|
| Benzina       | litro    | 0,79   | 1,91   | 1:2,20   |
| Elettricità   | Mwh      | 150    | 430    | 1:2,80   |
| Gas           | Mwh      | 38     | 160    | 1:4,21   |
| Salario medio | In Euro  | 62.000 | 32.000 | 1:1,93   |

## Associazioni tra grado di lavorazione degli alimenti e mortalità per tutte le cause e per cause specifiche: un'analisi di coorte prospettica multicentrica in 9 paesi europei

Esther M. González-Gil<sup>a</sup> · Michele Matta<sup>b</sup> · Fernanda Morales Berstein<sup>c, d, m</sup> · Manon Cairat<sup>e</sup> · Geneviève Nicolas<sup>f</sup> · Jessica Blanco<sup>una</sup>  
e altri [Mostra altro](#)

### Riepilogo

#### Sfondo

Il consumo di cibo ultra-processato (UPF) è stato collegato a un rischio più elevato di mortalità. Questo studio multicentrico ha esaminato le associazioni tra l'assunzione di cibo in base al grado di lavorazione, utilizzando la classificazione Nova, e la mortalità per tutte le cause e per causa specifica.

#### Metodi

Questo studio ha analizzato i dati dell'European Prospective Investigation into Cancer and Nutrition. La mortalità per tutte le cause e la mortalità per causa specifica dovute a cancro, malattie circolatorie, malattie digestive, morbo di Parkinson e morbo di Alzheimer sono servite come endpoint. I rapporti di rischio (HR) e gli IC al 95% sono stati stimati utilizzando modelli di regressione dei rischi proporzionali di Cox multivariati. Sono state inoltre eseguite analisi di sostituzione.

#### Risultati

Complessivamente, sono stati inclusi nell'analisi 428.728 partecipanti (71,7% donne) e sono stati documentati 40.016 decessi dopo 15,9 anni di follow-up. Gli UPF (in percentuale grammi al giorno [g/d]) sono stati associati positivamente alla mortalità per tutte le cause (HR per 1-DS: 1,04; IC al 95%: 1,02, 1,05), così come alla mortalità per malattie circolatorie (1,09; IC al 95%: 1,07, 1,12), malattie cerebrovascolari (1,11; IC al 95%: 1,05, 1,17), cardiopatia ischemica (1,10; IC al 95%: 1,06, 1,15), malattie digestive (1,12; IC al 95%: 1,05, 1,20) e morbo di Parkinson (1,23; IC al 95%: 1,06, 1,42).

Non sono state trovate associazioni tra UPF e mortalità per cancro o morbo di Alzheimer. La sostituzione di alimenti trasformati e UPF con alimenti non trasformati o minimamente trasformati è stata associata a un rischio di mortalità inferiore.

#### Interpretazione

In questa analisi paneuropea, un consumo più elevato di UPF è stato associato a una maggiore mortalità per malattie circolatorie, malattie digestive e morbo di Parkinson. I risultati supportano la crescente evidenza che un consumo più elevato di UPF e un consumo inferiore di alimenti non trasformati possono avere un impatto negativo sulla salute.

#### Ricerca nel contesto

##### Prove prima di questo studio

Abbiamo cercato su PubMed, Web of Science e Google Scholar pubblicazioni in lingua inglese su studi longitudinali dall'inizio a giugno 2024 utilizzando combinazioni di termini di ricerca come "cibi ultra-elaborati", "elaborazione alimentare", "Nova" e "mortalità".

Diversi studi hanno segnalato associazioni tra consumo di cibo ultra-elaborato e mortalità per tutte le cause e per cause specifiche. Il consumo di cibo ultra-elaborato è stato collegato a un rischio più elevato di mortalità per tutte le cause e alcune cause specifiche, tuttavia, le prove da studi di coorte prospettici su larga scala che esaminano molteplici cause di morte, nonché altri gradi di elaborazione alimentare, sono limitate.

### **Valore aggiunto di questo studio**

In questo studio, il più grande del suo genere fino ad oggi, segnaliamo solide associazioni positive tra il consumo di cibo elaborato e ultra-elaborato con mortalità per tutte le cause e per causa specifica, compresi endpoint di mortalità non precedentemente valutati come il morbo di Parkinson.

Inoltre, questo è uno dei primi studi a valutare gli alimenti non elaborati/minimamente elaborati con esiti di mortalità e ha dimostrato che la sostituzione del 10% di grammi al giorno di alimenti elaborati e ultra-elaborati con una quantità uguale di alimenti non elaborati/minimamente elaborati era associata a un rischio inferiore di mortalità per tutte le cause e per causa specifica.

### **Implicazioni di tutte le prove disponibili**

Questo studio conferma un'associazione positiva tra il consumo di alimenti trasformati e ultra-trasformati e la mortalità per tutte le cause, ma identifica anche nuove associazioni con endpoint quali decessi per malattie digestive e morbo di Parkinson.

Inoltre, è stato scoperto che la sostituzione del 10% di alimenti trasformati e ultra-trasformati con una quantità uguale di alimenti minimamente trasformati riduce probabilmente il rischio di mortalità. Promuovere il consumo di alimenti non trasformati/minimamente trasformati scoraggiando al contempo gli alimenti altamente trasformati nelle raccomandazioni dietetiche può essere utile per la salute pubblica.

### **Introduzione**

Il consumo di alimenti ultra-processati (UPF) ha gradualmente sostituito gli alimenti non trasformati e minimamente trasformati e ora rappresenta tra il 25% e il 60% dell'apporto energetico totale della popolazione nei paesi ad alto reddito come gli Stati Uniti (USA), [1](#) il Regno Unito (UK) [2](#) e il Canada, [3](#) e circa il 20-40% dell'apporto energetico in diversi paesi a medio reddito. [4](#) [5](#)

Diversi studi longitudinali e meta-analisi [6](#) [7](#) hanno riportato associazioni positive tra il consumo di UPF e un rischio più elevato di cancro [8](#), malattie cardiovascolari (CVD), [9](#) diabete di tipo 2 [10](#) e mortalità prematura in alcuni studi prospettici. [11-13](#)

Un'analisi combinata [14](#) che ha incluso i partecipanti di tre studi di coorte (il Prostate, Lung, Colorectal and Ovarian Cancer Screening Trial [1993–2001], l'UK Biobank [2006–2010] e il National Health and Nutrition Examination Survey [1999–2018]) ha mostrato che coloro che rientravano nel quartile più alto di consumo di UPF avevano un rischio più elevato di mortalità per tutte le cause e per malattie cardiovascolari rispetto a coloro che rientravano nel quartile più basso.

Risultati simili riguardanti l'associazione positiva di UPF con mortalità correlata a malattie cardiovascolari o mortalità per tutte le cause sono stati osservati in altri studi. [13](#) [15-17](#) Inoltre, un'analisi precedente all'interno dell'UK Biobank ha mostrato che ogni incremento del 10% in grammi al giorno (g/d) di consumo di UPF era associato a un aumento del rischio di mortalità per tutte le cause, cancro ovarico e cancro al seno. [18](#)

Inoltre, una recente analisi multi-coorte condotta negli Stati Uniti ha rilevato che i soggetti nel quartile più alto di UPF, rispetto a quelli nel quartile più basso, hanno mostrato una mortalità superiore del 9% per cause diverse dal cancro o dalle malattie cardiovascolari. [13](#)

Ad oggi, nessuno studio di coorte su larga scala ha valutato sistematicamente l'associazione tra il grado di lavorazione degli alimenti e le cause meno comuni di mortalità, come sottotipi di malattie neurodegenerative e malattie digestive.

Lo scopo di questo studio era quello di indagare l'associazione tra consumo di cibo, in base al grado di lavorazione industriale degli alimenti, e mortalità, inclusa la mortalità per causa specifica dovuta a cancro, malattie circolatorie (tra cui cardiopatia ischemica e cerebrovascolare), malattie digestive, morbo di Parkinson, morbo di Alzheimer e suicidio nello studio EPIC (European Prospective Investigation into Cancer and Nutrition), una delle più grandi coorti prospettiche multicentriche al mondo.

....

### **Discussione**

I risultati di questo studio prospettico multicentrico su larga scala indicano che un maggiore consumo di alimenti non trasformati/minimamente trasformati è associato a un rischio inferiore di mortalità per tutte le cause e di molteplici forme di mortalità per cause specifiche, mentre un maggiore consumo di UPF aumenta il rischio di mortalità per tutte le cause e mortalità per malattie circolatorie (incluse cardiopatia

cerebrovascolare o ischemica), malattie digestive e morbo di Parkinson, dopo aver controllato i fattori legati all'istruzione e allo stile di vita, tra cui l'assunzione di alcol. Inoltre, la sostituzione del 10% g/giorno di alimenti trasformati o UPF con una quantità uguale di alimenti non trasformati/minimamente trasformati è stata inversamente correlata alla mortalità per tutte le cause e a diversi endpoint di mortalità per cause specifiche. In questo studio, abbiamo categorizzato gli alimenti utilizzando la classificazione Nova, che distingue tra alimenti trasformati (Nova 3) e ultra-trasformati (Nova 4).

Tuttavia, è importante chiarire che, sebbene entrambe le categorie implicino un certo livello di trasformazione, differiscono significativamente in termini di composizione nutrizionale e potenziali impatti sulla salute.

Gli alimenti trasformati (Nova 3) generalmente vengono sottoposti a tecniche di conservazione come l'inscatolamento o il congelamento e possono includere opzioni relativamente più sane come verdure in scatola, pesce conservato e salse fatte in casa. Inoltre, includono le bevande alcoliche più comunemente consumate, birra e vino, che possono avere effetti dannosi. D'altro canto, gli alimenti ultra-trasformati (Nova 4) tendono a contenere ingredienti artificiali, additivi e sostanze altamente trasformate, spesso associati a risultati peggiori sulla salute. Inoltre, anche gli alcolici sono inclusi in questo gruppo.

Studi precedenti hanno riportato associazioni positive tra consumo di UPF e mortalità. [13–15](#), [23](#), [24](#) Ci sono solide prove da meta-analisi e revisioni generali che gli UPF sono positivamente associati al rischio di mortalità. [11](#) Tuttavia, a differenza della nostra analisi, studi precedenti si sono concentrati sulla mortalità per tutte le cause e sulle cause di morte più comuni e hanno avuto un numero relativamente basso di partecipanti. I nostri risultati sull'associazione tra UPF e mortalità correlata a malattie circolatorie, anche quando si eliminano le bevande alcoliche dalle analisi, sono coerenti con quelli precedentemente riportati in altre popolazioni [17](#), [23–25](#) incluso uno studio che ha indagato il ruolo di mediazione dei biomarcatori sull'associazione tra UPF e mortalità per tutte le cause e cardiovascolare. [25](#)

I risultati di quello studio hanno suggerito che l'infiammazione media il 29,2% dell'associazione tra consumo di UPF e mortalità per malattie cardiovascolari. Sono stati suggeriti anche altri potenziali mediatori, tra cui l'aumento dell'assunzione di energia associato agli UPF, i cambiamenti nel microbioma intestinale, le alterazioni nella segnalazione di sazietà intestino-cervello e gli effetti ormonali. [26](#)

Queste esposizioni possono anche agire come iniziatori di processi aterogenici, disglucemia, dislipidemia, ipertensione, obesità, infiammazione, disfunzione endoteliale e stress ossidativo.

Le attuali prove che collegano gli UPF alla mortalità per cancro sono incoerenti. Sebbene il consumo di UPF sia stato associato positivamente alla mortalità per cancro nella UK Biobank, [18](#) i nostri risultati sono in linea con altri studi in cui non è stata trovata alcuna associazione con la mortalità complessiva per cancro. [13](#), [14](#), [17](#) Sono necessarie ulteriori ricerche per indagare le associazioni con la mortalità da specifici tipi di cancro, in particolare quei tumori per i quali l'incidenza è stata associata alla lavorazione degli alimenti. [8](#)

Mentre precedenti studi su larga scala si sono concentrati sulla mortalità per malattie circolatorie e sul cancro, abbiamo anche esplorato l'associazione della lavorazione alimentare con altre cause di mortalità, come la mortalità correlata a malattie digestive e neurodegenerative.

Nella nostra analisi, l'associazione tra consumo di UPF e mortalità correlata a malattie digestive è stata riscontrata anche quando si eliminavano le bevande alcoliche nei gruppi Nova. Un altro studio di coorte prospettico ha rilevato che un maggiore consumo di UPF era associato a un rischio aumentato di steatosi epatica non alcolica, fibrosi e cirrosi epatica e grave malattia epatica, insieme a livelli avversi di biomarcatori sierici come proteina C-reattiva, fosfatasi alcalina, gamma-glutamyl transferasi e trigliceridi anche quando si corregge l'assunzione di alcol. [27](#)

Questi risultati evidenziano i potenziali benefici della riduzione del consumo di UPF come mezzo per migliorare la salute del fegato. [27](#)

Si è ipotizzato che il consumo di UPF svolga un ruolo nel declino cognitivo e nel rischio di demenza, [28](#) tuttavia, mancano studi che valutino l'associazione di UPF con la mortalità neurodegenerativa.

Un singolo studio precedente che includeva la mortalità complessiva correlata alle malattie neurodegenerative ha trovato associazioni con UPF. [13](#) I risultati del nostro studio suggeriscono che il consumo di UPF è associato alla mortalità per malattia di Parkinson ma non per malattia di Alzheimer.

Ciò potrebbe essere dovuto alla potenziale sottodiagnosi della malattia di Alzheimer poiché i sintomi sono simili ad altre malattie. Sono necessari ulteriori studi per confermare questi risultati.

Inoltre, studi precedenti hanno suggerito un'associazione tra consumo di UPF e risultati negativi sulla salute mentale, tra cui la depressione, [29](#)·[30](#) che può influenzare il rischio di suicidio. Pertanto, abbiamo incluso il suicidio come endpoint di mortalità nella nostra analisi per catturare il potenziale impatto dell'assunzione di UPF sulla mortalità correlata alla salute mentale, ma non sono state trovate associazioni.

Nel nostro studio, il consumo di cibi trasformati (Nova 3) è stato associato a tutte le cause, cancro, malattie circolatorie, cardiopatia ischemica, malattie digestive o mortalità per suicidio; tuttavia, queste associazioni sono scomparse quando si è rimosso l'alcol dai gruppi Nova. Ciò suggerisce che l'alcol probabilmente guida l'associazione tra cibi trasformati (Nova 3) e mortalità e deve essere preso in considerazione quando si valutano gli effetti dei cibi trasformati sui risultati di salute. Inoltre, alcuni cibi Nova 3, come carni conservate, pesce grasso, formaggio e salse fatte in casa, possono anche contenere alti livelli di sale, conservanti o grassi non sani, che potrebbero contribuire a rischi per la salute digestiva.

La sostituzione del 10% di UPF con il 10% di alimenti non trasformati/minimamente trasformati è stata associata a un rischio ridotto di mortalità e potrebbe essere dovuta al doppio effetto di rimozione dei componenti non sani associati agli UPF e all'effetto benefico di aumento del consumo di alimenti non trasformati/minimamente trasformati e dei loro composti associati.

Gli UPF sono per lo più alimenti ad alta densità energetica, ricchi di zucchero, grassi trans e poveri di proteine e fibre [11](#) che contengono sostanze chimiche rilasciate da elevate temperature di cottura, produzione alimentare (ad esempio, additivi alimentari, idrogenazione degli oli) e materiali di imballaggio che possono avere un impatto negativo sul microbiota e indurre infiammazione. [11](#)·[31](#)

Il sistema di classificazione Nova, che categorizza gli alimenti in base al livello di lavorazione, colloca determinati alimenti in Nova 3 e Nova 4 che le linee guida dietetiche a volte approvano per i loro benefici nutrizionali. Nelle nostre analisi abbiamo mirato a utilizzare la classificazione Nova per il suo scopo principale, ovvero classificare gli alimenti in termini di lavorazione alimentare piuttosto che in termini di componenti nutrizionali o composizione. Pertanto, non riteniamo opportuno esaminare gruppi di alimenti separati e i loro effetti dannosi-benefici sulla mortalità nel nostro studio.

Tuttavia, sarebbe pertinente esaminare un ulteriore perfezionamento di Nova per tenere conto di queste complessità degli alimenti al fine di esaminare i potenziali effetti sulla salute di determinati UPF (ad esempio, UPF ad alto contenuto di fibre) in studi di intervento o coorti con descrizioni di alimenti più dettagliate in ulteriori studi.

I punti di forza di questo studio includono l'ampia dimensione del campione, il follow-up a lungo termine e l'inclusione di dati da più paesi europei (ampia eterogeneità nel consumo di cibo). Inoltre, abbiamo tenuto conto di un ampio set di fattori socioeconomici e legati allo stile di vita.

Le analisi di convalida per la classificazione Nova in EPIC sono state condotte confrontando i dati di consumo basati su questionari e i livelli di biomarcatori. Inoltre, l'inclusione di altri endpoint oltre a quelli segnalati in precedenza, ovvero l'Alzheimer o il morbo di Parkinson, dovrebbe essere considerata un punto di forza rilevante. Gli incidenti di trasporto sono stati utilizzati come controllo negativo e non abbiamo trovato associazioni tra il consumo di cibo, categorizzato in base al livello di lavorazione, e la mortalità derivante da questi incidenti.

Lo studio presenta anche delle limitazioni. La classificazione Nova si basa su ampie categorie che possono perdere alcune specificità della lavorazione degli alimenti. Ciò è dovuto in parte a problemi metodologici nella categorizzazione degli UPF nei centri EPIC, dove le variazioni nei questionari dietetici potrebbero influenzare la classificazione degli alimenti secondo il sistema Nova.

I questionari dietetici EPIC non erano necessariamente progettati specificamente per raccogliere le informazioni necessarie per collegare gli alimenti alla classificazione Nova. Inoltre, nonostante l'utilizzo di un protocollo di codifica standardizzato per disaggregare le ricette fatte in casa in ingredienti, alcuni ingredienti trasformati commercialmente potrebbero essere stati classificati come meno trasformati (gruppi Nova 1 e 2) anziché come gruppi Nova 3 o 4.

Questa classificazione errata potrebbe anche comportare una sottorappresentazione di articoli ultra-trasformati, attenuando potenzialmente le associazioni osservate con la mortalità. Inoltre, le ricette che erano

tipicamente fatte in casa negli anni '90 potrebbero ora avere maggiori probabilità di essere trasformate industrialmente, contribuendo ulteriormente a questa sottostima.

Inoltre, i cambiamenti nelle tecniche di lavorazione alimentare nel tempo, come il divieto di grassi trans in alcuni paesi, non sono stati considerati nei nostri dati, poiché sia l'assunzione alimentare che i biomarcatori di lavorazione alimentare sono stati raccolti solo all'inizio.

Tuttavia, i dati dietetici raccolti tramite richiami dietetici di 24 ore in un sottocampione di individui in tutti i paesi sono stati utilizzati per informare le ipotesi e ridurre al minimo l'errata classificazione. [32](#) Inoltre, le misurazioni dell'esposizione alimentare e di altri stili di vita sono state raccolte al momento del reclutamento e potenziali cambiamenti nei comportamenti modificabili si sono probabilmente verificati durante il follow-up.

Queste limitazioni sono state mitigate creando e valutando diversi scenari per le diverse categorie Nova (ad esempio, scenario limite inferiore, medio e superiore) trovando risultati simili. Tuttavia, l'associazione effettiva tra l'assunzione di UPF e il rischio di mortalità nelle popolazioni contemporanee potrebbe essere maggiore di quanto osservato nei nostri risultati.

[https://www.thelancet.com/journals/lanep/article/PIIS2666-7762\(24\)00377-6/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lanep/article/PIIS2666-7762(24)00377-6/fulltext)



## Morti premature, anni di vita persi e anni vissuti con disabilità per l'esposizione al biossido di azoto NO<sub>2</sub> nei Paesi europei

[Stalluri Marco](#)

Nell'articolo [Danni alla salute umana dall'inquinamento atmosferico in Europa](#) abbiamo visto come l'Agenzia Europea per l'Ambiente (EEA) misurare gli impatti sulla salute dell'inquinamento atmosferico. In particolare è stato spiegato il concetto di "Onere di malattia" (*'Burden of disease'*) che descrive l'impatto che una malattia ha sulla salute di una popolazione.

Misurato da diversi indicatori tra cui [mortalità](#) e [morbilità](#). Il carico di malattia attribuibile all'esposizione al rischio ambientale si basa generalmente sulla prova di un legame causale tra un fattore di rischio e un risultato di salute. L'onere attribuibile è considerato prevenibile se la sua causa può essere eliminata o ridotta.

Le stime per il carico ambientale della malattia sono fatte individualmente per i rispettivi inquinanti atmosferici. Non possono essere sommati insieme in quanto mostrano un grado di correlazione.

Questo è in particolare il caso del carico di malattia dovuto a PM<sub>2.5</sub> e NO<sub>2</sub>. Le mappe / tabelle pubblicate in questo articolo sono prodotte sulla base di quanto presente nella [banca dati sull'onere di malattia dall'inquinamento atmosferico](#) EEA.

Banca dati che presenta le stime dal 2005 delle cifre di mortalità e morbilità attribuibili all'esposizione a PM<sub>2.5</sub>, NO<sub>2</sub> e O<sub>3</sub> per i singoli paesi (fino al dettaglio della singola città) e diversi gruppi di paesi.

**Queste stime sono generalmente misurate utilizzando quattro indicatori:**

- numero di decessi – morti attribuibili (AD);
- Anni vissuti con disabilità (YLD)
- Anni di vita persi (YLL)
- Anni di vita sana persi (DALY)

Nell'articolo [Morti premature, anni di vita persi e anni vissuti con disabilità per l'esposizione alle polveri sottili PM2,5 nei Paesi europei](#) abbiamo visto la situazione per quanto riguarda le polveri sottili PM2,5, questa volta lo facciamo per il biossido di azoto (NO2).

### Il biossido di azoto (NO2)

Gli ossidi di azoto si formano durante qualsiasi combustione dove l'aria sia il comburente, in ragione della presenza di azoto e ossigeno. Nella miscela di reazione il monossido di azoto (NO) è prevalente ed è accompagnato da quote variabili di biossido di azoto (NO2).

Quest'ultimo si forma in atmosfera prevalentemente in conseguenza di reazioni chimiche che coinvolgono l'ossido di azoto (NO) emesso da fonti primarie.

Le principali sorgenti di ossidi di azoto sono costituite dalle combustioni nel settore dei trasporti (in particolare dai motori diesel), negli impianti industriali, negli impianti di produzione di energia elettrica e di riscaldamento civile.

| Nazione                | Popolazione interessata | Morti attribuibili ▼ | Morti attribuibili per 100.000 abitanti |
|------------------------|-------------------------|----------------------|---|
| Türkiye                | 46.247.008              | 13.926               | 30                                      |
| Italy                  | 42.749.081              | 9.622                | 22                                      |
| Germany                | 58.386.430              | 9.442                | 16                                      |
| Spain                  | 31.845.182              | 5.494                | 17                                      |
| France                 | 42.816.689              | 4.956                | 11                                      |
| Romania                | 13.001.334              | 3.580                | 27                                      |
| Poland                 | 25.361.684              | 3.125                | 12                                      |
| Greece                 | 7.450.054               | 2.231                | 29                                      |
| Netherlands            | 11.585.303              | 1.913                | 16                                      |
| Bulgaria               | 4.975.523               | 1.477                | 29                                      |
| Serbia                 | 4.716.504               | 1.427                | 30                                      |
| Hungary                | 6.668.483               | 1.274                | 19                                      |
| Belgium                | 7.624.973               | 1.234                | 16                                      |
| Austria                | 6.158.869               | 775                  | 12                                      |
| Czechia                | 7.270.338               | 733                  | 10                                      |
| Portugal               | 7.040.502               | 710                  | 10                                      |
| Switzerland            | 5.968.062               | 612                  | 10                                      |
| Bosnia and Herzegovina | 2.403.974               | 456                  | 18                                      |
| Croatia                | 2.699.087               | 454                  | 16                                      |
| North Macedonia        | 1.196.902               | 331                  | 27                                      |
| Albania                | 1.722.107               | 308                  | 17                                      |

Tabella: Ambientenonsolo • Fonte: Agenzia Europea Ambiente • Scaricare i dati • Creato con Datawrapper

La forte incidenza del trasporto stradale come fonte principale del biossido di azoto è stata confermata anche dalle analisi effettuate nel corso del lockdown del 2020, sia dalle [rilevazioni satellitari](#) del programma europeo Copernicus, sia dalle rilevazioni effettuate da parte delle [agenzie ambientali](#). (Ulteriori informazioni di dettaglio nell'articolo [Biossido di azoto: i dati 2022 e 2023 nelle stazioni di monitoraggio in tutta Europa](#))

Di seguito riportiamo, per questo inquinante, i dati relativi ai quattro indicatori sopra indicati che misurano il suo impatto sulla salute umana (fra i diversi criteri possibili abbiamo selezionato quello che fa riferimento alle linee guida OMS 2021).

### **Morti attribuibili**

I **morti attribuibili** o **numero di decessi** (AD) sono i casi che si sono verificati a causa di una specifica malattia o gruppo di malattie, in questo caso per l'esposizione al Biossido di azoto.

Per l'NO<sub>2</sub>, il più alto numero di decessi attribuibili nel 2022 si è verificato in Turchia, Italia e Germania (in ordine decrescente).

## Morti attribuibili per l'esposizione al Biossido di azoto nel 2022 nei Paesi europei

Pagina 1 di 2

Tabella con 4 colonne e 41 righe. Sono visibili le righe da 1 a 21. Ordine decrescente per colonna "Morti attribuibili"

| Nazione     | Popolazione interessata | Morti attribuibili | Morti attribuibili per 100.000 abitanti |
|-------------|-------------------------|--------------------|---|
| Türkiye     | 46.247.008              | 13.926             | 30                                      |
|             |                         | 13.926             | 30                                      |
|             |                         | 13.926             | 30                                      |
| Italy       | 42.749.081              | 9.622              | 22                                      |
|             |                         | 9.622              | 22                                      |
|             |                         | 9.622              | 22                                      |
| Germany     | 58.386.430              | 9.442              | 16                                      |
|             |                         | 9.442              | 16                                      |
|             |                         | 9.442              | 16                                      |
| Spain       | 31.845.182              | 5.494              | 17                                      |
|             |                         | 5.494              | 17                                      |
|             |                         | 5.494              | 17                                      |
| France      | 42.816.689              | 4.956              | 11                                      |
|             |                         | 4.956              | 11                                      |
|             |                         | 4.956              | 11                                      |
| Romania     | 13.001.334              | 3.580              | 27                                      |
|             |                         | 3.580              | 27                                      |
|             |                         | 3.580              | 27                                      |
| Poland      | 25.361.684              | 3.125              | 12                                      |
|             |                         | 3.125              | 12                                      |
|             |                         | 3.125              | 12                                      |
| Greece      | 7.450.054               | 2.231              | 29                                      |
|             |                         | 2.231              | 29                                      |
|             |                         | 2.231              | 29                                      |
| Netherlands | 11.585.303              | 1.913              | 16                                      |
|             |                         | 1.913              | 16                                      |
|             |                         | 1.913              | 16                                      |
| Bulgaria    | 4.975.523               | 1.477              | 29                                      |
|             |                         | 1.477              | 29                                      |
|             |                         | 1.477              | 29                                      |
| Serbia      | 4.716.504               | 1.427              | 30                                      |
|             |                         | 1.427              | 30                                      |
|             |                         | 1.427              | 30                                      |
| Hungary     | 6.668.483               | 1.274              | 19                                      |
|             |                         | 1.274              | 19                                      |
|             |                         | 1.274              | 19                                      |
| Belgium     | 7.624.973               | 1.234              | 16                                      |

Tabella con 4 colonne e 41 righe. Sono visibili le righe da 1 a 21. Ordine decrescente per colonna "Morti attribuibili"

| Nazione                | Popolazione interessata | Morti attribuibili | Morti attribuibili per 100.000 abitanti |
|------------------------|-------------------------|--------------------|---|
|                        |                         | 1.234              | 16                                      |
|                        |                         | 1.234              | 16                                      |
| Austria                | 6.158.869               | 775                | 12                                      |
|                        |                         | 775                | 12                                      |
|                        |                         | 775                | 12                                      |
| Czechia                | 7.270.338               | 733                | 10                                      |
|                        |                         | 733                | 10                                      |
|                        |                         | 733                | 10                                      |
| Portugal               | 7.040.502               | 710                | 10                                      |
|                        |                         | 710                | 10                                      |
|                        |                         | 710                | 10                                      |
| Switzerland            | 5.968.062               | 612                | 10                                      |
|                        |                         | 612                | 10                                      |
|                        |                         | 612                | 10                                      |
| Bosnia and Herzegovina | 2.403.974               | 456                | 18                                      |
|                        |                         | 456                | 18                                      |
|                        |                         | 456                | 18                                      |
| Croatia                | 2.699.087               | 454                | 16                                      |
|                        |                         | 454                | 16                                      |
|                        |                         | 454                | 16                                      |
| North Macedonia        | 1.196.902               | 331                | 27                                      |
|                        |                         | 331                | 27                                      |
|                        |                         | 331                | 27                                      |
| Albania                | 1.722.107               | 308                | 17                                      |
|                        |                         | 308                | 17                                      |
|                        |                         | 308                | 17                                      |

Tabella: AmbientenonsoloFonte: [Agenzia Europea AmbienteScaricare i dati](#)Creato con [Datawrapper](#)

Limitando l'esame ai soli Paesi dell'Unione Europea, l'Italia si colloca al primo posto in questa non gloriosa classifica ormai dal 2015.. Da segnalare come la Germania che nel 2010 registrava quasi 21mila morti rispetto ai 17mila italiani, ora ha più che dimezzato quei valori.

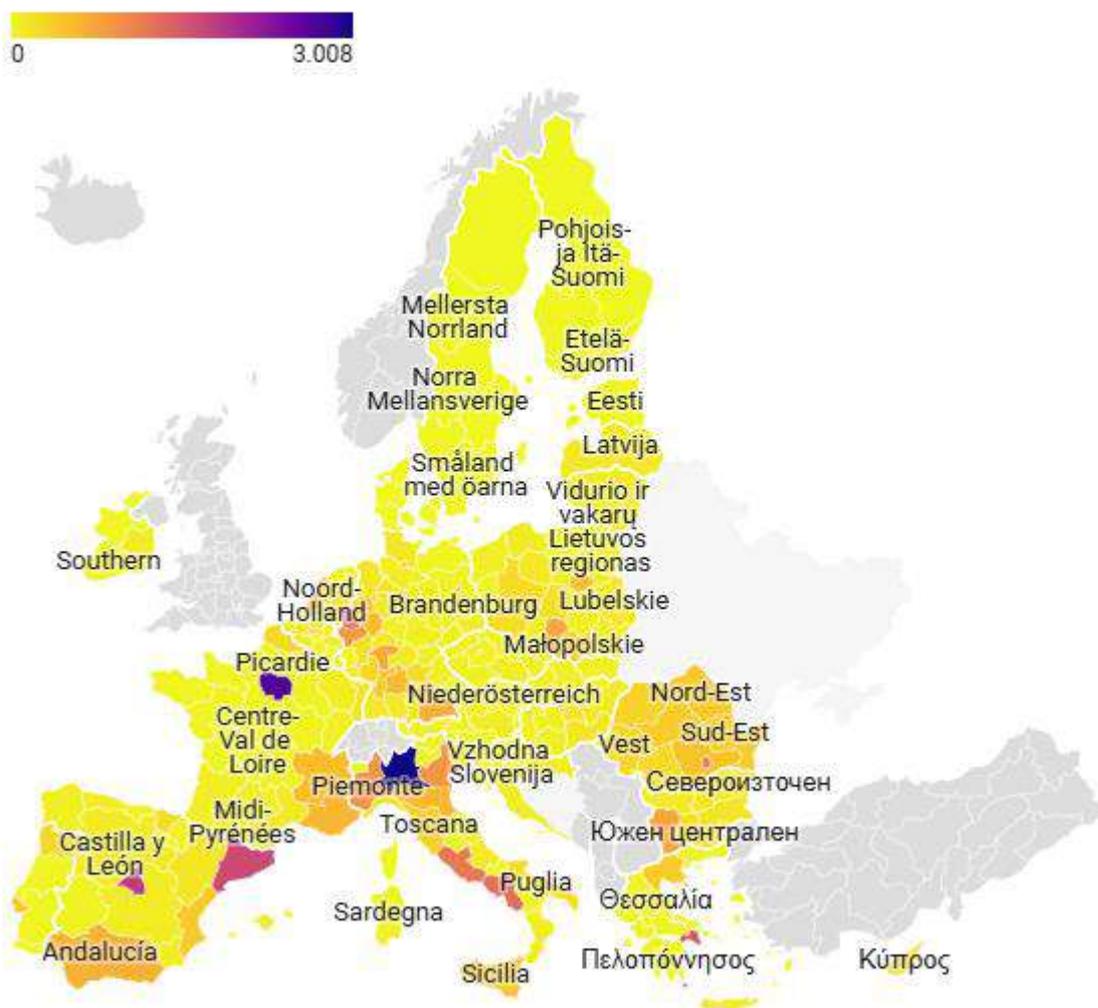
## Morti attribuibili per l'esposizione al biossido di azoto nell'Unione Europea 2005 - 2022

|             | 2005   | 2010   | 2015   | 2019   | 2020   | 2021   | 2022  |
|-------------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|-------|
| Italy       | 22.134 | 17.234 | 18.320 | 12.237 | 11.162 | 10.740 | 9.622 |
| Germany     | 21.290 | 20.623 | 17.329 | 13.420 | 10.027 | 9.613  | 9.442 |
| Spain       | 11.358 | 9.155  | 8.620  | 6.678  | 4.819  | 4.563  | 5.494 |
| France      | 12.083 | 10.993 | 8.963  | 6.731  | 4.409  | 4.853  | 4.956 |
| Romania     | 4.053  | 5.029  | 2.574  | 4.716  | 3.117  | 5.470  | 3.580 |
| Poland      | 5.137  | 5.498  | 4.290  | 3.617  | 3.388  | 4.167  | 3.125 |
| Greece      | 3.134  | 2.198  | 2.123  | 2.322  | 1.877  | 2.340  | 2.231 |
| Netherlands | 4.567  | 3.960  | 2.862  | 2.535  | 1.842  | 1.765  | 1.913 |
| Bulgaria    | 1.872  | 2.174  | 1.382  | 1.914  | 1.775  | 2.336  | 1.477 |
| Hungary     | 2.413  | 2.382  | 1.970  | 1.665  | 1.392  | 1.697  | 1.274 |
| Belgium     | 3.221  | 3.161  | 2.189  | 1.700  | 1.061  | 1.195  | 1.234 |
| Austria     | 1.754  | 1.713  | 1.508  | 1.039  | 811    | 842    | 775   |
| Czechia     | 2.011  | 1.859  | 1.369  | 961    | 735    | 931    | 733   |
| Portugal    | 1.915  | 1.702  | 1.239  | 1.130  | 848    | 558    | 710   |
| Croatia     | 861    | 764    | 786    | 511    | 440    | 432    | 454   |

|            |     |       |     |     |     |     |     |
|------------|-----|-------|-----|-----|-----|-----|-----|
| Cyprus     | 84  | 68    | 76  | 178 | 184 | 242 | 264 |
| Slovakia   | 630 | 794   | 682 | 372 | 209 | 385 | 261 |
| Lithuania  | 383 | 280   | 254 | 172 | 136 | 199 | 180 |
| Slovenia   | 285 | 270   | 258 | 184 | 150 | 154 | 139 |
| Latvia     | 362 | 409   | 207 | 130 | 103 | 128 | 124 |
| Ireland    | 204 | 277   | 73  | 170 | 47  | 70  | 101 |
| Sweden     | 945 | 1.004 | 460 | 108 | 41  | 37  | 56  |
| Finland    | 491 | 326   | 144 | 89  | 7   | 31  | 54  |
| Denmark    | 610 | 433   | 266 | 121 | 39  | 44  | 53  |
| Luxembourg | 98  | 87    | 71  | 66  | 51  | 36  | 32  |
| Estonia    | 110 | 78    | 37  | 18  | 0   | 9   | 17  |
| Malta      | 63  | 26    | 43  | 15  | 11  | 9   | 17  |

Nella mappa interattiva che segue la situazione nelle diverse regioni europee (cliccando sulle quali sono visibili i relativi dati). In un prossimo articolo di Ambientenonsolo entreremo nel dettaglio della situazione italiana a livello di province e di città.

## Morti attribuibili all'esposizione al biossido di azoto nel 2022 nelle regioni UE



Mapa: Ambientenonsolo • Fonte: Agenzia Europea Ambiente • Scaricare i dati • Creato con Datawrapper

### Mortalità specifica per causa, morbilità e carico di malattia

Per la mortalità e la morbilità specifiche della causa, i decessi attribuibili sono stati tutti stimati per nove coppie di malattie-inquinanti. Per queste coppie, le prove scientifiche di un'associazione tra l'esposizione a uno specifico inquinante atmosferico e la malattia sono solide ed erano disponibili dati sufficienti per le stime. Le funzioni concentrazione-risposta applicate in questo caso possono essere trovate nel rapporto [ETC/HE 2024/6](#).

Per l'**NO<sub>2</sub>**, la mortalità e la morbilità sono state stimate per:

- Asma (negli adulti  $\geq 15$  anni);
- Diabete mellito (negli adulti  $\geq 25$  anni);
- Infarto (negli adulti  $\geq 25$  anni).

Dalla tabella si evidenzia come l'Italia si colloca al primo posto non solo per l'insieme delle cause che hanno prodotto le morti, ma anche per le due principali cause che determinano la mortalità: diabete mellito e infarto. Va evidenziato che il totale per tutte le cause è superiore alla somma delle singole malattie indicate, in quanto vi sono anche altre malattie che contribuiscono a determinare questa cifra totale.

### **Anni vissuti con disabilità**

**Anni vissuti con disabilità** (YLD), è l'indicatore che quantifica gli anni che una popolazione ha vissuto in una salute ridotta a causa di un particolare stato di salute. Gli YLD sono stimati moltiplicando il numero di casi prevalenti di un particolare esito di salute con un peso di disabilità – un fattore che indica la gravità dell'esito di salute su una scala da 0 (salute completa) a 1 (stato di salute più grave).

In questo caso l'Italia si colloca al secondo posto, dopo la Germania per tutte e tre le cause considerate.

### **Anni di vita persi**

**Anni di vita persi** (YLL), definiti come gli anni di vita potenziale persi a causa della morte causata da una malattia o da un gruppo di malattie. YLL è una stima del numero medio di anni aggiuntivi che le persone in una popolazione avrebbero statisticamente vissuto se non fossero morte prima di raggiungere una certa aspettativa di vita statistica. I dati sulla mortalità a livello nazionale sono l'input di base utilizzato per stimare i decessi e la YLL.

Se la Germania registra il numero maggiore complessivamente di anni di vita persi per tutte le cause, l'Italia la sopravanza per il diabete mellito e gli infarti.

### **Anni di vita sana persi**

Un **DALY** è un anno perso di vita sana a causa di malattie o lesioni. I DALY si ottengono aggiungendo YLL e YLD per la stessa malattia o gruppo di malattie. Il carico di malattia è la somma di questi valori DALY in una popolazione. Pertanto, i DALY sono un indicatore standardizzato per gli effetti sulla salute derivanti sia dal numero di persone colpite da una malattia che dal numero di persone che muoiono da essa.

In questo caso l'Italia sopravanza la Germania per le due cause più numerose di anni di vita sana persi: diabete mellito e infarto.

[\*\*Morti premature, anni di vita persi e anni vissuti con disabilità per l'esposizione al biossido di azoto NO2 nei Paesi europei - Ambiente e non solo...\*\*](#)

### Spesa sanitaria privata italiana: la punta dell'iceberg

**Antonio Salvatore**

*Direttore del Dipartimento Salute di ANCI Campania*

*Vice Presidente della Fondazione Triassi per il Management Sanitario*

**10 GEN** - *Gentile Direttore,*

in base ai dati forniti dalla Ragioneria Generale dello Stato, la spesa sanitaria complessiva italiana del 2023 ammonterebbe a circa 176 mld di euro, di cui 133 coperti da finanza pubblica e 43 pagati dai cittadini di tasca propria. Rispetto al 2022, la spesa sanitaria pubblica sarebbe aumentata di circa il 2%, mentre quella privata di oltre il 7%.

Inoltre, dal 2019 al 2023, nonostante il significativo calo demografico (846 mila unità in meno), la spesa sanitaria corrente pubblica sarebbe cresciuta di ben 16 mld di euro (da 117 a 133 mld di euro).

Nello stesso periodo, quella privata sarebbe aumentata di 8 mld di euro (da 35 a 43 mld di euro).

A tal riguardo, la Ragioneria dello Stato ci ricorda che la principale fonte informativa dei valori di spesa pubblica è costituita dai bilanci consuntivi degli Enti del Servizio Sanitario Nazionale, eccetto il 2023, i cui dati sarebbero riferiti ai valori del quarto trimestre.

Invece, la spesa sanitaria sostenuta dai cittadini sarebbe stata quantificata in base ai dati conferiti nel Sistema TS (l'infrastruttura che raccoglie i documenti di spesa sanitaria dei cittadini, necessari per la predisposizione della dichiarazione precompilata dei redditi).

Con riferimento alla spesa sanitaria privata, giova ricordare che, dal 2015 al 2023, è stata ampliata la platea dei soggetti tenuti alla trasmissione delle spese sanitarie private al Sistema TS, per cui il dato potrebbe risentire di tale circostanza.

Inoltre, analizzando attentamente la composizione della spesa sanitaria privata, emergono elementi che destano motivo di riflessione.

Dei 43 mld di euro di spesa privata, la componente ticket (la compartecipazione alla spesa sanitaria farmaceutica e di specialistica ambulatoriale) è pressoché immutata negli anni. Ammonta a circa 3,2 mld di euro, di cui 1,5 della farmaceutica e 1,7 della specialistica.

Con particolare riguardo alle prestazioni di specialistica ambulatoriale, il 28% di quelle a carico del SSN viene reso in regime di "esenzione per reddito" (autocertificabile).

Nel 2023, la spesa sanitaria media sostenuta dagli italiani di tasca propria è stata di circa 731 euro pro-capite (di cui 54 per ticket) con marcate differenze regionali. Si va dai 394 euro della Basilicata ai 1.019 euro della Lombardia, anche – e soprattutto – in virtù del reddito pro-capite.

Inoltre, in merito alla composizione della spesa sanitaria privata, il 47% riguarda visite e interventi, il 24% farmaci e dispositivi medici, il 7% i ticket ed il restante 22% altro.

Dati e strumenti di rilevazione che inducono fondatamente a ritenere che la spesa sanitaria privata effettiva, con ogni probabilità, sia di gran lunga superiore a quella desunta dal Sistema TS (che non tiene conto di certo delle prestazioni "a nero") e che la spesa sanitaria pubblica potrebbe risentire di una eccessiva "disinvoltura" nelle dichiarazioni di esenzione per reddito.

Sia ben inteso che non s'intende attribuire responsabilità ad alcuno, ma non è revocabile in dubbio la circostanza che il dato della spesa risenta della componente "sommerso", assai pregiudizievole per la finanza pubblica e per la sostenibilità del SSN, dal momento che sottrarre risorse da destinare al fabbisogno sanitario nazionale standard.

[https://www.quotidianosanita.it/lettere-al-direttore/articolo.php?articolo\\_id=126849](https://www.quotidianosanita.it/lettere-al-direttore/articolo.php?articolo_id=126849)

## La sanità privata è irrinunciabile per il Ssn?

Per acquisti di prestazioni dal privato si spendono 27 miliardi, il 20% della spesa totale. In Lombardia, Lazio e Molise si sfiora il 30%

Luciano Fassari

Negli ultimi 20 anni la spesa per acquisti da privato è cresciuta di 12 miliardi per attestarsi nel 2023 vicino a quota 27 miliardi e rappresenta il 20,3% della spesa totale (nel 2013 era al 18,2%). Ma ci sono differenze tra le varie regioni.

### 10 GEN -

La sanità pubblica non può fare a meno di quella privata. Analizzando i dati della Ragioneria generale dello Stato negli ultimi 20 anni la spesa per acquisti da privato è cresciuta di 12 miliardi per attestarsi nel 2023 vicino a quota 27 miliardi e rappresenta il 20,3% della spesa totale (nel 2013 era al 18,2%).

È da notare come, a parte il periodo pandemico, a partire dai primi anni 2000 la spesa per acquisti da privato sia cresciuta progressivamente per arrivare nell'ultimo decennio ad un livello sostanzialmente stabile a riprova del fatto che ormai la componente privata rappresenta un vero e proprio pilastro che appare irrinunciabile per il Ssn.

Ma ci sono differenze tra le varie regioni. In testa (dati 2023) troviamo il Lazio con il 29,3% della spesa che è destinata al privato, segue il Molise con il 28,7% e la Lombardia con il 27,2%.

Al quarto posto la Sicilia con il 23,9%. Sopra la media nazionale anche la Campania (23,3%) e la Puglia con il 22%.

Al contrario chi punta meno sul privato è la Valle d'Aosta con il 7,7% cui segue la Pa di Bolzano con il 9,9% e il Friuli con il 10,8%.

Tab. 1.18: spesa per le altre prestazioni sociali in natura da privato in percentuale della spesa sanitaria corrente di CE per regione – Anni 2014-2023

| Regioni  | 2014         | 2015         | 2016         | 2017         | 2018         | 2019         | 2020         | 2021         | 2022         | 2023         |
|--|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|
| Piemonte   | 18,3%        | 18,5%        | 18,1%        | 18,3%        | 19,1%        | 19,1%        | 17,4%        | 17,8%        | 17,8%        | 17,9%        |
| Valle d'Aosta  | 8,8%         | 8,3%         | 8,4%         | 8,2%         | 9,0%         | 8,8%         | 7,2%         | 7,4%         | 7,6%         | 7,7%         |
| Lombardia  | 28,5%        | 28,7%        | 29,1%        | 29,1%        | 28,6%        | 28,7%        | 24,5%        | 26,8%        | 27,3%        | 27,2%        |
| Provincia autonoma di Bolzano                            | 11,9%        | 11,5%        | 12,4%        | 13,0%        | 10,9%        | 8,9%         | 9,0%         | 9,0%         | 9,4%         | 9,9%         |
| Provincia autonoma di Trento                             | 13,9%        | 13,8%        | 12,7%        | 13,0%        | 13,3%        | 13,6%        | 12,4%        | 12,5%        | 12,5%        | 12,8%        |
| Veneto   | 19,5%        | 19,7%        | 19,3%        | 18,9%        | 18,1%        | 18,5%        | 17,0%        | 17,5%        | 18,0%        | 16,7%        |
| Friuli Venezia Giulia                                    | 12,5%        | 10,0%        | 10,2%        | 10,1%        | 10,6%        | 10,7%        | 10,3%        | 10,5%        | 10,8%        | 10,8%        |
| Liguria  | 12,4%        | 12,4%        | 12,4%        | 12,4%        | 13,1%        | 13,3%        | 12,3%        | 12,2%        | 11,7%        | 12,1%        |
| Emilia Romagna   | 16,0%        | 16,4%        | 16,0%        | 15,7%        | 16,4%        | 16,4%        | 14,7%        | 15,8%        | 15,1%        | 16,2%        |
| Toscana  | 11,8%        | 11,4%        | 11,6%        | 11,9%        | 12,5%        | 12,6%        | 11,4%        | 11,3%        | 11,3%        | 11,5%        |
| Umbria   | 11,7%        | 12,0%        | 12,0%        | 12,2%        | 12,4%        | 12,8%        | 12,2%        | 11,2%        | 11,1%        | 11,6%        |
| Marche   | 13,1%        | 12,9%        | 13,3%        | 13,8%        | 14,6%        | 14,9%        | 14,3%        | 14,4%        | 13,9%        | 13,7%        |
| Lazio  | 26,8%        | 27,9%        | 28,0%        | 29,1%        | 28,7%        | 30,2%        | 28,9%        | 30,1%        | 29,1%        | 29,3%        |
| Abruzzo  | 15,7%        | 16,0%        | 15,4%        | 16,9%        | 16,3%        | 17,1%        | 15,0%        | 15,3%        | 15,0%        | 15,3%        |
| Molise   | 26,4%        | 26,2%        | 26,6%        | 27,3%        | 27,8%        | 27,3%        | 26,2%        | 28,8%        | 27,1%        | 28,7%        |
| Campania   | 24,2%        | 23,7%        | 23,7%        | 24,5%        | 25,5%        | 25,5%        | 23,4%        | 23,9%        | 23,8%        | 23,3%        |
| Puglia   | 23,1%        | 23,7%        | 23,1%        | 23,2%        | 22,9%        | 23,2%        | 21,6%        | 21,3%        | 21,0%        | 22,0%        |
| Basilicata   | 16,4%        | 16,0%        | 15,0%        | 15,0%        | 15,2%        | 15,4%        | 15,7%        | 15,4%        | 15,0%        | 15,5%        |
| Calabria   | 18,3%        | 18,2%        | 18,7%        | 18,5%        | 18,6%        | 18,7%        | 17,6%        | 18,1%        | 19,9%        | 18,9%        |
| Sicilia  | 22,2%        | 22,6%        | 22,4%        | 22,7%        | 23,9%        | 24,0%        | 22,5%        | 23,8%        | 24,3%        | 23,9%        |
| Sardegna   | 14,6%        | 14,5%        | 14,3%        | 14,0%        | 13,7%        | 13,7%        | 12,6%        | 13,5%        | 12,7%        | 13,2%        |
| <b>ITALIA</b>  | <b>20,7%</b> | <b>20,8%</b> | <b>20,8%</b> | <b>21,0%</b> | <b>21,1%</b> | <b>21,4%</b> | <b>19,5%</b> | <b>20,3%</b> | <b>20,2%</b> | <b>20,3%</b> |
| Regioni non sottoposte a piano di rientro <sup>(a)</sup> | 19,8%        | 19,9%        | 19,9%        | 19,9%        | 20,0%        | 20,1%        | 17,9%        | 18,8%        | 18,9%        | 18,9%        |
| Regioni sottoposte a piano di rientro <sup>(b)</sup>     | 23,4%        | 23,7%        | 23,6%        | 24,2%        | 24,5%        | 25,0%        | 23,4%        | 24,1%        | 24,0%        | 23,9%        |
| Autonomie speciali <sup>(c)</sup>                        | 13,3%        | 12,5%        | 12,4%        | 12,4%        | 12,2%        | 12,0%        | 11,1%        | 11,6%        | 11,5%        | 11,7%        |

Fonte: Conto economico degli enti sanitari locali.

<sup>(a)</sup> Piemonte, Lombardia, Veneto, Liguria, Emilia Romagna, Toscana, Umbria, Marche e Basilicata.

<sup>(b)</sup> Lazio, Abruzzo, Molise, Campania, Calabria, Sicilia e Puglia (in quest'ultima è applicato un piano di rientro "leggero").

<sup>(c)</sup> Sono ricomprese la Valle d'Aosta, il Friuli Venezia Giulia, la Sardegna e le province autonome di Trento e Bolzano in quanto provvedono direttamente al finanziamento dell'assistenza sanitaria sul loro territorio.

Da notare poi come ad utilizzare di più il privato siano le Regioni in piano di rientro o commissariate (Lazio, Abruzzo, Molise, Campania, Calabria, Sicilia e Puglia) che in media sono al 23,9%, mentre quello non in piano di rientro (Piemonte, Lombardia, Veneto, Liguria, Emilia-Romagna, Toscana, Umbria, Marche e Basilicata) si attestino al 18,9% in media.

Ad usare molto meno il privato sono le regioni e province autonome (Valle d'Aosta, Friuli Venezia Giulia, Sardegna e le province autonome di Trento e Bolzano) che in media stanno all'11,7%.

[https://www.quotidianosanita.it/studi-e-analisi/articolo.php?articolo\\_id=126854](https://www.quotidianosanita.it/studi-e-analisi/articolo.php?articolo_id=126854)

**quotidiano**sanità.it

## **Fondi sanitari. Il giro d'affari supera i 3 miliardi con 16 milioni di iscritti. Il rapporto del Ministero**

*Negli ultimi tre anni il numero dei fondi, che hanno ricevuto l'attestato dall'Anagrafe, ha avuto un andamento altalenante, passando da 327 dell'anno 2021 a 334 del 2021, per poi diminuire a 324 nell'anno 2023. Gli Enti, Casse e Società di Mutuo Soccorso, con finalità esclusivamente assistenziali, hanno dichiarato di aver erogato, nell'anno 2022, ultimo anno fiscale del triennio in esame un totale di poco più di 3 miliardi di euro.*

### **07 GEN -**

Il Ministero della Salute pubblica il terzo rapporto sull'assistenza integrativa in Italia. Il rapporto, relativo ai fondi che hanno ricevuto l'attestato di iscrizione all'Anagrafe fino all'anno 2023, è un aggiornamento del secondo report, pubblicato nell'anno 2022, che riportava le informazioni dei dati sull'attività dei Fondi sanitari integrativi iscritti all'Anagrafe fino all'anno 2020.

L'Anagrafe dei fondi sanitari è stata istituita per censire i soggetti operanti come organismi di sanità integrativa, in modo da valutare tutti i possibili elementi di connessione tra l'azione della sanità integrativa e il Servizio Sanitario Nazionale. Il Ministero rilascia l'attestazione dell'iscrizione o del rinnovo dell'iscrizione all'Anagrafe.

### **Dati anni 2021-2023**

I principali dati relativi ai Fondi sanitari iscritti all'Anagrafe:

- negli ultimi tre anni il numero dei fondi, che hanno ricevuto l'attestato dall'Anagrafe, ha avuto un andamento altalenante, passando da 327 dell'anno 2021 a 334 del 2021, per poi diminuire a 324 nell'anno 2023.
- gli Enti, Casse e Società di Mutuo Soccorso, con finalità esclusivamente assistenziali, che dedicano almeno il 20% delle risorse annuali ad attività integrative rispetto al Servizio Sanitario Nazionale, hanno dichiarato di aver erogato, nell'anno 2022, ultimo anno fiscale del triennio in esame, per tutte le prestazioni (incluse nei Livelli essenziali di assistenza – LEA e integrative ai LEA) un totale di poco più di 3 miliardi di euro, di cui 1 miliardo di euro per attività integrative al Servizio Sanitario Nazionale, a favore di più di 16 milioni di iscritti
- i Fondi sanitari esclusivamente integrativi rispetto al Servizio Sanitario Nazionale (che erogano unicamente prestazioni complementari ai LEA) hanno dichiarato di aver speso, nell'anno 2022, un totale di poco più di 1 miliardo di euro a favore di circa 24 mila iscritti.

### **Le principali attività dell'Anagrafe dei fondi sanitari**

- Dall'anno 2010 l'Anagrafe del Ministero della salute, istituita presso l'ex Direzione generale della programmazione sanitaria, rilascia, annualmente, un attestato di iscrizione ai fondi sanitari che volontariamente ne fanno richiesta, tramite il Sistema Informativo Anagrafe dei Fondi Sanitari (SIAF-NSIS), e che risultano possedere i requisiti richiesti dalla normativa vigente (DM 27/10/2009). L'iscrizione all'Anagrafe rappresenta la condizione necessaria per ottenere le agevolazioni fiscali previste dalla normativa vigente.
- Ultima fase di sperimentazione del "cruscotto", nuovo software completamente interoperabile con il SIAF, realizzato in attuazione della legge 5 agosto 2022, n. 118 "Legge annuale per il mercato e la concorrenza 2021" e del successivo provvedimento attuativo, decreto del Ministro della salute del 30 settembre 2022. Nel "cruscotto", i fondi sanitari che faranno richiesta di iscrizione all'anagrafe riporteranno con un livello più dettagliato i dati trasmessi nel software SIAF.

- Attività di studio e ricerca sul complesso delle attività delle forme di assistenza complementare dell'Osservatorio nazionale permanente dei Fondi Sanitari Integrativi istituito ai sensi della legge n. 118/2022 e del successivo provvedimento attuativo, decreto del Ministro della salute del 30 settembre 2022.

[https://www.quotidianosanita.it/governo-e-parlamento/articolo.php?articolo\\_id=126780](https://www.quotidianosanita.it/governo-e-parlamento/articolo.php?articolo_id=126780)



## Sanità integrativa: gli iscritti non crescono più e intanto gli italiani si pagano le cure da soli

*Oggi la Sanità integrativa conta su 16 milioni di iscritti, ma sono ormai tre anni che tutto il settore sta decelerando*

**Marzio Bartoloni**

21 gennaio 2025

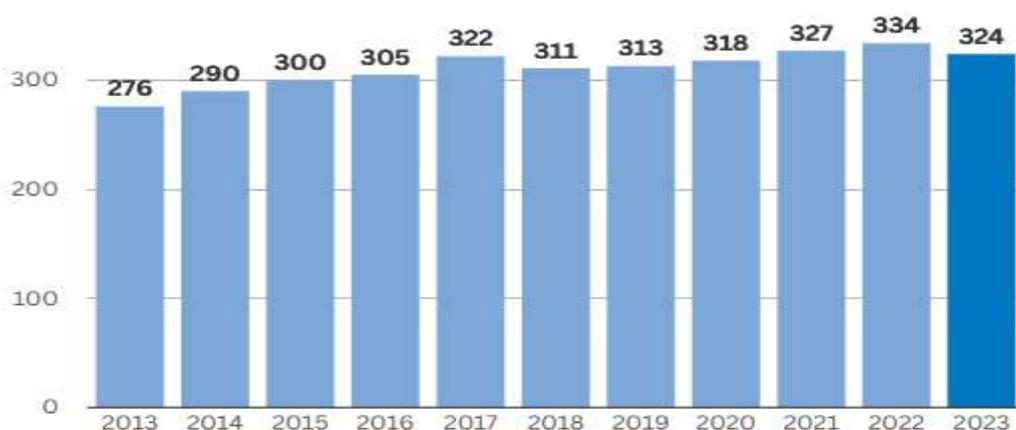
Il [secondo pilastro della Sanità italiana](#) comincia a scricchiolare pesantemente: oggi la [Sanità integrativa](#) conta su 16 milioni di iscritti, ma sono ormai tre anni che tutto il settore sta decelerando non crescendo più e ora anche sul fronte della sostenibilità economica si apre qualche crepa.

Nati proprio per dare una mano al Servizio sanitario nazionale oggi che forse ce ne sarebbe ancora più bisogno visto il grande affanno in cui si trova il Ssn- si pensi a visite ed esami, dentista, cure ai non autosufficienti - i [fondi integrativi](#) hanno sempre più il fiato corto come dicono i numeri appena pubblicati dal ministero della Salute: Fondi, Casse e società di mutuo soccorso sono cresciuti nell'ultimo decennio al ritmo di un milione di nuovi iscritti all'anno partendo dai 5,8 milioni del 2013 e raggiungendo i 16,2 milioni, ma tra il 2021 e il 2023 (ultimo anno in cui si hanno dati) il ritmo è decelerato con gli iscritti fermi appunto al tetto dei 16 milioni. Mentre il numero dei Fondi integrativi è addirittura calato e dopo essere salito ai 334 nel 2022 (erano 327 nel 2021) nel 2023 sono scesi a 324.

LA FRENATA

I numeri della Sanità integrativa negli ultimi anni

Numero fondi integrativi



Fonte: Ministero della Salute

### **Un euro su tre per le cure pagato dai cittadini**

“E' come se avessero raggiunto un plateau non più superabile. Senza un intervento normativo di riforma che estenda il perimetro della Sanità integrativa è difficile che si arrivi oltre questi 16 milioni di italiani e cioè solo il 24% della popolazione coperta. Poco se si pensa che in Francia e Germania le forme di assistenza integrativa collettivistica, non le assicurazioni individuali, coprono circa il 70% della popolazione”, avverte **Ivano Russo** presidente dell'Osservatorio Welfare e Salute che monitora proprio il mondo della Sanità integrativa. Tra l'altro che ci sia bisogno di un secondo pilastro più forte lo dicono anche i numeri della spesa sanitaria: sempre nel 2023 - come ha registrato recentemente la Ragioneria generale dello Stato - a fronte di quasi 133 miliardi di spesa pubblica per finanziare il Ssn, quella pagata direttamente dai cittadini per avere le prestazioni (la cosiddetta out of pocket) ha raggiunto i 43 miliardi.

In pratica un euro su tre per le cure lo pagano gli italiani di tasca propria. Mentre la spesa in prestazioni erogata dai Fondi integrativi nel 2023 è stata di 3,2 miliardi, troppo poco rispetto alla montagna di soldi che spendono gli italiani per curarsi e che almeno per una parte potrebbe essere intermediata dalla Sanità integrativa.

### **Il nodo dell'elusione contributiva**

Il problema non sono gli incentivi o le agevolazioni fiscali che già ci sono: “Non serve un euro pubblico, ma serve un provvedimento che intervenga sul loro assetto regolatorio intervenendo innanzitutto sul problema numero uno e cioè il contrasto all'elusione contributiva da parte delle aziende. Oggi secondo i contratti collettivi firmati avrebbero diritto a qualche forma di Sanità integrativa 15 milioni di lavoratori, ma quelli effettivi iscritti sono 8 milioni, circa la metà è dunque esclusa”, segnala ancora il presidente di Welfare e Salute. Nei 16 milioni di iscritti attuali ai Fondi integrativi ci sono infatti oltre agli 8 milioni di lavoratori anche i rispettivi nuclei familiari (circa 4 milioni), altri 2 milioni di liberi professionisti come avvocati, architetti, ecc. e poi circa mezzo milione di pensionati.

### **Come allargare la platea e il nodo sostenibilità**

Ma come uscirne? “Bisognerebbe intervenire spostando l'esigibilità del diritto alla sanità integrativa dal lavoratore al Fondo integrativo, il lavoratore infatti non denuncerà mai il suo datore di lavoro perché non lo iscrive al fondo di categoria”, aggiunge ancora Russo. Che sottolinea come la platea dei fondi integrativi potrebbe essere ulteriormente ampliata aggiungendo anche i 3,5 milioni di dipendenti pubblici: “E' un buco nero. Non si capisce per quale ragione al mondo se il marito è un operaio metalmeccanico ha la sanità integrativa, la moglie che magari fa l'insegnante non può averla”. Infine non è marginale il nodo della sostenibilità: “Da una parte la platea non aumenta perché non si contrasta l'elusione contributiva e dall'altra aumenta la richiesta di prestazioni ma non quella dei premi. Il rapporto tra premi e sinistri è salito al 70% quando pochi anni fa era al 50%. Tra qualche anno non ci sarà più convenienza economica e ci sarà la fuga di assicurazioni e altri player dalla sanità integrativa, un vero problema perché non occuparsi del secondo pilastro - conclude Russo - vuol dire fare un danno anche al primo pilastro, quello pubblico”.

<https://www.ilsole24ore.com/art/il-secondo-pilastro-scrichiola-fondi-e-iscritti-non-crescono-piu-AGtZxsOC>



*Ministero della Salute*

Dipartimento della programmazione, dei dispositivi medici, del farmaco  
e delle politiche in favore del Servizio sanitario nazionale

Ex Direzione generale della programmazione sanitaria

Ufficio 2

## **I fondi sanitari integrativi in Italia**

**3° Rapporto 2021-2023**

**FSI** | Fondi  
Sanitari  
Integrativi

[https://www.salute.gov.it/portale/documentazione/p6\\_2\\_2\\_1.jsp?lingua=italiano&id=3505](https://www.salute.gov.it/portale/documentazione/p6_2_2_1.jsp?lingua=italiano&id=3505)

ARTICOLI - online il primo, 14 gennaio 2025

### Immunogenicità e sicurezza di un vaccino monovalente con proteina spike ricombinante omicron XBB.1.5 SARS-CoV-2 come dose di richiamo eterologa negli adulti statunitensi: analisi provvisoria di uno studio di fase 2/3 a braccio singolo

Dott.ssa Katia Alves <sup>a</sup>, Prof. Karen Kotloff, MD <sup>b</sup>, Prof. R Scott McClelland, MD <sup>c</sup>, Alex Kouassi, dottore di ricerca, Joyce S Plested, dottore di ricerca, Raj Kalkeri, dottore di ricerca - e altri [Mostra altro](#)

## Riepilogo

### Sfondo

Le autorità a livello globale hanno raccomandato un vaccino monovalente anti-COVID-19 basato su omicron XBB.1.5 per la stagione 2023-24.

Il vaccino Novavax anti-COVID-19, NVX-CoV2601, contiene la proteina spike ricombinante XBB.1.5, basata su una tecnologia di vaccino prototipo autorizzato (NVX-CoV2373). A

bbiamo mirato a determinare se una singola dose di NVX-CoV2601 rispetto a NVX-CoV2373 (da uno studio precedente [2019nCoV-311 parte 2]) producesse risposte superiori agli anticorpi neutralizzanti (nAb) e tassi di sierorisposta non inferiori a XBB.1.5, dopo tre o più precedenti vaccinazioni anti-COVID-19 basate su mRNA.

### Metodi

Nella parte 1 di questo studio di fase 2/3 a braccio singolo (2019nCoV-313), i partecipanti di età pari o superiore a 18 anni che erano stati precedentemente vaccinati con tre o più dosi di mRNA-1273 (Moderna) o BNT162b2 (Pfizer-BioNTech) sono stati arruolati in 30 centri statunitensi (gruppi di ricerca e università) situati in 20 stati.

I partecipanti hanno ricevuto un'iniezione intramuscolare di NVX-CoV2601 (5 µg di spike XBB.1.5 più 50 µg di adiuvante Matrix-M). Gli endpoint coprimari erano la superiorità della media geometrica dei titoli XBB.1.5 di nAb aggiustati al basale (GMT aggiustati), con superiorità dichiarata quando il limite inferiore dell'IC al 95% per il rapporto GMT (GMTR) era maggiore di 1, e la non inferiorità dei tassi di sierorisposta, con non inferiorità dichiarata quando il limite inferiore dell'IC al 95% per la differenza del tasso di sierorisposta era maggiore di -10%, al giorno 28; sono stati effettuati confronti per NVX-CoV2601 somministrato in questo studio rispetto a NVX-CoV2373 somministrato nella parte 2 (gruppo G) dello studio 2019nCoV-311.

Gli endpoint coprimari sono stati valutati nel set di immunogenicità per protocollo (vale a dire, tutti i partecipanti che hanno ricevuto il vaccino in studio, sono stati sottoposti a 28 giorni di follow-up, avevano campioni disponibili al giorno 0 e al giorno 28 e non avevano deviazioni importanti dal protocollo).

La sicurezza era un endpoint secondario e includeva valutazioni di eventi avversi emergenti dal trattamento sollecitati fino a 7 giorni ed eventi avversi emergenti dal trattamento non sollecitati fino a 28 giorni dopo la vaccinazione nel set di analisi di sicurezza (vale a dire, tutti i partecipanti che hanno ricevuto il vaccino dello studio).

Qui riportiamo l'analisi provvisoria prespecificata di immunogenicità e sicurezza fino al giorno 28. Questo studio è registrato con [ClinicalTrials.gov](https://clinicaltrials.gov), [NCT05975060](https://clinicaltrials.gov/ct2/show/study/NCT05975060), ed è ora completo.

### Risultati

Tra il 7 e l'8 settembre 2023 sono stati sottoposti a screening 380 individui, di cui 332 sono stati arruolati e hanno ricevuto il vaccino in studio.

Al momento del blocco del database dell'analisi provvisoria di 28 giorni (17 gennaio 2023), i set di analisi per protocollo includevano 309 (93%) di 332 destinatari di NVX-CoV2601 e 227 (90%) di 252 destinatari di NVX-CoV2373.

L'età media dei destinatari di NVX-CoV2601 era di 52,1 anni (DS 16,1); 192 (62%) di 309 erano donne e 117 (38%) erano uomini. L'età media dei destinatari di NVX-CoV2373 era di 42,2 anni (13,4); 128 (56%) di 227 erano donne e 99 (44%) erano uomini.

Al giorno 28, il GMT nAb aggiustato al basale per NVX-CoV2601 era 905,9 (95% CI 807,1–1016,8) e per NVX-CoV2373 era 156,6 (137,0–179,0); il GMTR aggiustato tra i gruppi era 5,8 (95% CI 4,9–6,9). Nel set di immunogenicità per protocollo, i tassi di sierorispota erano del 64% (196 su 305) tra i destinatari di NVX-CoV2601 e del 7% (16 su 227) tra i destinatari di NVX-CoV2373, con una differenza del tasso di sierorispota del 57% (95% CI 51–63).

Nel gruppo NVX-CoV2601, entro 7 giorni, sono stati segnalati eventi avversi locali sollecitati emergenti dal trattamento in 189 (57%) dei 332 partecipanti (incluso un [ $<1\%$ ] evento di grado 3 o peggiore; dolorabilità) ed eventi avversi sistemici sollecitati emergenti dal trattamento sono stati segnalati in 158 (48%) partecipanti (inclusi quattro [ $1\%$ ] partecipanti con uno o più eventi di grado 3; malessere [ $n=3$ ], mal di testa [ $n=2$ ], affaticamento [ $n=1$ ] e dolore muscolare [ $n=1$ ]).

Gli eventi avversi sollecitati emergenti dal trattamento più comuni sono stati dolorabilità (171 [ $52\%$ ]) e dolore (98 [ $30\%$ ]) nel sito di iniezione, affaticamento (97 [ $29\%$ ]) e dolore muscolare (97 [ $29\%$ ]). Fino al giorno 28, si sono verificati eventi avversi non richiesti considerati correlati alla vaccinazione in studio nel gruppo NVX-CoV2601 in cinque (2%) partecipanti (uno per ciascuno di asma, dolore ascellare, diarrea, ipertensione [che è stata assistita dal medico] e presincope).

Non si sono verificati eventi avversi gravi dovuti al prodotto in studio, eventi avversi di particolare interesse o decessi dovuti al prodotto in studio e non si sono verificate interruzioni dello studio dovute a eventi avversi emergenti dal trattamento.

### **Interpretazione**

Gli endpoint coprimari sono stati raggiunti e NVX-CoV2601 è stato ben tollerato.

Questi dati provvisori supportano l'uso di NVX-CoV2601 secondo le linee guida per i vaccini COVID-19 diretti a XBB.1.5 e dimostrano l'adattabilità di questa piattaforma vaccinale per le proteine spike SARS-CoV-2 aggiornate.

### **Ricerca nel contesto**

#### **Prove prima di questo studio**

Abbiamo cercato su PubMed le pubblicazioni di studi clinici dall'inizio del database fino al 23 agosto 2024, senza restrizioni linguistiche e contenenti i seguenti termini nei titoli o negli abstract: "COVID-19" E "vaccino" E "omicron".

Abbiamo identificato 80 pubblicazioni e le abbiamo esaminate con l'obiettivo di identificare le indagini sui vaccini monovalenti, inattivati, non basati su mRNA diretti contro omicron o altre varianti di SARS-CoV-2. La popolazione di interesse dello studio aveva precedentemente ricevuto vaccinazioni basate su mRNA dirette contro SARS-CoV-2 ancestrale.

Abbiamo identificato uno studio che includeva una coorte di partecipanti precedentemente vaccinati con tre o più dosi di un vaccino COVID-19 basato su mRNA e che avevano ricevuto due dosi di un vaccino a base proteica (NVX-CoV2540) diretto contro omicron BA.5.

NVX-CoV2540 è risultato immunogeno contro il SARS-CoV-2 ancestrale, nonché contro le varianti BA.5 e XBB.1.5, e ha avuto un profilo di sicurezza tollerabile.

#### **Valore aggiunto di questo studio**

Questa analisi provvisoria della parte 1 di uno studio di fase 2/3 in aperto ha valutato l'immunogenicità e la sicurezza a 28 giorni di un vaccino a base proteica per la variante XBB.1.5 SARS-CoV-2 (NVX-CoV2601).

In particolare, questo studio è stato condotto su adulti che avevano precedentemente ricevuto più dosi (almeno tre) di vaccini COVID-19 a base di mRNA (monovalenti o bivalenti).

Abbiamo scoperto che una dose eterologa di NVX-CoV2601 era in grado di indurre risposte anticorpali neutralizzanti contro la variante di interesse rilevante, XBB.1.5.

Le risposte anticorpali neutralizzanti erano superiori e i tassi di sieroriposta non erano inferiori a quelli di un gruppo di controllo storico di confronto (che aveva ricevuto il prototipo di vaccino NVX-CoV2373 dopo tre o più dosi di un vaccino COVID-19 a base di mRNA). NVX-CoV2601 è stato ben tollerato, come da precedenti report con questa piattaforma di vaccini.

### Implicazioni di tutte le prove disponibili

I nostri risultati supportano l'uso continuo e l'aggiornamento di questa piattaforma vaccinale per mantenere l'immunogenicità contro i ceppi di SARS-CoV-2 attualmente in circolazione.

Analisi correlate nei partecipanti della parte 2 di questo studio che non avevano ricevuto alcun vaccino COVID-19 precedente prima di una dose di studio di NVX-CoV2601 e i dati di fine studio che riportano i risultati al giorno 180 sia dalla parte 1 che dalla parte 2, saranno pubblicati in futuri report nel 2025.

[https://www.thelancet.com/journals/laninf/article/PIIS1473-3099\(24\)00670-4/fulltext?dgcid=raven\\_jbs\\_aip\\_email](https://www.thelancet.com/journals/laninf/article/PIIS1473-3099(24)00670-4/fulltext?dgcid=raven_jbs_aip_email)

THE LANCET  
Infectious Diseases

Questo diario   Riviste   Pubblicare   Clinico   Salute globale   Multimedia   Eventi   Di

ARTICOLI - online il primo, 20 gennaio 2025

Efficacia del vaccino contro il virus respiratorio sinciziale tra i veterani statunitensi, da settembre 2023 a marzo 2024: uno studio di emulazione di sperimentazione mirata

Dr.ssa [Kristina L. Bajema](#), [Lei Yan](#), dottore di ricerca <sup>c, d</sup>, [Yuli Li](#), MS <sup>c, e</sup>, Dott.ssa [Stephanie Argraves](#), [Nallakkandi Rajeevan](#), PhD <sup>c, e</sup>, [Alexandra Fox](#), MSIS <sup>e</sup> e altri [Mostra altro](#)

## Riepilogo

### Sfondo

Negli USA sono stati approvati nuovi vaccini contro il virus respiratorio sinciziale (RSV) per la prevenzione delle malattie delle basse vie respiratorie associate al RSV negli adulti di età pari o superiore a 60 anni. Sono necessarie informazioni sull'efficacia di questi vaccini nel mondo reale.

### Metodi

Abbiamo utilizzato cartelle cliniche elettroniche nella Veterans Health Administration per emulare uno studio clinico mirato che confrontava una singola dose di un vaccino RSV con proteina F pre-fusione stabilizzata ricombinante rispetto a nessuna vaccinazione tra veterani di età pari o superiore a 60 anni.

Abbiamo abbinato i destinatari del vaccino idonei a un massimo di quattro individui non vaccinati in quattro studi sequenziali nidificati mensili dal 1° settembre al 31 dicembre 2023. G

li esiti sono stati accertati fino al 31 marzo 2024. L'esito primario era qualsiasi test RSV positivo dal giorno 14 successivo alla data indice abbinata.

Gli esiti secondari includevano il ricovero ospedaliero e l'incontro al pronto soccorso o alle cure urgenti verificatisi entro 1 giorno prima o dopo un test RSV positivo. Abbiamo stimato l'efficacia del vaccino come  $100 \times (1 - \text{rapporto di rischio})$ .

### Risultati

Abbiamo incluso 146.852 individui vaccinati abbinati a 582.936 individui di controllo unici, ponderati equamente per rappresentare 146.852 individui. Nei due gruppi, 276.039 (94,0%) di 293.704 veterani erano maschi, 17.665 (6,0%) erano femmine e l'età media era di 75,9 anni (IQR 71,7–79,7).

In un follow-up mediano di 124 giorni (IQR 102–150), il tasso di incidenza dell'infezione da RSV documentata è stato di 1,7 (95% CI 1,4–2,1) eventi ogni 1000 anni-persona (88 eventi totali) nel gruppo vaccinato e 7,3 (6,6–8,1) ogni 1000 anni-persona nel gruppo non vaccinato (372 eventi totali), e l'efficacia del vaccino è stata stimata al 78,1% (72,6–83,5).

Tra gli esiti secondari, l'efficacia del vaccino è stata stimata al 78,7% (72,2–84,8) contro gli incontri al pronto soccorso o alle cure urgenti associati a RSV e all'80,3% (65,8–90,1) contro i ricoveri ospedalieri associati a RSV.

### Interpretazione

La vaccinazione contro il virus respiratorio sinciziale è stata efficace nel prevenire le malattie correlate al virus respiratorio sinciziale, compreso l'uso correlato di assistenza sanitaria, negli adulti di età pari o superiore a 60 anni durante la stagione delle malattie respiratorie 2023-24, supportando le attuali raccomandazioni per la vaccinazione in questa popolazione.

### Finanziamento

Programma di studi cooperativi del Dipartimento per gli affari dei veterani degli Stati Uniti, Autorità per la ricerca e lo sviluppo biomedico avanzato del Dipartimento della salute e dei servizi umani degli Stati Uniti e Food and Drug Administration degli Stati Uniti.

[https://www.thelancet.com/journals/laninf/article/PIIS1473-3099\(24\)00796-5/abstract?dgcid=raven\\_jbs\\_aip\\_email](https://www.thelancet.com/journals/laninf/article/PIIS1473-3099(24)00796-5/abstract?dgcid=raven_jbs_aip_email)

THE LANCET *Regional Health*  
Europe

Questo diario   Riviste   Pubblicare   Clinico   Salute globale   Multimedia   Eventi   Di

POLITICA SANITARIA · Online prima, 101183, 06 gennaio 2025 · Accesso Libero

## PFMG2025 – Integrare la medicina genomica nel sistema sanitario nazionale in Francia

Collaboratori del PFMG2025

### Riepilogo

L'integrazione della medicina genomica nei sistemi sanitari è una sfida di politica sanitaria che richiede il trasferimento continuo dei progressi scientifici nelle cliniche e la garanzia di pari accesso per i pazienti. La Francia è stato uno dei primi paesi a integrare il sequenziamento del genoma nella pratica clinica a livello nazionale, con l'ambizione di fornire diagnosi più accurate e trattamenti personalizzati. Dal 2016, il governo francese ha investito 239 milioni di euro nell'iniziativa francese per la medicina genomica del 2025 (PFMG2025), che finora si è concentrata su pazienti con malattie rare (RD), predisposizione genetica al cancro (CGP) e tumori. La PFMG2025 ha affrontato numerose sfide per impostare un quadro organizzativo operativo. Al 31 dicembre 2023, sono stati restituiti ai medici prescrittori 12.737 risultati per pazienti RD/CGP (tempo di consegna mediano: 202 giorni, resa diagnostica: 30,6%) e 3.109 per pazienti oncologici (tempo di consegna mediano: 45 giorni). Le priorità future del PFMG2025 comprendono la garanzia della sostenibilità economica,

il rafforzamento dei legami con la ricerca, l'empowerment dei pazienti e dei professionisti e la promozione delle collaborazioni con i partner europei.

## Introduzione

Diversi programmi di caratterizzazione genomica a livello di popolazione, finanziati esclusivamente tramite sovvenzioni pubbliche o un mix di finanziamenti pubblici e privati, sono stati istituiti a partire dal 2010 con l'obiettivo di identificare i determinanti genetici delle malattie umane tramite il sequenziamento di partecipanti sani o coorti cliniche. [1-5](#) Sebbene la maggior parte di questi programmi considerasse l'integrazione della medicina personalizzata nel proprio sistema sanitario come un obiettivo, solo una minoranza di essi lo ha finora raggiunto (Regno Unito, Svezia, Danimarca). [2](#) Gli obiettivi clinici sono di fornire diagnosi più accurate e tempestive, rafforzare la prevenzione e migliorare i risultati per i pazienti mediante lo sviluppo di trattamenti mirati. Nel 2015, l'Alleanza nazionale francese per le scienze della vita e la salute (Aviesan) è stata incaricata dal governo francese di lanciare nel 2016 l'Iniziativa francese per la medicina genomica 2025 ( *Plan France Médecine Génomique 2025–PFMG2025* ). Le ambizioni di questa iniziativa erano di integrare la medicina genomica nel sistema sanitario all'interno di un continuum ricerca-assistenza, assicurando il trasferimento dei progressi scientifici alla clinica e di fornire un equo accesso all'innovazione per tutti i pazienti a livello nazionale. [6](#) Mentre diversi programmi nazionali di genomica erano inizialmente basati su grandi programmi di ricerca traslazionale con trasferimento secondario all'assistenza ai pazienti, il suo approccio originale era di implementare direttamente la medicina genomica nella pratica clinica e di rendere disponibili i dati sanitari per scopi di ricerca. *PFMG2025* ruotava quindi attorno a quattro obiettivi principali: (i) implementare il sequenziamento del genoma (GS) nella pratica clinica, (ii) fornire benefici terapeutici per i pazienti attraverso un'esplorazione completa delle malattie, (iii) sviluppare la capacità di gestire enormi set di dati in contesti di routine e di ricerca e (iv) affrontare sfide etiche e socioeconomiche. La Francia ha optato per GS piuttosto che per il sequenziamento dell'esoma (ES) perché è un approccio più completo sia in ambito clinico che di ricerca e la graduale riduzione dei costi lo ha reso più accessibile. Questa iniziativa comprendeva infrastrutture specifiche: (i) un centro di riferimento per l'innovazione, la valutazione e il trasferimento ( *CReFIX* ); (ii) una rete di laboratori clinici GS ( *FMGLabs* ) e prescrittori in grado di effettuare la fenotipizzazione, il campionamento, il sequenziamento, l'interpretazione clinica e la restituzione dei risultati di migliaia di genomi all'anno; e (iii) una struttura nazionale per l'archiviazione sicura dei dati e il calcolo intensivo ( *Collecteur Analyseur de Données–CAD* ). I primi anni dell'iniziativa si sono concentrati sui pazienti con malattie rare/predisposizione genetica al cancro (RD/CGP) e tumori (tumori liquidi e solidi), con il progetto di espandersi a malattie più comuni, come le malattie multifattoriali complesse.

Nel presente articolo, descriviamo in dettaglio la pianificazione proattiva e l'implementazione della GS nella pratica clinica, evidenziando gli elementi chiave di fattibilità e accessibilità di tale iniziativa nazionale per i cittadini francesi, nonché le tempistiche per il loro raggiungimento, e presentiamo i principali risultati e le sfide previste per il futuro.

.....

## Discussione

La Francia è stato uno dei primi paesi a integrare la GS direttamente nel sistema sanitario a livello nazionale, per i suoi 67 milioni di abitanti. [6](#) L'implementazione di un'iniziativa nazionale a lungo termine sulla medicina genomica ha sollevato importanti sfide per garantire contemporaneamente un accesso equo alle analisi genomiche, ai benefici medici per i pazienti e alla sostenibilità economica. [7](#)

L'accesso equo è stato promosso fornendo GS gratuitamente ai pazienti, garantendo una copertura nazionale dividendo le aree continentali e d'oltremare tra *FMGLabs* e implementando la standardizzazione dei processi. Ciò includeva la definizione di un percorso sanitario genomico comune e la strategia diagnostica per ciascuna pre-indicazione. [8](#) I protocolli di laboratorio hanno seguito le raccomandazioni di *Crefix* e le migliori pratiche internazionali, insieme alla stesura di modelli comuni di report da parte di biologi clinici. Questa organizzazione forte ma complessa ha portato a una lenta implementazione durante i primi tre anni. È stata rafforzata nel 2020-2022 dall'integrazione della pre-indicazione con il più grande gruppo di pazienti RD,

ovvero "Disabilità intellettiva", la cui aggiunta è stata ritardata perché i pazienti sono stati inclusi per la prima volta nel progetto pilota DEFIDIAG e a causa della pandemia di Covid-19, che ha portato a diversi blocchi con chiusure di reparti clinici e *FMGLabs*. Sono state istituite azioni specifiche per facilitare il percorso di test genomici, come l'implementazione di 24 MDM locali non tematici in RD e la creazione di una nuova funzione dedicata (gestori del percorso genomico). Queste azioni hanno notevolmente migliorato il numero di prescrizioni tra il 2022 e il 2023 (+47,3% per RD/CGP e +55,8% per i tumori). Tuttavia, *FMGLabs* ha ricevuto prescrizioni di GS solo per l'11,8% dei pazienti oncologici previsti annualmente nel 2023. In un periodo di 4 anni, sono stati analizzati i tumori di circa 3500 pazienti, mentre ogni anno vengono diagnosticati 420.000 nuovi pazienti con cancro, circa la metà dei quali avrà una recidiva dopo l'intervento chirurgico e richiederà cure mediche. Sarebbe utile mobilitare i medici che lavorano su tutto il territorio francese, rimuovendo gli ostacoli legati all'uso di campioni congelati (i campioni di cancro vengono congelati in <20% dei pazienti a livello nazionale, con forti disparità tra territori e strutture). *CRefIX* e *FMGLabs* hanno valutato le migliori pratiche biologiche e bioinformatiche per ottimizzare l'elaborazione di DNA e RNA da campioni tumorali fissati in formalina e inclusi in paraffina (FFPE) per massimizzare il numero di pazienti oncologici idonei. Da novembre 2023, l'analisi delle biopsie FFPE verrà progressivamente implementata in *PFMG2025* con valutazione regolare. Nel campo della RD, l'American College of Medical Genetics and Genomics (ACMG) ha raccomandato che GS dovrebbe essere utilizzato come test di primo o secondo livello per i pazienti con disabilità congenita e/o intellettiva, che rappresentano l'1-2% della popolazione. [9](#) C'è ancora molto da fare per ampliare questa sperimentazione. La prima sfida sarà quella di aumentare l'attuale numero di 818 prescrittori in RD/CGP e/o i loro tassi di prescrizione. Sebbene i genetisti clinici siano i principali prescrittori per RD (il 71,4% delle prescrizioni convalidate da MDM locali composti principalmente da genetisti clinici), altri tipi di clinici devono essere formati per integrare questo approccio nella loro pratica. [10](#) In effetti, con la GS che sta diventando accessibile per molteplici malattie in Francia, c'è la necessità di migliorare la formazione di più medici in genetica/genomica, poiché la gestione della prescrizione, l'analisi dei dati e la consegna ai pazienti si basa ancora principalmente su un piccolo numero di medici con una formazione specifica ed esperienza in genetica. Inoltre, le procedure di prescrizione potrebbero essere ulteriormente semplificate chiamando esclusivamente i MDM per situazioni complesse. Tuttavia, potrebbe essere immaginato solo come il momento della valutazione medico-economica delle pre-indicazioni, poiché questi MDM garantiscono una rigorosa conformità con i criteri di prescrizione richiesti per questa prossima valutazione. *PFMG2025* è stato inizialmente supportato da ingenti risorse nazionali (239 milioni di euro a fine 2023), per lo più investite dal MoH prima di considerare il rimborso da parte del sistema sanitario dopo una valutazione nazionale condotta dall'HAS. Dopo aver istituito *FMGLabs*, il MoH ha finanziato un programma di ricerca medico-economica al fine di fornire una prova di concetto dell'efficacia in termini di costi dei GS nell'assistenza sanitaria. Questo problema deve essere affrontato da altre iniziative mediche genomiche nazionali e costituisce una strada per collaborazioni internazionali.

Per RD/CGP, la prescrizione di GS nelle pratiche cliniche ha migliorato in modo critico le nostre capacità diagnostiche nazionali per restituire risultati clinicamente significativi alle famiglie. Per i primi 2734 GS, *PFMG2025* ha mostrato una resa diagnostica positiva del 28,7%, che è leggermente superiore a quelle osservate nel progetto 100.000 Genomes (25,0%), probabilmente a causa di una maggiore proporzione di trii (85,5% contro 44%) e diversi test genetici preliminari. [11](#) Potrebbe essere considerato inferiore al previsto con un approccio trio, [12](#) ma la maggior parte dei pazienti ha sperimentato un'odissea diagnostica con più test genetici preliminari. In effetti, la resa diagnostica è stata significativamente più alta come test diagnostico di prima linea (44%) rispetto ad almeno un test genetico di seconda linea (27,4%). È interessante notare che GS ha identificato una diagnosi causale nel 23,6% dei pazienti con un precedente ES negativo. GS ha il vantaggio rispetto a ES di identificare variazioni strutturali e non esoniche, come recentemente dimostrato dall'identificazione di varianti sporadiche nel gene snRNA spliceosomiale non codificante *RNU4-2* come causa frequente di disturbi neuroevolutivi sindromici. [13](#) Come previsto, la resa diagnostica complessiva (30,6% con il 67,3% di completezza) variava anche in base ai sottogruppi di pre-indicazione (dal 46,3% nei rari disturbi cutanei al 9,5% in CGP), riflettendo non solo le differenze nelle proporzioni di diagnosi genetiche tra i sottogruppi, ma anche una grande eterogeneità nelle pratiche cliniche. Da notare che il 59,3% dei risultati era negativo e il 10,1% di essi non conclusivo con VUS. Sono essenziali diverse misure per migliorare la resa diagnostica, come lo sviluppo di test funzionali per classificare la VUS, l'esecuzione della reinterpretazione dei

dati in un contesto clinico a intervalli di tempo regolari (ogni 2 anni secondo le raccomandazioni dell'ACMG), [14](#) il rafforzamento degli sforzi per rappresentare meglio la diversità genetica della popolazione residente in Francia nei database, consentendo l'uso secondario dei dati dei pazienti per scopi di ricerca e la condivisione dei dati sia a livello nazionale che internazionale ( [Appendice](#) p34). [15](#)· [16](#) Per CGP, la futura caratterizzazione genomica dei tumori e gli approcci di rischio del punteggio poligenico dovrebbero ottimizzare i risultati.

Per i pazienti oncologici, l'identificazione di alterazioni genomiche tumorali, con proprietà oncogeniche, può servire come biomarcatori per identificare pazienti candidati per terapie innovative. [17](#)· [18](#) Analogamente, la perdita di geni oncosoppressori o difetti nei percorsi genici di riparazione dei mismatch sono ora utilizzati per guidare la decisione di trattamento nell'impostazione di prima linea. [19](#) *PFMG2025* dimostra che GS/ES/RNAseq può essere fornito a questo scopo su base nazionale, con almeno una variante somatica di interesse segnalata al MTB per discutere l'attuabilità e la proposta di trattamento nell'88,6% dei pazienti, sebbene il livello di miglioramento nelle opzioni di trattamento sia al di fuori dello scopo di questo articolo e sarà segnalato in futuro. GS/ES/RNAseq ha anche fornito informazioni per la diagnosi del paziente (ad esempio, per tumori di origine primaria sconosciuta e per la sottotipizzazione genetica dei tumori). Varianti patogene germinali azionabili di TSG sono state segnalate nel 6,7% dei pazienti. In futuro, sarà importante selezionare i pazienti candidati per tali caratterizzazioni molecolari in base ai benefici per il loro percorso sanitario. È probabile che i pannelli genici saranno sufficienti nella pratica quotidiana per la maggior parte dei pazienti, mentre per un sottoinsieme, GS/ES/RNAseq consentirà di perfezionare la classificazione del cancro e guidare il trattamento. Inoltre, garantire un equo accesso dei pazienti oncologici alle terapie approvate o sperimentali basate sulla genomica è essenziale per ottimizzare l'impatto clinico di GS/ES/RNAseq.

*PFMG2025* è stato creato per soddisfare le esigenze dei pazienti indipendentemente dalla loro età. Molte prescrizioni erano per bambini poiché molte RD si manifestano durante l'infanzia, il che significa che le principali pre-indicazioni (disabilità intellettiva e anomalie dello sviluppo, sindromi malformative e sindromi dismorfiche senza disabilità intellettiva) sono più abbondanti nei bambini e due pre-indicazioni per il cancro colpiscono principalmente i bambini (tumori pediatrici e leucemia alla diagnosi e tumori pediatrici e leucemia con fallimento del trattamento). Ciò ha richiesto l'adattamento dei moduli di consenso ai minori. Inoltre, i due fogli informativi iniziali per pazienti RD/CGP e oncologici sono stati rilasciati in tre versioni per minori (classica, semplificata e illustrata) e due per i loro genitori (semplificata e illustrata), in base al loro livello di comprensione.

Una delle sfide immediate è quella di ridurre i tempi di consegna e aumentare la completezza (solo il 67,3% dei circa 18.900 pazienti RD/CGP aveva ricevuto un referto diagnostico il 31/12/2023). [20](#)· [21](#) I tempi di consegna per i tumori (35 giorni nel 2° semestre del 2023 con il 72% di completezza) sono stati molto più brevi rispetto a RD/CGP, ma devono ancora essere migliorati. Lo sviluppo di strumenti analitici per dare priorità alle varianti e un database incentrato sulle varianti migliorerà la capacità di interpretazione clinica e biologica complessiva, non solo per i pazienti RD/CGP, ma anche per i pazienti oncologici. [22](#) Tale database di conoscenze ( *FMG-kb* ) è in fase di implementazione all'interno di *CAD* . *FMGlabs* può anche richiedere il contributo di qualsiasi biologo clinico qualificato per l'interpretazione dei dati, sfruttando la loro competenza. Tuttavia, il 54,6% e il 40,4% dei report per RD/CGP e tumori sono stati redatti solo dal 6,8% dei biologi clinici, il che indica la necessità di riorientare le attività sui GS piuttosto che sui pannelli genici con una bassa resa diagnostica. Il MoH ha incaricato l' *HAS* di valutare il rapporto costo-efficacia di tutti i pannelli genici utilizzati in Francia per regolamentarne l'uso. Inoltre, il numero di biologi clinici potrebbe essere aumentato rivedendo i criteri di accreditamento, che attualmente sono legalmente limitati a medici e farmacisti in Francia.

Molte altre sfide devono ancora essere affrontate: gestire i risultati incidentali considerando la recente revisione delle leggi sulla bioetica, [23](#) valutare la sostenibilità economica, [24](#) anticipare lo sviluppo di punteggi poligenici genomici e passare a uno spettro più ampio di malattie. La medicina genomica si sta evolvendo rapidamente in un contesto internazionale, con lo sviluppo di tecnologie multi-omiche, aprendo la strada a nuove applicazioni, [25](#)· [26](#) la drastica riduzione dei costi della GS, [27](#) la sua espansione su larga scala [28](#) come nello screening neonatale, [29](#) e lo sviluppo di un numero crescente di terapie personalizzate innovative. L'attuale capacità di *FMGlabs* si rivelerà presto insufficiente e le autorità sono incoraggiate ad adottare misure nel prossimo futuro per aumentare l'attuale capacità di analisi genomica in Francia. Contemporaneamente, è

anche necessario un grande sforzo per migliorare l'alfabetizzazione sanitaria correlata alla genomica e il coinvolgimento dei cittadini. [30](#)

Sette anni dopo il suo lancio, *PFMG2025* ha integrato con successo GS nel sistema sanitario francese. Il nostro programma nazionale ha superato numerose sfide per stabilire la medicina genomica come un servizio equo e sostenibile per la popolazione. Il nostro lavoro sottolinea la necessità critica di un coordinamento preciso tra istituti di assistenza sanitaria e di ricerca, coinvolgendo cittadini, professionisti sanitari, ricercatori, decisori politici e industria specializzata. Inoltre, l'allineamento di molteplici iniziative nazionali di medicina genomica in tutta Europa in un'iniziativa di sanità pubblica collaborativa è pronta a trasformare la pratica medica nei prossimi anni, con *PFMG2025* che svolge un ruolo chiave.

[https://www.thelancet.com/journals/lanepi/article/PIIS2666-7762\(24\)00352-1/fulltext?dgcid=raven\\_jbs\\_aip\\_email](https://www.thelancet.com/journals/lanepi/article/PIIS2666-7762(24)00352-1/fulltext?dgcid=raven_jbs_aip_email)

## Infezioni da virus dell'influenza aviaria altamente patogeno A(H5N1) negli esseri umani

Shikha Garg , MD , Katie Reinhart , Ph.D. , Alexia Couture , MPH , Krista Kniss , MPH , C. Todd Davis , Ph.D. , Marie K. Kirby , Ph.D. , Erin L. Murray , Ph.D.,+26, e Sonja J. Olsen , Ph.D.

### Astratto

#### Sfondo

I virus dell'influenza aviaria altamente patogeni A(H5N1) hanno causato infezioni diffuse nelle mucche da latte e nel pollame negli Stati Uniti, con casi umani sporadici. Descriviamo le caratteristiche dei casi umani A(H5N1) identificati da marzo a ottobre 2024 negli Stati Uniti.

#### Metodi

Abbiamo analizzato i dati di persone con infezione da virus A(H5N1) confermata in laboratorio utilizzando un modulo di segnalazione casi standardizzato collegato ai risultati di laboratorio del kit di sottotipizzazione dell'influenza A/H5 dei Centers for Disease Control and Prevention.

#### Risultati

Dei 46 pazienti, 20 sono stati esposti a pollame infetto, 25 sono stati esposti a mucche da latte infette o presumibilmente infette e 1 non ha avuto alcuna esposizione identificata; quel paziente è stato ricoverato in ospedale con sintomi non respiratori e l'infezione da virus A(H5N1) è stata rilevata tramite sorveglianza di routine.

Tra i 45 pazienti con esposizione ad animali, l'età media era di 34 anni e tutti avevano una lieve malattia da A(H5N1); nessuno è stato ricoverato in ospedale e nessuno è morto.

Un totale di 42 pazienti (93%) aveva congiuntivite, 22 (49%) avevano febbre e 16 (36%) avevano sintomi respiratori; 15 (33%) avevano solo congiuntivite.

La durata media della malattia tra 16 pazienti con dati disponibili è stata di 4 giorni (intervallo, da 1 a 8). La maggior parte dei pazienti (87%) ha ricevuto oseltamivir; l'oseltamivir è stato iniziato una mediana di 2 giorni dopo l'insorgenza dei sintomi.

Non sono stati identificati casi aggiuntivi tra i 97 contatti domestici di pazienti con esposizione ad animali. I tipi di dispositivi di protezione individuale (DPI) più comunemente utilizzati dai lavoratori esposti ad animali infetti erano guanti (71%), protezioni per gli occhi (60%) e maschere facciali (47%).

#### Conclusioni

Nei casi identificati finora, i virus A(H5N1) hanno generalmente causato una malattia lieve, per lo più congiuntivite, di breve durata, prevalentemente in adulti statunitensi esposti ad animali infetti; la maggior parte dei pazienti ha ricevuto un trattamento antivirale tempestivo.

Non è stata identificata alcuna prova di trasmissione da uomo a uomo del virus A(H5N1). L'uso di DPI tra le persone esposte per motivi professionali è stato subottimale, il che suggerisce che sono necessarie strategie aggiuntive per ridurre il rischio di esposizione. (Finanziato dai Centers for Disease Control and Prevention.)

I virus dell'influenza aviaria altamente patogeni A(H5N1) sono stati riconosciuti per la prima volta come causa di malattie umane a Hong Kong nel 1997. Al 1° novembre 2024, sono stati segnalati più di 900 casi umani in 24 paesi a livello globale da novembre 2003, con una mortalità cumulativa di circa il 50%. <sup>1</sup>

Negli Stati Uniti, i virus A(H5N1) circolanti appartenenti al clade 2.3.4.4b hanno iniziato una ripresa nel 2021. <sup>2</sup>

Escludendo tutti i casi umani negli Stati Uniti, sono stati segnalati 11 casi di A(H5N1) associati al clade 2.3.4.4b da 5 paesi da gennaio 2022; di questi 11 casi, 7 erano asintomatici e 4 erano sintomatici con malattia grave o critica (che ha provocato un decesso). <sup>3</sup> Prima del 2024, negli Stati Uniti era stato segnalato solo 1 caso umano di virus A(H5N1), in un lavoratore avicolo del Colorado nel 2022, con la stanchezza come unico sintomo. <sup>4</sup>

Da marzo 2024, quando si è verificata la prima presunta trasmissione del virus A(H5N1) da mucca a uomo negli Stati Uniti, sono stati identificati ulteriori casi di A(H5N1) in persone esposte a mucche da latte e pollame [5,6](#) e in una persona senza una fonte di esposizione identificata. In questo rapporto, riassumiamo le informazioni sui casi di A(H5N1) umano negli Stati Uniti identificati da marzo a ottobre 2024.

## Metodi

### Metodi di sorveglianza

I funzionari della sanità pubblica statali e locali hanno monitorato le persone esposte per motivi professionali per 10 giorni dopo l'ultima esposizione ad animali sospettati o noti per essere infetti da virus A(H5N1) e hanno raccolto campioni da persone sintomatiche. [7](#)

Tutti i casi tranne uno sono stati identificati tramite monitoraggio dei sintomi. L'unico caso senza una fonte di esposizione identificata è stato rilevato tramite sorveglianza di routine dell'influenza. [8](#)

A tutte le persone monitorate con malattia respiratoria acuta o altri sintomi correlati ad A(H5N1) è stato raccomandato di sottoporsi a un tampone nasofaringeo, un tampone combinato naso-orofaringeo o entrambi, e alle persone con sintomi correlati agli occhi è stato anche raccomandato di sottoporsi a un tampone congiuntivale.

Un caso identificato tramite monitoraggio dei sintomi è stato definito come rilevamento molecolare del virus A(H5N1) con l'uso del pannello diagnostico RT-PCR (reverse-transcriptase–polymerase-chain-reaction) Human Influenza Virus Real-Time Influenza A(H5) Subtyping assay dei Centers for Disease Control and Prevention (CDC) in una persona sintomatica che era stata esposta ad animali infetti. [9](#)

Per questa valutazione, una persona esposta a pollame infetto o mucche da latte infette o presumibilmente infette (di seguito denominate mucche) è stata considerata esposta al virus A(H5N1). I campioni risultati presuntivamente positivi presso un laboratorio di sanità pubblica statale o locale sono stati inviati al CDC per la conferma RT-PCR in tempo reale e il sequenziamento genetico. [10,11](#)

Qui riportiamo i casi di A(H5N1) confermati dal CDC con campioni raccolti tra il 28 marzo e il 31 ottobre 2024. I pazienti sono stati intervistati utilizzando un modulo di segnalazione dei casi standardizzato per la nuova influenza A. (Ulteriori dettagli sono forniti nell'Appendice [supplementare](#), disponibile con il testo completo di questo articolo su NEJM.org.)

I moduli di segnalazione dei casi sono stati inviati al CDC e combinati con i risultati di laboratorio del laboratorio diagnostico per l'influenza del CDC.

Questa attività è stata esaminata dal CDC, è stata considerata un'attività non di ricerca ed è stata condotta in modo coerente con la legge federale applicabile e la politica del CDC.

Le persone che hanno fornito informazioni e campioni lo hanno fatto su base volontaria.

### Segnalazione dei dati

Abbiamo descritto le caratteristiche dei pazienti caso in generale e in base all'esposizione animale. Abbiamo descritto separatamente le caratteristiche di un paziente caso con una fonte di esposizione indeterminata.

I valori sono stati soppressi per variabili selezionate o stratificazioni per proteggere la privacy dei partecipanti. Un elenco di casi A(H5N1) negli Stati Uniti è dettagliato nella Tabella S1 nell'Appendice [supplementare](#).

I risultati di laboratorio sono stati riportati in base al tipo di campione e in base alla presenza di segni o sintomi selezionati.

Sono stati riportati anche i valori della soglia del ciclo medio (Ct) per i risultati del test RT-PCR da campioni positivi; i campioni con valori Ct inferiori a 38 con l'uso del test di sottotipizzazione dell'influenza A/H5 del CDC sono stati considerati positivi.

Il sequenziamento genetico è stato eseguito sui campioni disponibili (ulteriori dettagli sono forniti nell'Appendice [supplementare](#)).

Sebbene la neuraminidasi N1 non potesse essere confermata per tutti i casi, ci riferiamo a tutti i casi come A(H5N1) in tutto il documento, dato che questo è il sottotipo di neuraminidasi che è stato riportato in tutte le mucche e gli allevamenti di pollame qui descritti.

Abbiamo prodotto curve epidemiologiche di casi umani in base alla data di insorgenza dei sintomi e stratificate in base al tipo di esposizione, nonché rilevamenti del virus A(H5N1) in mucche e pollame, da marzo a ottobre 2024 (ulteriori dettagli sono forniti nell'Appendice [supplementare](#)). I dati sono stati analizzati con l'uso del software R (R Core Team, 2023) e del software SAS, versione 9.4.

## Risultati

### Complessivamente

Tra il 28 marzo e il 31 ottobre 2024, sono stati segnalati in totale 46 casi umani di A(H5N1) in adulti di età pari o superiore a 18 anni da sei stati.

In totale, 25 pazienti sono stati esposti a mucche infette, 20 a pollame infetto e 1 non è stato esposto ad animali o persone malate.

### Casi di pazienti con esposizione ad animali

Tra i 45 pazienti con esposizione ad animali, i pazienti esposti al pollame sono stati intervistati in media 4,5 giorni dopo l'insorgenza dei sintomi, mentre quelli esposti alle mucche sono stati intervistati in media 2,0 giorni dopo l'insorgenza dei sintomi ([Tabella 1](#)).

L'età media dei pazienti era di 34 anni e il 76% non ha segnalato condizioni mediche sottostanti. Tutti i pazienti esposti al pollame infetto erano coinvolti in attività di spopolamento.

Tra i lavoratori delle aziende lattiero-casearie, 4 (16%) erano esposti alle mucche e 21 (84%) sia alle mucche che al latte crudo.

C'erano due aziende lattiero-casearie con più di 1 caso, ma senza chiari collegamenti che avrebbero portato i pazienti a diretto contatto tra loro (ad esempio, convivenza o sovrapposizione di mansioni).

Tre aziende avicole con eventi di spopolamento avevano più casi, ma i sintomi si sono sviluppati in tutti i pazienti durante periodi di intensa esposizione al pollame infetto.

I guanti (71%) sono stati il tipo di dispositivo di protezione individuale (DPI) più frequentemente segnalato, seguiti dalla protezione degli occhi (60%) e dalle mascherine (47%). L'uso segnalato sia di protezione degli occhi che di respiratori o mascherine era meno comune (36%).

Tutte le categorie di uso di DPI segnalate erano più elevate tra i lavoratori del settore avicolo rispetto ai lavoratori del settore lattiero-caseario.

### Paziente con fonte di esposizione indeterminata

Un adulto con molteplici patologie preesistenti si è presentato al pronto soccorso nell'agosto 2024 con dolore toracico acuto, nausea, vomito, diarrea e debolezza, senza sintomi respiratori.

Il paziente è stato ricoverato in ospedale e trattato con oseltamivir sulla base di un test positivo per l'influenza A alla presentazione.

Il decorso clinico è stato privo di complicazioni e il paziente è stato dimesso a casa 3 giorni dopo il ricovero.

Come parte della sorveglianza di routine, il campione positivo è stato inoltrato al laboratorio di sanità pubblica dello stato, dove la sottotipizzazione ha rivelato l'influenza A(H5N1). [12,13](#)

Una successiva indagine epidemiologica non ha identificato una fonte di esposizione al virus A(H5N1).

Un contatto domestico era malato nello stesso momento del paziente del caso e presentava alcune prove di esposizione al virus A(H5N1) attraverso test sierologici, ma i risultati erano incoerenti. [13](#)

### Curve epidemiologiche

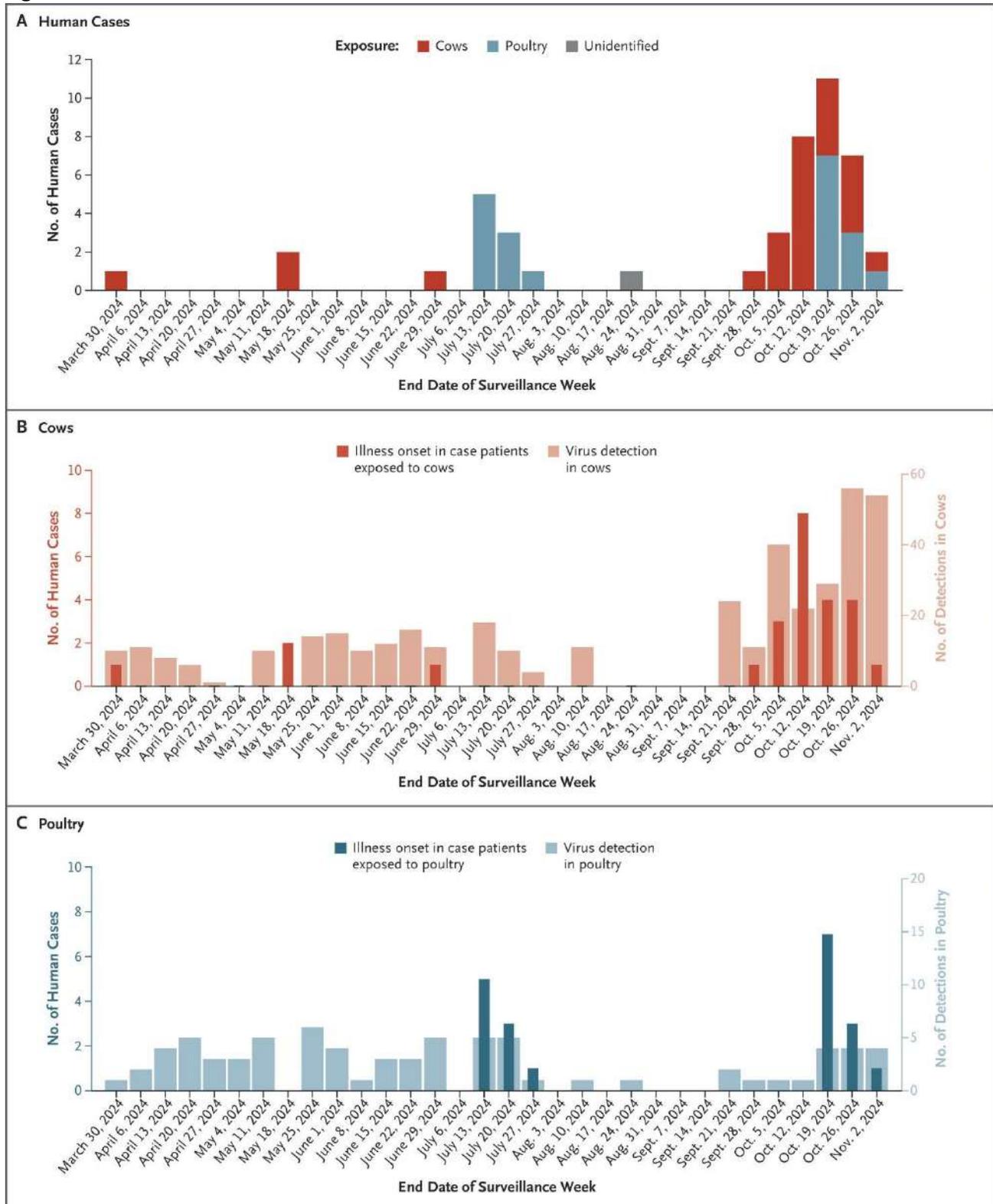
Quattro casi umani si sono verificati tra marzo e giugno 2024 dopo l'esposizione a mucche in tre stati (Colorado, Michigan e Texas).

A luglio 2024, un cluster di nove casi umani è stato identificato in Colorado ed è stato associato a un evento di spopolamento del pollame ([Figura 1A](#)). [14](#)

Casi umani non sono stati rilevati di nuovo fino alla fine di settembre 2024, quando i virus A(H5N1) sono stati identificati nelle mucche in California con rapida diffusione negli allevamenti di bovini da latte e si è verificato un evento di spopolamento del pollame a Washington.

Da fine settembre a ottobre, sono stati identificati altri 32 casi umani parallelamente all'aumento delle rilevazioni negli animali, in particolare nelle mucche ( [Figura 1B e 1C](#) ).

**Figura 1**



Numero di casi umani di infezione da virus influenzale A(H5N1) in base alla data di insorgenza della malattia e numero di rilevamenti del virus A(H5N1) nelle vacche da latte e nel pollame.

## Risultati di laboratorio

Dei 45 pazienti esposti ad animali, 41 avevano tamponi congiuntivali, 36 avevano tamponi nasofaringei e 22 avevano tamponi naso-orofaringei combinati ( [Tabella 3](#) ).

I tamponi congiuntivali erano positivi per A(H5N1) nell'88% dei pazienti esposti a pollame e nell'88% di quelli esposti a mucche; i tamponi nasofaringei erano positivi rispettivamente nel 58% e nel 21%; e i tamponi naso-orofaringei combinati erano positivi rispettivamente nel 67% e nel 37%. Tra tutti i 46 pazienti, i tamponi congiuntivali erano positivi nel 90% dei pazienti che segnalavano congiuntivite e i tamponi nasofaringei e i tamponi naso-orofaringei combinati erano positivi rispettivamente nel 45% e nel 56% dei pazienti che segnalavano sintomi respiratori ( [Tabella 4](#) ). Tra i pazienti affetti solo da congiuntivite, 13 su 15 tamponi congiuntivali (87%), 3 su 13 tamponi nasofaringei (23%) e 1 su 6 tamponi naso-orofaringei combinati (17%) sono risultati positivi.

**Tabella 3**

| Specimen Type                    | Exposure to Poultry |                   | Exposure to Dairy Cows |                   | Overall            |                   |
|----------------------------------|---------------------|-------------------|------------------------|-------------------|--------------------|-------------------|
|                                  | Specimen Collected  | Positive Specimen | Specimen Collected     | Positive Specimen | Specimen Collected | Positive Specimen |
|                                  | no./total no.       | no./total no. (%) | no./total no.          | no./total no. (%) | no./total no.      | no./total no. (%) |
| Conjunctival                     | 16/20               | 14/16 (88)        | 25/25                  | 22/25 (88)        | 41/45              | 36/41 (88)        |
| Nasopharyngeal                   | 12/20               | 7/12 (58)         | 24/25                  | 5/24 (21)         | 36/45              | 12/36 (33)        |
| Combined nasal–<br>oropharyngeal | 3/20                | 2/3 (67)          | 19/25                  | 7/19 (37)         | 22/45              | 9/22 (41)         |

\* The table includes 45 U.S. case patients with highly pathogenic avian influenza A(H5N1) virus infection who had occupational exposure to infected poultry or infected or potentially infected dairy cows; cases were identified from March through October 2024. The table excludes the 1 case patient with no identified exposure source.

Risultati di laboratorio in base al tipo di campione tra 45 pazienti con infezione da virus dell'influenza aviaria altamente patogeno A(H5N1) esposti ad animali infetti.

Positività del campione in base al tipo di segno o sintomo tra 46 pazienti con infezione da virus dell'influenza aviaria altamente patogeno A(H5N1).

Il valore Ct medio dei campioni RT-PCR-positivi era 31,0 (intervallo, 18,6-37,9). I valori Ct erano correlati positivamente con la capacità di generare almeno dati di sequenza parziale dai campioni.

Le sequenze parziali sono state generate con successo da 25 dei 35 tamponi congiuntivali positivi (71%), 9 dei 13 tamponi nasofaringei (69%) e 6 dei 9 tamponi naso-orofaringei combinati (67%).

Il sequenziamento genetico ha avuto successo per l'87% dei campioni con valori Ct inferiori a 34 e per il 44% dei campioni con valori Ct pari o superiori a 34. Il gene dell'emoagglutinina (HA) è stato sequenziato con successo da campioni ottenuti da 26 pazienti (57%) e l'analisi filogenetica ha rivelato che tutti i casi avevano il clade H5 2.3.4.4b.

Geni HA di virus raggruppati filogeneticamente con altri geni HA da virus di genotipo B3.13 rilevati in bovini da latte o pollame o, in quattro casi da Washington, con virus di genotipo D1.1 rilevati nel pollame (Fig. S1). Ulteriori dettagli sono forniti nell'Appendice [supplementare](#) .

## Discussione

Sono stati identificati 46 casi umani di A(H5N1) negli Stati Uniti in sei stati da marzo a ottobre 2024; nessun paziente ha avuto una malattia grave o è deceduto. Ad eccezione di un paziente con una fonte di esposizione indeterminata, tutti i pazienti avevano un'esposizione professionale ad animali infetti. L'uso di DPI tra i lavoratori esposti professionalmente era subottimale. Oltre il 90% dei pazienti esposti professionalmente aveva congiuntivite, con circa un terzo che presentava anche sintomi respiratori; tutti avevano una malattia lieve di breve durata e nessuno è stato ricoverato in ospedale. Non sono stati identificati ulteriori casi umani tra i 97 contatti stretti di lavoratori esposti professionalmente sottoposti a monitoraggio o tramite

sorveglianza nazionale dell'influenza, il che è coerente con l'attuale mancanza di prove di trasmissione da uomo a uomo dei virus A(H5N1) negli Stati Uniti.

Da quando i virus A(H5N1) sono stati rilevati nelle mucche da latte statunitensi, i funzionari della sanità pubblica hanno monitorato i lavoratori esposti per malattia e hanno dato priorità ai test e al trattamento delle persone sintomatiche <sup>15</sup> per rilevare le infezioni e prevenire la trasmissione successiva. Questo approccio di sorveglianza sistematica è stato costruito su un decennio di esperienza di lavoro con partner agricoli per monitorare i lavoratori esposti durante gli spopolamenti di pollame. <sup>16</sup>

Le nuove sfide con l'epidemia di mucche da latte hanno richiesto approcci di monitoraggio adattati.

Senza la conoscenza della storia naturale dell'infezione da virus A(H5N1) nelle mucche, come la durata dell'infezione, non è chiaro per quanto tempo i lavoratori debbano essere monitorati.

La ricerca del Dipartimento dell'agricoltura degli Stati Uniti (USDA) ha dimostrato che le mucche infette sperimentalmente erano malate fino a 14 giorni e impiegavano fino a 24 giorni per guarire. <sup>17</sup>

Inoltre, sono stati trovati alti livelli di virus A(H5N1) nel latte crudo non pastorizzato, che è probabilmente un'importante fonte di trasmissione dalle mucche ai lavoratori delle latterie. <sup>17,18</sup>

Una sorveglianza prolungata in azienda ha identificato 4 casi umani di A(H5N1) tra i lavoratori delle aziende lattiero-casearie da marzo a giugno e altri 21 casi durante settembre e ottobre, correlati al crescente numero di mucche infette nelle aziende lattiero-casearie della California. Il 6 dicembre 2024, l'USDA ha annunciato un ordine federale per testare il latte crudo destinato alla pastorizzazione, con l'obiettivo di eliminare il virus nelle mucche. <sup>19,20</sup>

È possibile che alcuni casi siano stati trascurati, e ciò sembra più probabile nelle persone con una stretta esposizione ad animali infetti, come dimostrato da una recente sieroindagine sulle aziende lattiero-casearie. <sup>21</sup>

Tra il 25 febbraio e il 31 ottobre 2024, l'USDA ha segnalato rilevamenti di A(H5N1) nel pollame di 21 stati e nel bestiame di 15 stati. Tuttavia, non ci sono dati che suggeriscano un serbatoio di malattie A(H5N1) non rilevate più ampiamente negli Stati Uniti. Tra il 25 febbraio e il 31 ottobre 2024, i laboratori di sanità pubblica degli Stati Uniti hanno testato 59.827 campioni di sorveglianza utilizzando un protocollo che avrebbe rilevato A(H5N1) e altri nuovi virus. <sup>8</sup> Solo un caso senza una fonte di esposizione nota è stato rilevato in questo modo. Tuttavia, è giustificata una vigilanza continua.

La congiuntivite era la condizione più comune tra i lavoratori esposti per motivi professionali e i tamponi congiuntivali erano positivi nel 90% dei pazienti che segnalavano congiuntivite.

A maggio 2024, la Food and Drug Administration ha concesso discrezione all'applicazione delle norme per l'uso dei tamponi congiuntivali come tipo di campione accettabile da utilizzare con il test RT-PCR per l'influenza A/H5 del CDC quando abbinato a un campione respiratorio. L'importanza di questa decisione è sottolineata sia dall'elevata percentuale di pazienti con congiuntivite sia dall'elevata percentuale di infezioni rilevate dal test del campione congiuntivale. Almeno un laboratorio commerciale offre ora un test diagnostico per l'influenza A/H5 per uso clinico che può essere utilizzato anche per testare i tamponi congiuntivali. <sup>22</sup>

A livello globale, i casi umani di A(H5N1) hanno mostrato un ampio spettro di gravità clinica della malattia, che va dalla malattia asintomatica, <sup>4,23-26</sup> congiuntivite, <sup>6</sup> e lievi sintomi delle vie respiratorie superiori <sup>13</sup> alla malattia delle vie respiratorie inferiori e alla malattia critica, inclusa la morte. <sup>27</sup>

Il motivo per cui i recenti casi negli Stati Uniti sono stati generalmente clinicamente lievi rimane poco chiaro; la diagnosi precoce e l'inizio del trattamento antivirale potrebbero svolgere un ruolo. Altri fattori che richiedono ulteriori approfondimenti includono le vie di esposizione, le caratteristiche virologiche e i profili immunologici preesistenti degli ospiti infetti. <sup>28</sup>

Sebbene i casi umani negli Stati Uniti siano stati generalmente lievi, gli studi sugli animali hanno mostrato risultati variabili. Le inoculazioni nei furetti con il virus A(H5N1) A/Texas/37/2024 <sup>6</sup> hanno portato a grave infezione e morte in due studi, <sup>29,30</sup> mentre uno studio sui furetti che ha utilizzato un virus A(H5N1) A/Michigan/90/2024 ha mostrato una malattia meno grave. <sup>31</sup>

Il virus del Texas presenta due cambiamenti nelle proteine della polimerasi che potrebbero aiutarlo a replicarsi meglio nei mammiferi e negli esseri umani. <sup>32</sup> Rassicurante è il fatto che i virus A(H5N1) identificati in recenti casi umani in California siano più simili al virus del Michigan.

Tuttavia, il recente rapporto di un adolescente gravemente malato nella British Columbia, Canada, <sup>33</sup> seguito da una persona gravemente malata in Louisiana, entrambi infettati da virus appartenenti al genotipo D1.1, <sup>34</sup> sono un duro promemoria della gravità della malattia che i virus A(H5N1) possono causare.

Dato che i virus A(H5N1) possono causare gravi malattie umane, gli sforzi per la salute pubblica si sono concentrati sulla protezione dei lavoratori esposti ad animali potenzialmente infetti <sup>35</sup> e sulla fornitura di test tempestivi e trattamenti antivirali ai lavoratori sintomatici.

I bassi tassi di utilizzo dei DPI tra i lavoratori del settore lattiero-caseario potrebbero riflettere le sfide del mondo reale con l'implementazione di una protezione adeguata per coloro con esposizione prolungata ad animali infetti e ai loro ambienti (ad esempio, latte crudo e fomite) durante il lavoro quotidiano.

Nonostante l'elevata frequenza di congiuntivite, solo il 48% dei lavoratori del settore lattiero-caseario ha riferito di utilizzare protezioni per gli occhi. L'accesso e l'aderenza non ottimali ai DPI rimangono sfide continue. <sup>36,37</sup>

L'oseltamivir è raccomandato per il trattamento delle infezioni da virus A(H5N1) sulla base di studi osservazionali. <sup>38,39</sup> Il monitoraggio in azienda ha portato a un tempo più breve tra l'insorgenza dei sintomi e la rilevazione del virus A(H5N1) e ha anche facilitato un accesso più precoce al trattamento.

In questa analisi, l'uso di oseltamivir è stato elevato (87%), con la maggior parte dei pazienti che hanno ricevuto il trattamento entro 48 ore dall'insorgenza dei sintomi.

Ad oggi, ad eccezione di quattro virus con mutazioni che conferiscono lievi diminuzioni nella suscettibilità agli inibitori della neuraminidasi (tre virus) e al baloxavir (un virus), i virus A(H5N1) delle infezioni umane negli Stati Uniti sono suscettibili agli agenti antivirali attualmente disponibili. <sup>40,41</sup>

Questo studio presenta diverse limitazioni. Nella misura in cui il monitoraggio in azienda variava tra aziende agricole e giurisdizioni, potrebbe esserci un certo bias di accertamento che si traduce in una sottostima o sottostima dei casi. Alcuni dati dai moduli di segnalazione dei casi erano mancanti o incompleti. I dati sui casi venivano spesso raccolti prima della risoluzione dei sintomi, il che probabilmente distorceva alcuni risultati in un intervallo di tempo più breve. I dati sull'esposizione non erano in grado di identificare comportamenti specifici associati a un rischio di infezione aumentato.

Ad esempio, a causa dell'elevata correlazione tra esposizione sia a mucche infette che a latte crudo, non siamo riusciti a differenziare l'importanza relativa di ciascuno. Infine, sebbene non abbiamo identificato la trasmissione da uomo a uomo tra contatti stretti di pazienti, questo studio non è stato specificamente progettato per valutare il rischio di trasmissione.

Questa serie di casi evidenzia il rischio di infezione da virus A(H5N1) tra i lavoratori esposti ad animali infetti. Sebbene la maggior parte dei casi negli Stati Uniti sia stata lieve, i dati globali e gli studi sugli animali hanno dimostrato che i virus del clade 2.3.4.4b A(H5N1) possono causare gravi malattie e morte. Il sequenziamento dei virus dai casi negli Stati Uniti non ha mostrato cambiamenti nel gene HA associati a una maggiore infettività o trasmissibilità, e non sono state identificate mutazioni in altri geni che indicano un adattamento nei mammiferi. <sup>41,42</sup>

Tuttavia, è fondamentale indagare ogni caso umano per monitorare eventuali cambiamenti che potrebbero suggerire una maggiore patogenicità, virulenza o trasmissibilità verso e tra gli esseri umani, il che giustificherebbe un cambiamento nella risposta a misure di controllo più aggressive per mitigare il rischio di pandemia.

Sebbene il rischio del virus A(H5N1) per la popolazione statunitense sia attualmente basso, una buona biosicurezza agricola è fondamentale e richiede un forte coordinamento tra i settori della sanità pubblica e degli animali attraverso un approccio collaborativo One Health, che è multisettoriale e riconosce che la salute delle persone, degli animali, delle piante e dell'ambiente sono strettamente collegati e interdipendenti.

Gli sforzi di sanità pubblica dovrebbero continuare a concentrarsi sulla protezione dei lavoratori esposti ad animali infetti attraverso l'implementazione di misure di prevenzione nelle aziende agricole, tra cui l'uso di DPI, e un monitoraggio continuo, test precoci e un trattamento antivirale tempestivo.

<https://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMoa2414610?query=TOC>

## **Evoluzione dell'epidemiologia del Mpox in Africa nel 2024**

**Nicaise Ndembi , Morenike**

**O. Folayan , Allan Komakech , Kyeng Mercy , Sofonias Tessema , Placide Mbala-Kingebeni , , Christian Ngandu , Ngashi Ngongo , Jean Kaseya , e Salim S. Abdool Karim**

### **Astratto**

#### **Sfondo**

Per decenni dopo l'identificazione dell'mpox negli esseri umani nella Repubblica Democratica del Congo (RDC) nel 1970, la malattia è stata in gran parte confinata alle aree rurali dell'Africa centrale e occidentale e quindi non ha attirato grande attenzione. Il 13 agosto 2024, l'mpox è stato dichiarato un'emergenza di sanità pubblica di sicurezza continentale (PHECS) dagli Africa Centers for Disease Control and Prevention (Africa CDC), una notifica seguita il giorno successivo da una dichiarazione di emergenza di sanità pubblica di interesse internazionale (PHEIC) da parte dell'Organizzazione mondiale della sanità.

#### **Metodi**

In questo studio abbiamo analizzato tutti i casi di mpox e i decessi, basati su diagnosi cliniche o di laboratorio, segnalati all'Africa CDC dal 1° gennaio 2022 al 30 ottobre 2024, per identificare variazioni temporali, distribuzioni geografiche e tendenze epidemiologiche.

#### **Risultati**

Dal 1° gennaio 2022 al 18 agosto 2024, sono stati diagnosticati clinicamente e confermati in laboratorio 45.652 casi di mpox in 12 paesi africani. Questi casi hanno causato 1.492 decessi (tasso di mortalità del 3,3%). Dal 2022 al 2024, i casi settimanali di mpox confermati in laboratorio sono aumentati di un fattore di 2,8 (da 176 a 489 casi), mentre tutti i casi settimanali segnalati (inclusi quelli con diagnosi clinica) sono aumentati di un fattore di 4,3 (da 669 a 2.900 casi). La RDC, che aveva segnalato circa l'88% dei casi di mpox in Africa nel 2024, aveva 19.513 casi prima della dichiarazione di emergenza, con un tasso di mortalità del 3,1%, una media settimanale di 591 casi rispetto ai 281 del 2023. Nel 2024, sei paesi africani hanno segnalato le loro prime infezioni da mpox importate, con il Burundi che ha segnalato anche la trasmissione locale.

#### **Conclusioni**

L'elevato carico di malattia da mpox in Africa, specialmente nella RDC, con un numero crescente di casi, un alto tasso di mortalità e un alto grado di diffusione in altri paesi africani precedentemente privi di mpox, è motivo di crescente preoccupazione internazionale. Rilevamento dei casi, tracciamento dei contatti, misure di sanità pubblica e vaccini accessibili sono necessari per implementare interventi nella RDC per ridurre il rischio di diffusione globale del virus.

<https://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMoa2411368?query=TOC>

## Malattia del virus di Marburg in Ruanda: mettere al centro sia le prove che l'equità

Cameron T. Nutt

Gli ultimi mesi del 2024 hanno portato diversi sviluppi che avranno implicazioni di vasta portata per gli sforzi di fornitura di servizi sanitari globali negli anni a venire. Più vicino a casa per quelli di noi negli Stati Uniti, i risultati delle nostre elezioni federali sollevano la possibilità di una riduzione degli investimenti in difese condivise contro le epidemie e l'indebolimento della leadership americana per la sicurezza sanitaria in tutto il mondo. Nel paese dell'Africa orientale del Ruanda, tuttavia, una risposta coraggiosa, unita e di successo alla minaccia globale rappresentata da un'importante epidemia di malattia da virus di Marburg (MVD) offre motivo di speranza, nonché lezioni per tutti coloro che cercano di salvaguardare l'equità sanitaria in un periodo di crescente isolazionismo.

L'epidemia in Ruanda è stata rilevata a Kigali a fine settembre 2024, con 25 casi confermati da due ospedali di riferimento entro pochi giorni dalla prima diagnosi. [1](#) È rapidamente diventata la terza più grande epidemia di MVD di sempre e sembrava destinata a diffondersi ampiamente; gli Stati Uniti hanno presto sconsigliato di recarsi in Ruanda. Tuttavia, meno di 3 mesi dopo, l'Organizzazione mondiale della sanità ha dichiarato ufficialmente conclusa l'epidemia, con il più basso tasso di mortalità (CFR) registrato per un'epidemia di MVD di queste dimensioni. Per comprendere come sia stata così rapidamente portata sotto controllo e le implicazioni per le future risposte epidemiche, è necessario fare un salto nella storia.

Il primo focolaio confermato al mondo di un filovirus, una famiglia che include sia Marburg che Ebola, rimane anche il più grande in un paese ad alto reddito: nel 1967, un totale di 31 persone si ammalarono di MVD in Germania (inclusa la città omonima del virus) e in Jugoslavia dopo essere state esposte a scimmie infette che erano state spedite ai laboratori dall'Africa orientale. I pazienti ricevettero cure di supporto tempestive, tra cui rianimazione del volume endovenoso, monitoraggio e ripristino degli elettroliti, supporto nutrizionale e trattamento delle infezioni batteriche secondarie. Tuttavia, sette di loro morirono, con un CFR del 22,7%. [2](#)

Il virus Ebola è stato descritto per la prima volta nell'Africa centrale 9 anni dopo. Ad eccezione della specie non patogena Reston di Ebola, la trasmissione di entrambi i filovirus si è verificata successivamente quasi esclusivamente nell'Africa subsahariana, con un CFR cumulato dell'80,6% per i focolai di MVD fino al 2023. [2](#) La maggior parte ha seguito traiettorie simili a un evento del 2005 in Angola in cui alla maggior parte dei 252 pazienti con MVD è stata fornita solo una soluzione reidratante orale anche quando storditi da shock ipovolemico, e il 90% di loro è morto. [3](#)

Nel suo ultimo libro, *Fevers, Feuds, and Diamonds: Ebola and the Ravages of History* (2020), il defunto Paul Farmer ha contestualizzato queste tendenze, dal 1967 all'epidemia di malattia da virus Ebola (EVD) del 2013-2016 in Guinea, Sierra Leone e Liberia. Ha inquadrato l'infezione da filovirus come una "malattia del caregiver", notando che la maggior parte delle persone che si ammalano di EVD o MVD lo fanno mentre si prendono cura dei propri cari o dei vicini, senza accesso a dispositivi di protezione individuale adeguati. Nei suoi scritti e nella sua attività di advocacy, Farmer ha chiesto di rifiutare il nichilismo terapeutico che giustificava la separazione del contenimento dalle cure e standard clinici più bassi per i pazienti africani con entrambi i virus.

Nel 2024, la rapida individuazione del focolaio di MVD in Ruanda, l'integrazione dell'analisi genomica per informare il tracciamento dei contatti, l'avvio di sperimentazioni per valutare nuovi strumenti, l'enfasi sull'accesso universale a trattamenti di alta qualità e l'impegno nell'assistenza ai sopravvissuti hanno portato a una traiettoria diversa.

Ci sarà molto da imparare dai risultati delle sperimentazioni e dalle prossime serie di casi, ma è già chiaro che l'assistenza di supporto completa dei coraggiosi medici ruandesi, che ha incluso il primo utilizzo della ventilazione meccanica per i pazienti con MVD in Africa, ha stabilito un nuovo standard. [4](#) Un totale di 51 pazienti ruandesi su 66 sono sopravvissuti alla malattia, un tasso di sopravvivenza del 77% che è essenzialmente un'inversione delle statistiche storiche sulla mortalità per MVD, corrispondente al tasso di mortalità peritoneale del più piccolo focolaio del 1967 nell'Europa centrale. [1,2](#)

I leader ruandesi hanno inoltre collaborato con funzionari sanitari internazionali, ricercatori e partner del settore privato per avviare rapidamente i primi studi di un promettente candidato vaccino a base di glicoproteina di Marburg, nonché una combinazione di terapie sperimentali tra cui l'agente antivirale remdesivir e l'anticorpo monoclonale mirato alla glicoproteina MBP091. <sup>1</sup> È fondamentale che questi studi siano stati inseriti negli sforzi di erogazione dell'assistenza sanitaria anziché essere lanciati come sistemi alternativi isolati.

Evitando strategie di implementazione e comunicazione che contrapponevano la prevenzione alla cura, i medici e le autorità sanitarie ruandesi hanno tratto spunto dalle lezioni dell'Angola e dai team dell'Africa occidentale e della Repubblica Democratica del Congo, i cui protocolli di trattamento hanno ridotto i tassi di mortalità da EVD rispettivamente nel 2015 e nel 2020. Un chiaro impegno per un'assistenza di alta qualità ha incoraggiato i malati a cercare una valutazione medica subito dopo l'inizio dei sintomi e prima che il virus si diffondesse ai loro contatti stretti, e ha aiutato i leader del settore sanitario a mantenere la fiducia della popolazione di Kigali durante un periodo terrificante. L'esperienza del Ruanda dimostra che un'assistenza clinica dignitosa può in effetti essere una pietra angolare del controllo delle infezioni, un meccanismo sociale per il cosiddetto trattamento come prevenzione.

Come è stato possibile tutto questo? Durante le risposte alle crisi sanitarie passate, dalle epidemie di colera dopo il genocidio del 1994 contro i Tutsi all'epidemia di AIDS, i leader del settore sanitario ruandese hanno insistito affinché le risposte incentrate sulla malattia fossero collegate agli sforzi per rafforzare la capacità locale utilizzando iniziative come il programma Human Resources for Health del paese. <sup>5</sup> Questi investimenti hanno garantito che la lotta contro l'MVD fosse guidata da ranghi profondi di clinici e decisori politici ruandesi senior piuttosto che da team internazionali a breve termine. Ma sebbene l'infezione da virus di Marburg non fosse mai stata diagnosticata in precedenza in Ruanda, l'epidemia del 2024 non è stata il primo impegno del paese con un filovirus.

Nel momento più buio dell'epidemia di EVD in Africa occidentale, mentre i casi aumentavano a Monrovia alla fine del 2014, una delegazione clinica dell'Unione Africana è arrivata in Liberia per prendersi cura dei pazienti nelle unità di trattamento dell'Ebola e aiutare a riaprire in sicurezza le strutture di assistenza primaria chiuse. Mentre ero distaccato dall'organizzazione non-profit Partners In Health di Farmer, ho lavorato temporaneamente come coordinatore amministrativo per il sistema di gestione degli incidenti del Ministero della Salute della Liberia e ho partecipato a riunioni con medici provenienti da tutto il mondo.

Sette medici si sono offerti volontari dal Ruanda, un contingente irrisorio rispetto a quelli provenienti da paesi più grandi. Ma avendo lavorato a Kigali per diversi anni, sapevo che il paese contava solo 625 dottori che esercitavano attivamente nel suo intero sistema sanitario quell'anno: più dell'1% dell'intera forza lavoro medica si era offerta volontaria per lavorare in prima linea in solidarietà con i colleghi in tutto il continente. <sup>5</sup> Quindi l'approccio del Ruanda all'MVD nel 2024 non è stato una questione di fortuna o casualità: è stata un'estensione di un impegno a lungo termine per l'equità sanitaria globale. Il piccolo paese aveva contribuito con la più grande percentuale della sua forza lavoro sanitaria alla risposta all'Ebola nell'Africa occidentale nel 2014 (quando l'1% della forza lavoro medica americana sarebbe stata pari a 9000 dottori).

Un decennio dopo, i leader ruandesi hanno mostrato cosa è possibile, come Farmer aveva previsto, quando "le febbri emorragiche virali si scontrano con la medicina moderna", organizzando una risposta dotata del necessario "personale, materiale, spazio e sistemi" per fermare la trasmissione e salvare la vita delle persone infette. Se un impegno per l'eccellenza clinica è collegato alla ricerca dell'equità sanitaria, un'epidemia di filovirus, anche quando rilevata dopo essersi diffusa in più strutture sanitarie in un centro urbano densamente popolato in un paese a basso reddito, può essere fermata sul nascere, con conseguenti tassi di sopravvivenza alti quanto quelli possibili nei centri medici accademici in Europa e Nord America.

Questi risultati meritano di essere celebrati. Hanno anche molto da insegnare sulla risposta alle epidemie di patogeni ad alto rischio che sicuramente si verificheranno negli anni a venire, mentre gli Stati Uniti si ritirano dalla leadership nella prevenzione delle pandemie. La risposta di successo del Ruanda alla MVD mostra al mondo un modo diverso per procedere nella scelta di dare priorità all'assistenza e alla solidarietà, non solo contro un virus, ma anche per gli altri.

<https://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMp2415557?query=TOC>

## Infezioni umane da virus neuroinvasivo della Toscana in Italia dal 2016 al 2023: incidenza aumentata nel 2022 e nel 2023

Come 0

Scaricamento

Check for updates

Emmanouil Alexandros Fotakis<sup>1,2</sup> , Elisa Di Maggio<sup>2,3</sup>, Martina Del Manso<sup>2</sup>, Alberto Mateo Urdiales<sup>2</sup>, Daniele Petrone<sup>2</sup>, Massimo Fabiani<sup>2</sup>, Giulia Perego<sup>2,4</sup>, Antonino Bella<sup>2</sup>, Gioia Bongiorno<sup>2</sup>, Iaria Bernardini<sup>2</sup>, Marco Di Luca<sup>2</sup>, Giulietta Venturi<sup>2</sup>, Claudia Fortuna<sup>2</sup>, Stefania Giannitelli<sup>2</sup>, Federica Ferraro<sup>5</sup>, Francesco Maraglino<sup>5</sup>, Patrizio Pezzotti<sup>2</sup>, Anna Teresa Palamara<sup>2</sup>, Flavia Riccardo<sup>2</sup>, Rete di sorveglianza italiana degli arbovirus<sup>6</sup>

### Introduzione

Il virus Toscana (TOSV; specie *phlebovirus Toscana*, genere *Phlebovirus*, famiglia *Phenuiviridae*), identificato per la prima volta nel 1971 nell'Italia centrale, è un arbovirus a RNA a filamento negativo trasmesso all'uomo attraverso punture di pappataci flebotomi infetti. Come molti altri arbovirus, il TOSV è altamente diffuso nei paesi del Mediterraneo [ 1 ] dove, secondo uno studio pubblicato nel 2017, più di 250 milioni di persone sono annualmente potenzialmente esposte al patogeno [ 2 ], rispecchiando l'ampia distribuzione di specie vettrici competenti nella regione [ 3 ]. Correlandosi con l'attività dei pappataci, i casi umani nei paesi mediterranei europei si verificano in genere durante la stagione calda, ovvero tra giugno e ottobre con un picco in agosto [ 3 ].

Ad oggi, il ciclo del TOSV in natura rimane sfuggente. I vertebrati che fungono da serbatoi non sono ancora stati determinati e gli esseri umani sono considerati ospiti incidentali, "senza via d'uscita", poiché gli individui infetti tendono a mostrare una viremia transitoria e di basso livello [ 4 ]. La maggior parte delle infezioni da TOSV negli esseri umani sono asintomatiche o lievemente sintomatiche, con una malattia simil-influenzale [ 1, 4 ]. Tuttavia, il TOSV dimostra neurotropismo e le infezioni possono portare a manifestazioni neuroinvasive dopo un periodo di incubazione mediano di 12 giorni [ 5 ]. In particolare, le infezioni neuroinvasive da TOSV sono tra le principali cause di meningite, encefalite e meningoencefalite nei paesi dell'Europa meridionale durante l'estate [ 4, 6 ]. Inoltre, le infezioni da TOSV sono state anche associate a diverse neuropatie periferiche, ad esempio la sindrome di Guillain-Barré [ 1 ].

Prove storiche dall'Italia corrispondenti alla fine degli anni '90 identificano il TOSV come l'agente eziologico di circa il 40% dei casi di meningite estiva [ 4 ]. Inoltre, diversi studi condotti a metà/fine anni 2000 hanno riscontrato alti tassi di sieroprevalenza del TOSV  $\geq 20\%$  nell'Italia centrale e meridionale [ 7, 8 ], contemporaneamente alla forte presenza dei vettori virali primari *Phlebotomus perniciosus* e *Phlebotomus perfiliewi* in tutto il territorio italiano [ 9, 10 ]. Attualmente, non esiste un trattamento specifico o un vaccino umano disponibile per il TOSV neuroinvasivo e la diagnosi richiede test di laboratorio a causa della stretta somiglianza delle manifestazioni cliniche del TOSV con quelle di altre infezioni arbovirali neuroinvasive, ad esempio il virus West Nile (WNV), il virus dell'encefalite trasmessa da zecche (TBEV) [ 11 ]. Gli strumenti disponibili per la prevenzione/risposta al TOSV riguardano principalmente interventi di controllo dei vettori e misure di protezione personale contro le punture dei pappataci.

Nonostante la sua importanza per la salute pubblica, il TOSV rimane ampiamente poco studiato e non riceve attenzione dalla sorveglianza sanitaria pubblica nazionale e internazionale. Indicativamente, le infezioni neuroinvasive da TOSV non sono notificabili a livello di Unione Europea/Spazio Economico Europeo (UE/SEE) e non esiste una definizione di caso UE permanente, sebbene diversi aspetti della definizione di caso siano considerati sulla pagina web dedicata al TOSV del Centro Europeo per la Prevenzione e il Controllo delle Malattie (ECDC) [ 12 ]. Inoltre, diversi Paesi UE/SEE endemici segnalano una capacità diagnostica molecolare del TOSV subottimale [ 13 ]. Per quanto ne sappiamo, l'Italia è attualmente l'unico Paese europeo in cui le infezioni neuroinvasive da TOSV sono notificabili a livello nazionale, a seguito dell'istituzione del sistema di sorveglianza nazionale nel 2016.

La letteratura esistente suggerisce che la distribuzione e l'intensità di trasmissione degli arbovirus sono in gran parte guidate e condizionate da diversi parametri entomologici, ad esempio distribuzione del vettore, abbondanza e dinamiche della popolazione, che a loro volta dipendono fortemente dalle condizioni climatiche [ 14 ]. Nel 2022-23, l'Italia ha sperimentato anomalie climatiche, ovvero aumento della temperatura annuale, precipitazioni e anomalie di umidità relativa [ 15 , 16 ], e un concomitante aumento della trasmissione di WNV, virus della dengue e TBEV [ 17 ], cambiamenti che probabilmente si applicano anche al TOSV. Per migliorare la comprensione della diffusione del TOSV e del suo impatto sulla salute umana a supporto della pianificazione di strategie di comunicazione e gestione del rischio, abbiamo mirato a descrivere i casi di infezione neuroinvasiva da TOSV notificati in Italia attraverso il sistema di sorveglianza nazionale durante il periodo 2016-23, identificando la loro distribuzione spaziotemporale e i gruppi di popolazione a rischio per gli anni 2022-23 rispetto al 2016-21.

.....

## Discussione

L'Italia ha registrato un trend crescente di infezioni neuroinvasive autoctone da TOSV nel corso degli anni 2016-23. In particolare, il periodo 2022-23 è stato caratterizzato da un modello di incidenza elevato che si è esteso fino all'autunno, aumenti di incidenza nelle regioni storicamente altamente colpite e segnalazioni di esposizione all'infezione in regioni in cui le infezioni da TOSV non erano state precedentemente acquisite secondo notifiche/indagini sui casi negli anni 2016-21. Il sesso maschile, l'età lavorativa e pensionabile e la residenza in comuni rurali sono stati identificati come fattori di rischio per l'infezione neuroinvasiva da TOSV. Ad oggi, le prove su scala nazionale sul peso e la tendenza delle infezioni neuroinvasive da TOSV in altri paesi UE/SEE rimangono scarse. Tuttavia, gli studi sulla sieroprevalenza umana condotti in Spagna, Portogallo, Francia e diversi paesi balcanici (ad esempio Grecia, Bulgaria) tra il 2010 e il 2020 indicano livelli significativi di trasmissione autoctona, con tassi di sieroprevalenza di TOSV nella popolazione sana che spesso superano il 20% [ 1 , 3 ].

La decisione di includere le infezioni neuroinvasive da TOSV sotto sorveglianza sistematica in Italia ha effettivamente consentito il rilevamento e la notifica dei casi, portando a un aumento delle osservazioni che è importante per comprendere meglio l'epidemiologia e le caratteristiche prevalenti delle popolazioni colpite, sebbene esista spazio per miglioramenti. L'espansione della sorveglianza del TOSV in altri paesi dell'UE potrebbe migliorare la nostra comprensione della sua diffusione e del suo peso in Europa.

La nostra scoperta di conteggi di casi di TOSV neuroinvasivo confermati in laboratorio significativamente più elevati negli anni 2022-23 rispetto al 2016-21 potrebbe in parte riflettere un potenziale aumento dei test TOSV attribuito ai miglioramenti del sistema di sorveglianza implementati a partire dal 2020. Tuttavia, la tendenza delle infezioni da TOSV che abbiamo osservato, comprese tutte le fluttuazioni annuali del conteggio dei casi, rispecchia da vicino le tendenze di incidenza autoctone di TBE, WNV (vale a dire infezioni arbovirali segnalate secondo la definizione di caso UE durante il periodo di studio) e leishmaniosi. In particolare, tutti i patogeni sopra menzionati, che sono soggetti a distinti programmi di sorveglianza, hanno mostrato stagioni di trasmissione più intense nel 2022-23 [ 17 , 22 ].

Inoltre, precedenti evidenze dall'Emilia-Romagna [ 23 ], la regione che ha segnalato la maggior parte dei casi in entrambi i periodi di studio, indicano un accertamento sistematico di laboratorio che precede la riforma del sistema di sorveglianza nel 2019-20, fornendo ulteriori prove di un trend crescente di TOSV nel nostro periodo di studio. Nel complesso, la combinazione dei fattori sopra menzionati indica un aumento significativo dell'incidenza di infezioni gravi da TOSV nel 2022-23, indipendentemente da eventuali potenziali cambiamenti nei livelli di sensibilità del sistema di sorveglianza.

In particolare, le stagioni di trasmissione con il numero più elevato di casi (vale a dire 2018, 2022, 2023), compresi i modelli di maggiore incidenza delle infezioni all'inizio dell'autunno per gli anni 2022-23, si allineano con le concomitanti anomalie di temperatura negli stessi anni. Nello specifico, la temperatura della stagione primaverile/estiva del 2018 in diverse regioni settentrionali in Italia è stata più alta rispetto a quella degli anni immediatamente precedenti e successivi di un minimo di +0,66 °C, vale a dire un'anomalia della temperatura media settimanale media [ 16 ]. Inoltre, il 2022 è stato l'anno più caldo mai registrato dal 1961 con

un'anomalia della temperatura media positiva di + 1,12 °C rispetto al periodo 1991-2020 [ 15 ], mentre l'estate del 2023 è stata più calda rispetto alle corrispondenti medie climatologiche 1991-2020 [ 16 ].

I vettori TOSV dominanti in Italia, *P. perniciosus* e *P. perfliewi*, necessitano di temperature calde per il loro sviluppo e la loro sopravvivenza in tutte le fasi della vita [ 3 ]. Considerando la natura termofila della specie, è probabile che i modelli di temperatura registrati nel 2018 e nel 2022-23 abbiano indotto un'attività dei pappataci più precoce, intensificata, temporalmente prolungata e geograficamente estesa negli anni corrispondenti [ 10 , 24 ], condizionando livelli elevati di trasmissione del TOSV.

Anche le anomalie delle precipitazioni potrebbero aver influenzato i modelli di incidenza osservati. L'incidenza del TOSV ha raggiunto il picco nel 2022, che è stato registrato come l'anno più secco in Italia dal 1961, con un'anomalia di precipitazione negativa particolarmente forte registrata in primavera [ 15 ]. Diversi studi dall'Italia mostrano un'associazione negativa tra precipitazioni e abbondanza di pappataci, soprattutto durante la stagione primaverile/estiva [ 10 , 25 ], probabilmente spiegata dalle forti piogge che aumentano la morte delle larve e riducono l'attività di volo degli adulti e la disponibilità del sito di riposo [ 26 ]. I meccanismi inversi applicati durante la stagione primaverile più secca del 2022 potrebbero aver facilitato l'aumento della sopravvivenza e dell'attività dei pappataci, aumentando in definitiva la trasmissione del TOSV.

Al contrario del 2018 e del 2022-23, i numeri dei casi sono stati relativamente bassi nel 2020 e nel 2021. Questi anni coincidono con la fase acuta della pandemia di COVID-19 in Italia, quando sono state implementate misure di sanità pubblica e sociali (PHSM) in tutto il Paese. Le PHSM sono state più severe nel 2020, durante il quale sono stati imposti lockdown regionali e nazionali, mentre le misure restrittive si sono gradualmente allentate nella primavera del 2021. Inevitabilmente, le PHSM hanno ridotto la mobilità umana e successivamente, molto probabilmente, il rischio generale di esposizione alle punture di pappataci. Inoltre, le prove provenienti dall'Italia mostrano che la pandemia ha alterato il comportamento generale di ricerca dell'assistenza sanitaria delle persone, aumentando probabilmente temporaneamente la sottostima neuroinvasiva del TOSV [ 27 ].

Nel periodo 2016-23, abbiamo osservato un numero maggiore di casi di TOSV neuroinvasivo in Emilia-Romagna e Toscana rispetto a tutte le altre regioni. L'idoneità ambientale del vettore può in parte spiegare questo schema geografico, come dimostrato dall'elevata abbondanza di *P. perniciosus* e *P. perfliewi* in diversi focolai subregionali, in particolare nelle propaggini settentrionali dell'Emilia-Romagna [ 28 ]. Tuttavia, i fattori esplicativi riguardano più probabilmente protocolli di valutazione diagnostica non uniformi applicati in tutto il paese, ad esempio in Emilia-Romagna tutti i pazienti risultati negativi al test per WNV e virus Usutu vengono sistematicamente sottoposti al test per TOSV, nonché variazioni del servizio sanitario interregionale che influenzano l'accertamento dell'infezione a livello di comunità. Questi ultimi fattori potrebbero in parte anche essere alla base del riscontro di casi di infezione nelle regioni/PA di Sardegna, Molise, Umbria e Trento nel periodo 2022-23 rispetto al 2016-21, soprattutto se si considerano i risultati di sieroprevalenza pre-2016 delle rispettive regioni [ 29 , 30 ].

L'incidenza del TOSV neuroinvasivo è stata più alta nei comuni rurali, in linea con l'ecologia del vettore del TOSV, per cui le larve dei pappataci si sviluppano tipicamente in ambienti ricchi di materiale organico in decomposizione, a una temperatura relativamente costante e in un'oscurità quasi totale, vale a dire ambienti che si trovano più spesso in contesti con un basso livello di urbanizzazione [ 31 ]. Tuttavia, in linea con un recente studio dalla Spagna [ 32 ], le infezioni sono state acquisite anche in contesti periurbani e urbani, riflettendo probabilmente i tratti di plasticità ecologica del vettore che consentono l'adattamento agli ambienti creati dall'uomo. In particolare, il significativo aumento dell'incidenza delle infezioni neuroinvasive nei comuni urbani e periurbani nel 2022-23 rispetto agli anni precedenti deve essere monitorato, poiché indica il potenziale per una trasmissione del TOSV più elevata in contesti ecologici in cui la densità umana è maggiore [ 33 ].

In linea con studi precedenti [ 7 , 8 ], il sesso maschile e l'età lavorativa sono stati identificati come fattori di rischio per l'infezione neuroinvasiva da TOSV. Le maggiori incidenze di infezione tra questi gruppi riflettono probabilmente un rischio di esposizione aumentato alle punture di pappataci. In particolare, i lavori manuali all'aperto, specialmente in contesti rurali e periurbani, sono tradizionalmente svolti da uomini, mentre gli individui in età lavorativa probabilmente trascorrono più tempo all'aperto in contesti ad alto rischio di trasmissione durante le loro attività occupazionali, rispetto agli individui più giovani. Abbiamo anche osservato un aumento del rischio di infezione nella popolazione anziana di età superiore ai 67 anni. L'età

avanzata è probabilmente accompagnata da un rischio più elevato di complicazioni neurologiche associate a TOSV [ 34 ], come mostrato per altri arbovirus come il WNV.

Il nostro studio presenta diverse limitazioni. In primo luogo, i nostri risultati potrebbero sottostimare il numero reale di infezioni neuroinvasive da TOSV e rappresentare una distribuzione geografica in qualche modo distorta a causa del diverso impatto della sottodiagnosi e della sottoaccertamento, che varia a seconda della regione amministrativa. In secondo luogo, poiché il nostro studio si è concentrato sulle infezioni neuroinvasive da TOSV, i nostri risultati sottostimano la vera incidenza e distribuzione di TOSV in Italia, soprattutto se si considera che una quota significativa di infezioni da TOSV è non neuroinvasive [ 4 , 11 ]; indicativamente tra il 2020 e il 2023, 79 casi di TOSV privi di manifestazioni neuroinvasive sono stati notificati al sistema di sorveglianza nazionale. In terzo luogo, in assenza di dati relativi al numero di analisi diagnostiche di TOSV condotte nel 2022-23 rispetto agli anni precedenti, non siamo stati in grado di valutare quantitativamente l'effetto delle revisioni del sistema di sorveglianza sull'aumento delle notifiche di TOSV. In quarto luogo, quando si calcola l'incidenza in base al livello di urbanizzazione del comune di esposizione, abbiamo utilizzato la dimensione della popolazione residente dei comuni corrispondenti come denominatore. Tuttavia, questo non tiene conto dei movimenti di popolazione tra comuni con diverso stato di urbanizzazione, con il potenziale risultato di una leggera sovrastima o sottostima dei veri IRR. Infine, poiché il sistema di sorveglianza non dispone di informazioni sulle sequele a medio e lungo termine sui casi neuroinvasivi notificati, a parte gli esiti di ospedalizzazione e morte, non siamo stati in grado di catturare il vero impatto del TOSV sulla salute individuale.

## **Conclusioni**

L'Italia ha registrato un aumento sostanziale dell'incidenza del TOSV nel 2022-23 rispetto agli anni precedenti. Modelli di incidenza simili potrebbero essersi verificati anche nei paesi limitrofi con una storia di trasmissione del TOSV documentata e una distribuzione estesa del vettore. I nostri risultati evidenziano la necessità di aumentare la consapevolezza pubblica in Italia per prevenire l'esposizione ai pappataci adottando comportamenti di mitigazione del rischio, con particolare attenzione alle persone in età lavorativa, agli uomini di età superiore ai 67 anni e agli individui residenti in comuni rurali. Inoltre, aumentare la consapevolezza tra i medici della potenziale espansione dell'elevata temporalità di trasmissione potrebbe incoraggiare ulteriormente la considerazione del TOSV nella diagnosi differenziale dei pazienti che presentano sintomatologia di infezione neuroinvasiva durante la tarda estate e l'autunno. In definitiva, l'istituzione di attività di sorveglianza integrate del TOSV umano ed entomologico a livello nazionale potrebbe facilitare notevolmente la rilevazione precoce del TOSV, interventi mirati e l'allocazione delle risorse basata sull'evidenza, contrastando la tendenza crescente delle infezioni neuroinvasive.

<https://www.eurosurveillance.org/content/10.2807/1560-7917.ES.2025.30.2.2400203>

## Perché la "Ferrari dei virus" sta prendendo piede nell'emisfero settentrionale

Il norovirus, che causa diarrea e vomito esplosivi, potrebbe essere in aumento a causa di una variante che elude gli anticorpi e della socializzazione post-COVID-19

13 GENNAIO 2025 • 18:00 ET • DI [JON COHEN](#)

La "Ferrari dei virus" sta vivendo una stagione da record. Il norovirus, che sfreccia attraverso navi da crociera, case e strutture di assistenza a lungo termine, sta vivendo una notevole ondata invernale nell'emisfero settentrionale, costringendo un gran numero di persone a correre in bagno e molte altre in ospedale e, in rari casi, risultando fatale.

Negli Stati Uniti, ad esempio, si sono verificati [91 focolai](#) del virus intestinale nella prima settimana di dicembre 2024, ben al di sopra del massimo precedente, 65, per la stessa settimana tra il 2010 e il 2024. E i livelli dei suoi geni nelle acque reflue statunitensi sono di un ordine di grandezza superiori a quelli dell'anno scorso.

"I primi dati per la prima parte della stagione stanno sicuramente supportando il fatto che avremo un anno di norovirus piuttosto intenso", afferma Lisa Lindesmith, che studia il virus presso l'Università della Carolina del Nord (UNC) a Chapel Hill.

Parte dell'impennata potrebbe essere dovuta a una nuova variante del virus, sconosciuta al sistema immunitario di molte persone, e alla ripresa delle crociere e di altri raduni interrotti dalla pandemia di COVID-19. E non c'è nessun vaccino in vista: il candidato più avanzato ha appena fallito una sperimentazione chiave e altri non saranno pronti per diversi anni.

Il norovirus prospera nei climi freddi, causando diarrea e vomito esplosivi che in genere durano solo un giorno. Ma diverse settimane dopo la guarigione, le persone possono ancora diffondere il virus, che può rimanere infettivo per lunghi periodi sulle superfici.

È notoriamente resistente a molti disinfettanti e studi su volontari adulti hanno dimostrato che una sola traccia di virus è sufficiente per far ammalare una persona.

Anche le ostriche sono una fonte di infezione, perché i molluschi filtratori concentrano il virus dall'acqua contaminata nei loro tessuti.

I funzionari sanitari degli Stati Uniti hanno emesso diversi avvertimenti sulle [ostriche infette](#) a dicembre e la Francia ha [vietato la raccolta di ostriche](#) in alcune regioni a causa di focolai di norovirus.

Per la maggior parte delle persone, il virus è una sofferenza passeggera che crea il tipo sbagliato di ricordi indimenticabili da un matrimonio o da una festa.

Ma "può essere piuttosto grave", afferma Mary Estes, virologa del Baylor College of Medicine e ricercatrice leader in questo piccolo campo. Sebbene la mortalità correlata al norovirus sia bassa nei paesi ricchi, uccide circa 200.000 bambini piccoli nei paesi in via di sviluppo ogni anno.

Anche negli Stati Uniti, è la causa principale di [ospedalizzazione](#) per malattie diarroiche, che colpisce in modo particolarmente duro i bambini piccoli e gli anziani. Le persone immunodepresse, in particolare i pazienti oncologici sottoposti a chemioterapia o i trapiantati che assumono farmaci antirigetto, possono avere infezioni croniche che durano mesi o addirittura anni. Molte persone malate perdono anche il lavoro, il che porta a una perdita annuale stimata di [60 miliardi di dollari a livello globale](#).

Dato che i sintomi si risolvono rapidamente nella maggior parte dei casi, poche persone cercano assistenza, ma negli Stati Uniti, le segnalazioni di focolai correlati al norovirus (due o più malattie da una fonte comune) questo inverno promettono di superare di gran lunga i 2500 tipicamente osservati. Anche [le navi da crociera](#) sono state duramente colpite.

Nel [Regno Unito](#), i laboratori che eseguono i test per il virus hanno segnalato il 63% in più di campioni positivi nelle ultime 2 settimane del 2024 rispetto alla media e i ricoveri ospedalieri sono aumentati dell'11%.

Albert Kapikian presso gli US National Institutes of Health scoprì il primo norovirus nel [1972](#) da un'epidemia di "malattia del vomito invernale" che si verificò in una scuola elementare a Norwalk, Ohio, da cui il "noro" nel nome. Da allora gli scienziati hanno descritto più di 30 varianti principali che circolano negli esseri umani, distinte da cambiamenti nella loro proteina di superficie, VP1, che è il bersaglio principale degli anticorpi che possono "neutralizzarla".

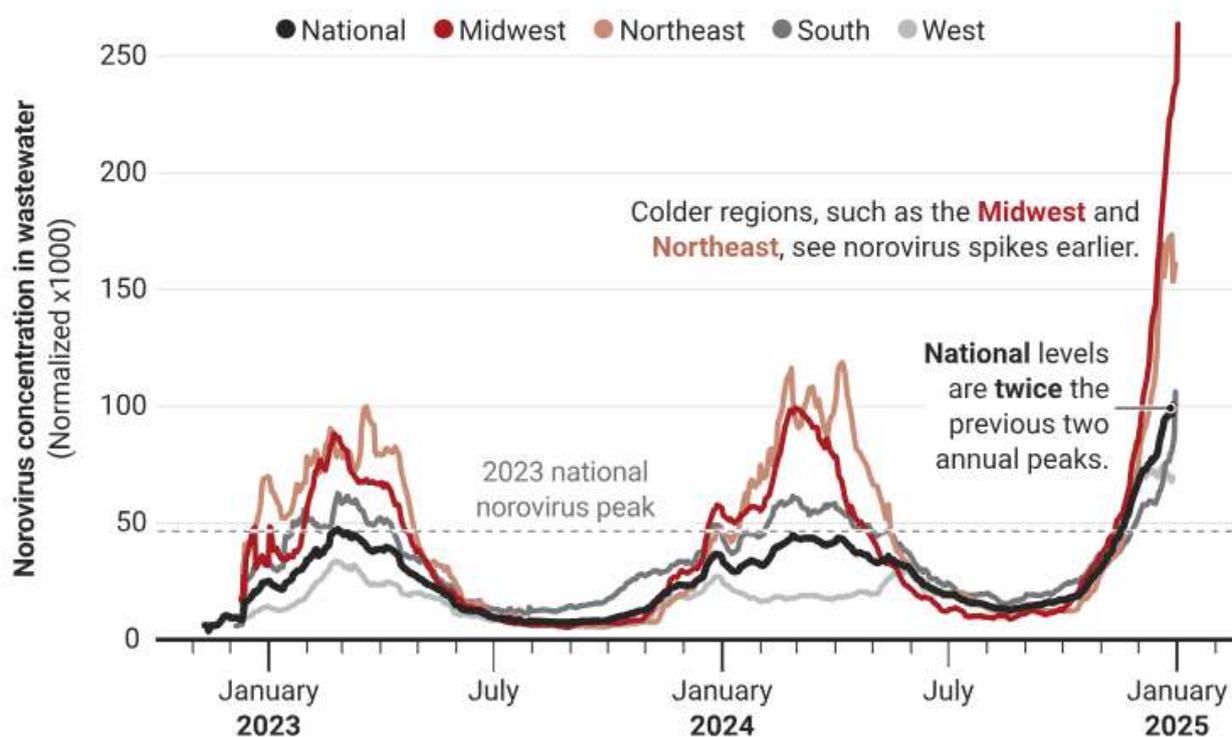
"Questo virus è davvero bravo a eludere gli anticorpi", afferma la veterana ricercatrice del norovirus Christine Moe della Emory University. "Pensavo fosse il patogeno di maggior successo fino all'arrivo del COVID".

Il mondo ha avuto quattro ondate massicce di norovirus tra il 2002 e il 2012, "il maggior numero di pandemie di qualsiasi virus nel 21° secolo", afferma Ralph Baric dell'UNC, che ha studiato a lungo il patogeno. Ognuna è scoppiata quando una nuova variante del norovirus ha sostituito quella dominante.

Ma dal 2012, un set di varianti correlate chiamate GII.4 ha preso il sopravvento. "Uno degli argomenti più scottanti nella ricerca sul norovirus è perché, dopo quegli eventi di sostituzione molto frequenti, quel processo ha rallentato?" afferma Lindesmith, che lavora nel laboratorio di Baric.

### Un'ondata straziante

Con il calo delle temperature, i casi di norovirus aumentano e una quantità maggiore del suo RNA finisce nelle acque reflue. Quest'anno, i campioni di acque reflue negli Stati Uniti mostrano che i livelli di norovirus hanno già superato i due picchi stagionali precedenti.



(GRAFICO) M. HERSHER/SCIENZA; (DATI) WASTEWATERSCAN

Un cambiamento che potrebbe aiutare a spiegare l'impennata di casi di questo inverno è il successo di GII.17, una variante che circola a bassi livelli da decenni. GII.17 ha iniziato a crescere negli Stati Uniti e in sei paesi europei lo scorso anno, ha riportato un articolo del 26 settembre 2024 su [Eurosurveillance](#).

Secondo i Centri statunitensi per il controllo e la prevenzione delle malattie, il 70% dei 56 isolati virali sequenziati tra il 1° settembre e la fine dell'anno appartengono al lignaggio GII.17. Anche il Regno Unito e i Paesi Bassi stanno assistendo al dominio di GII.17. Se porrà fine al regno di 12 anni di GII.4 come variante dominante non sarà chiaro per molti mesi.

Non è chiaro cosa abbia dato alla fine un vantaggio a GII.17. La ricercatrice del norovirus Miranda de Graaf dell'Erasmus Medical Center afferma che il virus trovato nei Paesi Bassi è mutato in modo significativo rispetto ad altri ceppi di GII.17.

Anche il calo della trasmissione del norovirus dovuto al distanziamento sociale durante la pandemia di COVID-19 potrebbe aver giocato un ruolo. "Se trascorrono 3 o 4 anni senza molta esposizione nella popolazione, la previsione sarebbe che quell'immunità di fondo diminuirà nel tempo, e poi ci sarà una grande impennata che si verificherà qualche tempo dopo quando le cose torneranno alla normalità", afferma Baric.

Un vaccino contro il norovirus avrebbe probabilmente un ampio mercato globale tra tutte le età, ma lo sviluppo è stato lento all'inizio.

"Ci è voluto molto tempo prima che le persone si rendessero conto che questi virus stavano davvero infettando molte persone", afferma Estes, il che ha limitato i finanziamenti per la ricerca. Il virus è anche una sfida con cui lavorare; può crescere in modo affidabile solo in un complicato sistema [di coltura organoide](#), sviluppato da Estes e colleghi, che imita l'intestino umano.

Il candidato vaccino più avanzato, che conteneva "particelle simili a virus" fatte di VP1, ha fallito in una sperimentazione di efficacia sui neonati, ha riferito il suo produttore, [HilleVax](#), nel luglio 2024. Un'azienda cinese, [Zhifei](#), ha in corso una sperimentazione di efficacia sui bambini di un candidato che contiene VP1 da quattro genotipi, tra cui GII.4 e GII.17. E [Moderna](#) nel settembre 2024 ha avviato una sperimentazione di efficacia sugli adulti di un vaccino che utilizza RNA messaggeri che codificano VP1 da più varianti (sebbene non GII.17).

Anche se un vaccino contro il norovirus si dimostrasse sicuro ed efficace, si troverebbe di fronte a quello che Baric definisce "uno dei virus più contagiosi in natura", il che significa che è improbabile che un vaccino possa prevenire tutti i sintomi e bloccare completamente la trasmissione. Probabilmente richiederebbe anche richiami regolari. "Questa non sarà una vaccinazione una tantum", afferma Lindesmith.

Ma come i vaccini contro il COVID-19, un vaccino contro il norovirus potrebbe rallentare la diffusione e risparmiare alle persone una malattia grave o addirittura la morte, evitando che un giorno di miseria si trasformi in qualcosa di molto peggiore.

[https://www.science.org/content/article/why-ferrari-viruses-surg-ing-through-northern-hemisphere?utm\\_source=sfmc&utm\\_medium=email&utm\\_content=alert&utm\\_campaign=DailyLatestNews&et rid=691092258&et cid=5492626](https://www.science.org/content/article/why-ferrari-viruses-surg-ing-through-northern-hemisphere?utm_source=sfmc&utm_medium=email&utm_content=alert&utm_campaign=DailyLatestNews&et rid=691092258&et cid=5492626)



The image shows a snippet of a Science magazine cover. At the top left, the word "Science" is written in a white serif font on a black background. Below it, in smaller white capital letters, are the words "SCIENZA INSIDER" and "SALUTE". The main headline is in large, bold, white sans-serif font: "COVID 5 anni dopo: imparare da una pandemia che molti stanno dimenticando". Below the headline, in a smaller white font, is the sub-headline: "Cinque anni dopo la comparsa del SARS-CoV-2, gli scienziati riflettono e guardano al futuro". At the bottom left, in very small white capital letters, is the text: "2 GENNAIO 2025 • 9:00 AM ET • DI JON COHEN".

La pandemia di COVID-19, per quanto ne sappiamo, ha causato più di 20 milioni di vittime, è costata 16 trilioni di dollari, ha tenuto 1,6 miliardi di bambini fuori dalla scuola e ha spinto circa 130 milioni di persone in povertà. E non è finita: i dati di ottobre 2024 hanno mostrato che almeno 1000 persone sono morte di COVID-19 ogni settimana, il 75% delle quali negli Stati Uniti, e questo si basa solo sui dati dei 34 paesi che ancora segnalano i decessi all'Organizzazione mondiale della sanità (OMS).

Il mese scorso, in un incontro di 4 giorni qui sulla prevenzione di future pandemie, l'epidemiologa dell'OMS Maria Van Kerkhove ha spuntato quelle cifre con esasperazione.

"Nel mondo in cui vivo adesso, nessuno vuole parlare di COVID-19", ha detto all'assemblea. "Tutti si comportano come se questa pandemia non fosse mai accaduta".

Eppure, 5 anni dopo che un coronavirus denominato SARS-CoV-2 è emerso per la prima volta a Wuhan, in Cina, gli scienziati stanno ancora cercando intensamente di dare un senso al COVID-19. "Ognuno di noi dovrebbe leggere oltre 240 articoli ogni singolo giorno per stare al passo con tutta la letteratura [sul COVID-19] che è uscita" nel 2024, ha osservato Cherilyn Sirois, una redattrice di *Cell*.

Nonostante il flusso di approfondimenti sul comportamento del virus e su come impedire che causi danni, molti presenti all'incontro temevano che il mondo avesse chiuso un occhio sulle lezioni apprese dalla pandemia. "Sento questa enorme attrazione gravitazionale a tornare a quello che facevamo prima", ha detto Van Kerkhove. "Non dovremmo tornare indietro in nessun modo".

Ancora più preoccupante per alcuni alla conferenza, molti paesi sono diventati ostili alla ricerca sulla prevenzione della pandemia, gran parte della rabbia deriva da un'affermazione non provata secondo cui il SARS-CoV-2 è trapelato da un laboratorio.

"C'è stata una massiccia reazione pubblica e politica contro la comunità virologica e la salute pubblica in generale, quindi potremmo essere messi peggio ora a livello locale rispetto a prima della pandemia", ha affermato il virologo Ralph Baric dell'Università della Carolina del Nord a Chapel Hill, che è stato recentemente accusato da Robert Redfield, ex capo dei Centri statunitensi per il controllo e la prevenzione delle malattie, di essere la "mente scientifica" di un presunto tentativo di progettare il virus.

La conferenza, tenutasi sotto gli auspici di Cold Spring Harbor Asia, ha riunito 140 ricercatori e funzionari sanitari di 17 paesi per discutere di tutto, dall'origine della pandemia ai modelli mutazionali del SARS-CoV-2, ai nuovi trattamenti e alle strategie creative di vaccino per respingere le minacce future. "Uno dei motivi principali per cui abbiamo voluto tenere questa conferenza è perché non potevamo incontrarci di persona durante la pandemia", ha affermato il virologo Kei Sato dell'Università di Tokyo, uno degli organizzatori. Sperava anche che la sede avrebbe attirato scienziati delle malattie infettive dalla Cina, che hanno avuto interazioni limitate con la comunità di ricerca globale dal 2020.

Erano presenti circa 20 scienziati cinesi, ma due dei più importanti ricercatori del paese sul COVID-19 sono stati notevolmente assenti. Shi Zhengli, che ha studiato i coronavirus dei pipistrelli al Wuhan Institute of Virology (WIV) ed è diventata il centro di intense critiche da parte di persone che sospettano che il SARS-CoV-2 sia trapelato dal suo laboratorio, ha tenuto solo un discorso video preregistrato, sul sequenziamento di altri genomi di coronavirus, nonostante fosse uno dei co-organizzatori dell'evento.

Lo stesso ha fatto il virologo dell'Accademia cinese delle scienze George Gao, ex capo del Centro cinese per il controllo e la prevenzione delle malattie. Sato sospetta che il governo cinese non avrebbe permesso a nessuno dei due di partecipare. Shi, ora al Guangzhou Laboratory, e Gao hanno entrambi rifiutato di spiegare la loro assenza a *Science*.

Uno scienziato cinese ha offerto una delle presentazioni più provocatorie. L'immunologo Yunlong Cao della Peking University, un altro organizzatore dell'incontro, ha osservato che la "straordinaria velocità evolutiva virale" del SARS-CoV-2 non solo significa che le nuove varianti stanno "causando continuamente reinfezioni", ma che i trattamenti con anticorpi e i vaccini possono perdere rapidamente efficacia.

Nessuno dei primi anticorpi monoclonali e vaccini approvati funziona contro gli attuali ceppi circolanti.

Cao ha osservato che solo due dei 140 anticorpi identificati dal suo laboratorio all'inizio del 2020 come in grado di neutralizzare la prima variante di SARS-CoV-2 potevano proteggere dal virus in circolazione 2 anni dopo. "L'unica soluzione a questo problema", ha affermato, "è se possiamo fare previsioni accurate sull'evoluzione virale" per valutare quali anticorpi manterranno i loro poteri.

Il gruppo di Cao ha recentemente identificato un anticorpo, denominato SA55, che secondo lui funzionerà contro qualsiasi variante del SARS-CoV-2 si evolverà per almeno altri due anni. Il suo team ha iniziato prelevando il sangue da un insolito gruppo di 28 persone; quasi 2 decenni fa, ognuna era guarita dalla sindrome respiratoria acuta grave (SARS), una grave malattia causata da un altro coronavirus, e poi durante la pandemia aveva ricevuto vaccini contro il SARS-CoV-2.

I ricercatori hanno isolato circa 13.000 cellule B della memoria e hanno esaminato gli anticorpi che avevano prodotto per la capacità di neutralizzare sia i coronavirus che diversi parenti trovati nei pipistrelli e in altre specie. SA55 si è distinto come una superstar.

Sinovac Biotech, una delle più grandi aziende farmaceutiche cinesi, ha testato uno spray nasale contenente SA55 come misura preventiva. Negli studi clinici, i ricercatori lo hanno somministrato almeno due volte al giorno ai partecipanti che sono entrati in contatto con persone infette a casa o al lavoro. Lo spray ha avuto circa l'80% di efficacia nel prevenire le infezioni, secondo un lavoro ancora non pubblicato, afferma Cao.

In base alle normative sull'"uso compassionevole", circa 300.000 persone in Cina hanno già ricevuto questo spray e Sinovac sta pianificando un ampio studio di fase 3 sull'efficacia. "Sappiamo ancora molto poco sugli anticorpi nasali e stiamo cercando di fare progressi in questo campo", afferma Cao, che ha concesso in licenza l'anticorpo a Sinovac.

Prevedere con precisione come si evolveranno i virus potrebbe anche consentire ai produttori di vaccini di progettare prodotti più durevoli. Il biologo computazionale David Robertson dell'Università di Glasgow fa parte di un crescente sforzo per scrutare il futuro del SARS-CoV-2 con l'intelligenza artificiale (IA).

Nello specifico, stanno utilizzando modelli di linguaggio proteico, che convertono le sequenze genetiche del virus in strutture proteiche previste, per mappare "paesaggi evolutivi" che indicano come le proteine virali potrebbero mutare e mantenere comunque la loro capacità di infettare nuovi ospiti e di copiare se stesse. In definitiva, afferma Robertson, i modelli presentano la possibilità "entusiasmante" di poter guidare la progettazione di vaccini che producono anticorpi in grado di ostacolare un'ampia gamma di potenziali varianti. Molti relatori hanno sottolineato che Omicron e altre "varianti preoccupanti" del SARS-CoV-2 si sono evolute in persone con un sistema immunitario indebolito e che non riescono a eliminare rapidamente le infezioni.

"Arriva un ospite compromesso e ne esce un virus strano", ha affermato Edward Holmes, biologo evolucionista dell'Università di Sydney.

Definisce la previsione dell'evoluzione del virus tramite intelligenza artificiale uno "strumento straordinario", ma avverte che ha "una buona strada da percorrere" nel prevedere le varianti che emergeranno durante gli ambienti pandemici in continuo cambiamento.

I relatori hanno anche esplorato come proteggersi da altri coronavirus pericolosi. Il farmacologo molecolare Gurpreet Brar della Coalition for Epidemic Preparedness Innovations (CEPI) ha descritto come l'organizzazione non-profit stia finanziando lo sviluppo di vaccini per nove coronavirus che sono stati trovati in visoni, maiali, bovini, cani, cammelli e pipistrelli.

"Questi sono quelli che hanno un alto rischio di spillover e se dovessero passare agli esseri umani avremmo un grosso problema", ha detto Brar. Il progetto si aggiunge agli sforzi in corso da parte di CEPI e di altri per sviluppare vaccini pancoronavirus che potenzialmente funzionano contro tutte le varianti di SARS-CoV-2 e anche contro parenti sconosciuti nella stessa famiglia virale.

Rimangono grandi misteri su cosa stia facendo oggi il SARS-CoV-2 e da dove provenga. Non c'è consenso su come il virus produca il Long Covid, i sintomi debilitanti che hanno afflitto milioni di persone dopo che le loro infezioni sono state apparentemente eliminate, o su come curare o prevenire la condizione. E gli sforzi per svelare l'origine della pandemia sono in gran parte bloccati.

Gli organizzatori dell'incontro, preoccupati che le persone arrabbiate per l'idea che il SARS-CoV-2 trapelato da un laboratorio avrebbe fatto irruzione nell'incontro e avrebbe potuto danneggiare gli scienziati invitati, hanno assunto guardie di sicurezza extra.

Ma solo uno scienziato, Jonathan Latham, un virologo del Bioscience Resource Project, ha sostenuto pubblicamente la causa della fuga di notizie dal laboratorio, con un manifesto in cui sosteneva che il SARS-CoV-2 proveniva dal WIV, che ha analizzato campioni corporei di minatori di rame che si erano misteriosamente ammalati nel 2012.

La virologa Angela Rasmussen dell'Università del Saskatchewan ha sfidato Latham durante un acceso confronto sul suo manifesto, sostenendo che nessuna prova supporta la sua teoria. In seguito ha tenuto un discorso in cui ha descritto il suo tentativo di trovare nuove informazioni in un set di "campioni ambientali" ampiamente studiati, raccolti tra gennaio e marzo 2020 dal mercato all'ingrosso di frutti di mare di Huanan a

Wuhan, che è stato collegato a molti dei primi casi di COVID-19 nel dicembre 2019. "Sto tagliando il salame sempre più sottile", ha detto Rasmussen.

Lei fa parte del folto gruppo di ricercatori presenti all'incontro, i quali sostengono che quei campioni e altre prove supportano la teoria secondo cui gli animali presenti al mercato erano portatori di SARS-CoV-2 e avrebbero scatenato la pandemia.

Ha riferito che i campioni del mercato contenevano geni animali che erano stati attivati dall'interferone, che si verifica durante le infezioni virali. Rasmussen ha infine concluso che i cani procioni e i tassi porcini maggiori erano i due animali selvatici più probabili al mercato ad essere stati infettati dal SARS-CoV-2. Ma ha riconosciuto i limiti di questa analisi: "Attenzione spoiler: non ho trovato un animale infetto".

Il virologo Jesse Bloom del Fred Hutchinson Cancer Center, che non è convinto che la pandemia sia iniziata al mercato e ha esortato i colleghi a rimanere aperti alla possibilità di una fuga di notizie in laboratorio, non è stato influenzato dal nuovo lavoro di Rasmussen. "Ci sono ancora poche informazioni effettive sui primi casi umani", afferma Bloom. "Non si sa molto su cosa stesse realmente accadendo a Wuhan alla fine del 2019".

Christian Drosten, un ricercatore di coronavirus del Charité Institute of Virology di Berlino che pensa che le prove supportino fortemente la teoria del mercato, ha criticato la politicizzazione del dibattito sull'origine.

È stato particolarmente colpito da un recente rapporto di un comitato della Camera dei rappresentanti guidato dai repubblicani che sosteneva che i finanziamenti statunitensi potrebbero aver contribuito a creare il SARS-CoV-2 al WIV prima che trapelasse.

"È molto chiaro che non solo ignorano le prove esistenti, ma falsificano anche le prove sul tavolo", ha affermato Drosten. "È davvero sorprendente e sconcertante che le persone a questa riunione non parlino. Perché non lo rendono pubblico immediatamente? Resteremo in silenzio finché non avremo più la possibilità di parlare".

Si prevede che il gruppo consultivo scientifico dell'OMS per le origini dei nuovi patogeni pubblicherà il proprio rapporto nelle prossime settimane. Ma nessuno alla riunione si aspettava grandi rivelazioni.

"Credo fermamente che ci siano molti più dati là fuori a cui non abbiamo accesso", afferma Van Kerkhove, che supervisiona il gruppo. È a conoscenza di un database cinese che contiene circa 500 sequenze virali di gennaio e febbraio 2020 a cui l'OMS non può accedere.

"La domanda più grande che ho sono le fattorie", afferma, riferendosi alla possibilità che il SARS-CoV-2 provenga da animali allevati per vendere la loro carne nei mercati.

Per quanto riguarda il futuro, Van Kerkhove avverte che il mondo sta abbassando la guardia contro i nuovi patogeni. Le malattie infettive "non sono uno spazio sicuro in cui lavorare davvero", ha detto a *Science*. "I laboratori sono stati minacciati.

Le persone sono state minacciate. I governi non vogliono necessariamente essere quelli che dicono, 'Ehi, abbiamo trovato qualcosa di nuovo'".

[https://www.science.org/content/article/covid-5-years-later-learning-pandemic-many-are-forgetting?utm\\_source=sfmc&utm\\_medium=email&utm\\_content=alert&utm\\_campaign=DailyLaTestNews&et rid=691092258&et cid=5484670](https://www.science.org/content/article/covid-5-years-later-learning-pandemic-many-are-forgetting?utm_source=sfmc&utm_medium=email&utm_content=alert&utm_campaign=DailyLaTestNews&et rid=691092258&et cid=5484670)

## Cambiamenti climatici, +2,3 milioni di morti da calore in 854 città europee entro il 2099. Lo studio

*Roma potrebbe essere la città al secondo posto del podio, Napoli al terzo seguita da Milano al quinto. Genova fra le prime 10*

[Isabella Faggiano](#)

A causa del cambiamento climatico le morti da calore potrebbero superare quelle legate al freddo. L'ipotesi è stata avanzata in uno studio pubblicato su ['Nature Medicine'](#) che stima addirittura i numeri di questa catastrofe: se non si intraprenderanno azioni urgenti per ridurre le emissioni di carbonio, potrebbero essere oltre 2,3 milioni i decessi aggiuntivi legati alle temperature in 854 città europee entro il 2099.

I ricercatori del laboratorio Environment & Health Modelling (Ehm) della London School of Hygiene & Tropical Medicine (Lshtm) che hanno condotto la ricerca, tuttavia, lasciano anche aperto uno spiraglio di speranza: il 70% delle morti previste potrebbe essere evitato con un cambiamento di rotta repentino. Se le intuizioni dovessero rivelarsi veritiere, l'Italia sarà tra le nazioni che avranno la peggio: **Roma potrebbe essere la seconda città più colpita** con un aumento cumulativo di 147.738 decessi legati alle temperature entro la fine del secolo, seguita da Napoli con 147.248.

Lo studio suggerisce che, "anche qualora venissero compiuti enormi sforzi per adattare le città alle temperature in aumento, ciò non sarebbe sufficiente a bilanciare l'aumento dei rischi per la salute dovuti all'esposizione al calore, specialmente nelle aree più vulnerabili come la regione mediterranea, l'Europa centrale e i Balcani.

Solo rapidi tagli alle emissioni di carbonio – avvertono gli scienziati – che limitino l'aumento delle temperature, si sono dimostrati in grado di ridurre il numero di decessi estremi per calore”.

### La classifica delle 10 città più a rischio in Europa

Ecco la top ten delle città europee che vedranno il più alto numero di decessi legati alle temperature entro la fine del secolo sono:

1. Barcellona (Spagna), 246.082;
2. Roma (Italia), 147.738;
3. Napoli (Italia), 147.248;
4. Madrid (Spagna), 129.716;
5. Milano (Italia), 110.131;
6. Atene (Grecia), 87.523;
7. Valencia (Spagna), 67.519;
8. Marsiglia (Francia), 51.306;
9. Bucarest (Romania), 47.468;
10. Genova (Italia), 36.338.

### Le azioni necessarie per invertire la rotta

**Pierre Masselot**, autore principale del laboratorio Ehm alla London School of Hygiene & Tropical Medicine (Lshtm), è convinto che questi risultati mettano in evidenza “l'urgente necessità di perseguire aggressivamente sia la mitigazione del cambiamento climatico che l'adattamento al calore crescente. Questo è particolarmente critico nella regione mediterranea dove, se non si agisce, le conseguenze potrebbero essere disastrose. Ma, seguendo un percorso più sostenibile, potremmo evitare milioni di decessi prima della fine del secolo”. Al di fuori della regione mediterranea gli impatti saranno meno gravi, con altre capitali europee come Parigi (13.515) che potrebbero registrare un aumento più contenuto, ma comunque significativo, dei decessi cumulativi per freddo e calore. D'altro canto, la maggior parte delle città nelle isole britanniche e nei paesi scandinavi potrebbe vedere una diminuzione netta dei decessi, come Londra (-27.455). Tuttavia, questo calo del tasso di mortalità sarebbe ampiamente superato dagli aumenti nel resto d'Europa, con un totale di 2,3 milioni di decessi aggiuntivi in tutto il continente europeo”. Questa ricerca, ha osservato **Antonio**

**Gasparri**, autore senior dell'articolo e responsabile del laboratorio Ehm alla London School of Hygiene & Tropical Medicine (Lshmt), "fornisce prove convincenti che il forte aumento dei decessi legati al calore supererà di gran lunga qualsiasi riduzione legata al freddo, comportando un aumento netto della mortalità in tutta Europa. Questi risultati smentiscono le teorie proposte sugli effetti 'benefici' del cambiamento climatico, spesso utilizzate per opporsi alle fondamentali politiche di mitigazione che dovrebbero essere implementate il prima possibile".

### **Le limitazioni della ricerca**

Secondo **Christopher Callahan** dell'Università di Stanford, scienziato non coinvolto nello studio, "questo lavoro è una sintesi impressionante della mortalità legata al calore e al freddo in tutta Europa. Sebbene il cambiamento climatico possa ridurre i decessi legati al freddo in inverno, questi risultati dimostrano in modo inequivocabile che l'aumento della mortalità legata al calore supererà questi potenziali benefici, con un bilancio di mortalità in crescita per ogni grado di riscaldamento globale. Una limitazione – avverte – di questo studio è che i loro numeri tengono conto solo del 40% circa della popolazione dei Paesi analizzati. Il bilancio totale dei decessi dovuti al cambiamento climatico in questi Paesi è probabilmente sostanzialmente maggiore rispetto a quanto indicato da questi numeri. Uno degli scenari esaminati dagli autori è SSP3-7.0, uno scenario di riscaldamento relativamente elevato. Sebbene gli scenari di emissioni più estremi sembrano meno probabili oggi rispetto al passato, non dovremmo sottovalutare il potenziale di livelli molto alti di riscaldamento anche alla luce delle attuali politiche climatiche. Molti Paesi sono in ritardo nel raggiungere i loro obiettivi dichiarati sulle emissioni, e l'ascesa della seconda amministrazione Trump negli Stati Uniti ostacolerà seriamente ulteriori progressi nella riduzione delle emissioni", conclude.

[Cambiamenti climatici, +2,3 milioni di morti da calore in 854 città europee entro il 2099. Lo studio](#)

quotidiano**sanità**.it

## **Nel 2024 record di 13 milioni di casi di dengue. Pertosse aumentata del 990%. E l'avaria si è diffusa a numerose specie di mammiferi. L'analisi di Airinfinity**

*I casi di influenza aviaria umana H5N1 sono aumentati del 525%, sollevando preoccupazioni sul suo potenziale come emergenza di sanità pubblica. Nel 2024 sono state segnalate 75 infezioni umane, con 61 casi negli Stati Uniti. Un clade di mpox più trasmissibile e potenzialmente letale, noto come clade 1b, è emerso nel 2024. L'Europa ha segnalato un aumento del 147%, mentre gli Stati Uniti hanno visto un aumento del 380% dei casi di morbillo.*

### **08 GEN -**

Il 2024 è ormai volto al termine e Airfinity ha pubblicato la sua valutazione delle tendenze globali delle malattie infettive nel corso dello scorso anno.

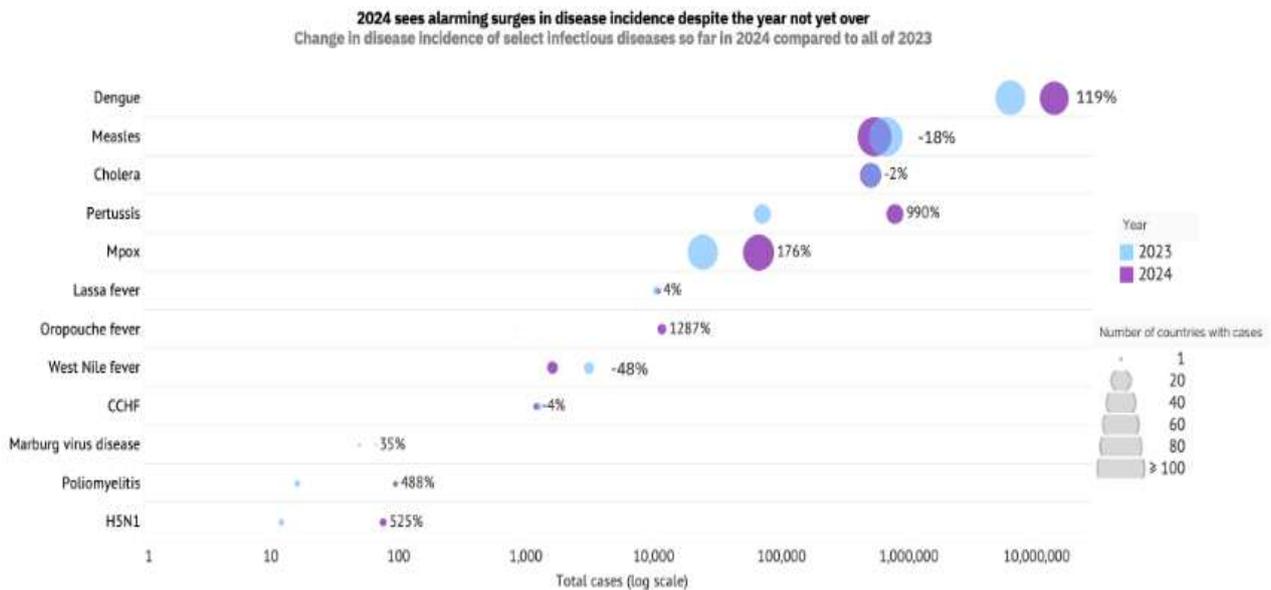
I casi di dengue hanno raggiunto il record di 13 milioni. La pertosse, nota anche come tosse convulsa, ha visto i casi aumentare del 990% ed è emerso un nuovo ceppo di mpox più mortale.

L'influenza aviaria H5N1 si è diffusa a numerose specie di mammiferi, tra cui i bovini, causando grandi epidemie negli Stati Uniti e sollevando preoccupazioni sul suo potenziale pandemico futuro negli esseri umani.

### **Malattie in aumento**

Il grafico sottostante evidenzia le malattie che hanno visto un aumento significativo delle dimensioni e della portata delle epidemie. Conflitti, cambiamenti climatici, tassi di vaccinazione in calo e nuovi ceppi patogeni

hanno tutti probabilmente avuto un impatto sulle tendenze durante tutto l'anno. L'analisi utilizza dati provenienti da 128 fonti di 206 paesi.



### Dengue: incidenza record

Per il secondo anno consecutivo, la febbre dengue ha raggiunto livelli record nelle Americhe e in Europa. Fattori come le temperature estreme e il fenomeno climatico El Niño hanno contribuito in modo significativo all'impennata. Con il 2024 ufficialmente riconosciuto come l'anno più caldo mai registrato, le temperature globali hanno superato di 1,5 °C i livelli preindustriali, il che consente l'espansione di habitat vettori che in precedenza erano inadatti.

### Influenza aviaria H5N1: una minaccia crescente

I casi di influenza aviaria umana H5N1 sono aumentati del 525%, sollevando preoccupazioni sul suo potenziale come emergenza di sanità pubblica. Nel 2024 sono state segnalate 75 infezioni umane, con 61 casi negli Stati Uniti, principalmente collegate a bovini da latte infetti in California. La maggior parte delle infezioni animali è stata segnalata in mandrie di mucche da latte negli Stati Uniti e in pollame e uccelli selvatici in Europa e Asia.

### Il ritorno della pertosse

Nonostante un aumento del 990% dei casi di pertosse, è probabile che il batterio sia tornato al suo normale ciclo epidemico dopo anni di interruzione durante la pandemia.

### Mpox: diffusione di un nuovo clade

Un clade di mpox più trasmissibile e potenzialmente letale, noto come clade 1b, è emerso nel 2024. Inizialmente identificato nella Repubblica Democratica del Congo (RDC), l'epidemia si è diffusa nei paesi limitrofi, tra cui Burundi, Kenya, Uganda e Ruanda, ponendo minacce regionali e globali. Il nuovo clade è stato finora rilevato in otto paesi al di fuori dell'Africa, principalmente tramite importazione dai paesi africani interessati e portando a due focolai di trasmissione domestica, uno ciascuno nel Regno Unito e in Germania.

### Ripresa del morbillo

L'analisi mostra che i casi globali di morbillo sono diminuiti del 18% nel 2024. Tuttavia, c'è un ritardo significativo nella segnalazione dei dati disponibili dall'Oms. Quando saranno pubblicati i dati completi, ci si aspetta che qualsiasi calo sarà trascurabile, o che il totale del 2024 potrebbe persino superare i casi dell'anno scorso. Nel 2024, l'Europa ha segnalato un aumento del 147%, mentre gli Stati Uniti hanno visto un aumento del 380% dei casi di morbillo, secondo fonti di dati nazionali.

I tassi di immunizzazione in calo hanno portato a una preoccupante recrudescenza del morbillo, una malattia prevenibile ma altamente contagiosa. I tassi di vaccinazione sono diminuiti maggiormente nel Mediterraneo orientale, nel Sud-est asiatico e in Oceania. Queste aree sono a rischio di future epidemie e le strategie per aumentare i tassi di vaccinazione saranno cruciali.

### **Altre tendenze chiave delle malattie**

I casi di febbre di **Oropouche** sono aumentati in modo sostanziale, spinti da una migliore sorveglianza, da un clima favorevole e da un nuovo ceppo ancora da studiare.

Le prove suggeriscono che questo ceppo ha ampliato la gamma dei vettori, consentendo al patogeno di diffondersi dalle aree rurali ai centri urbani densamente popolati e di estendere la sua portata oltre il bacino amazzonico, colpendo popolazioni con immunità limitata a causa della bassa esposizione precedente.

La **poliomielite** ha visto una ripresa negli ultimi anni, con casi in aumento del 488% nel 2024. Le epidemie sono state isolate nei due paesi rimanenti in cui la poliomielite di tipo selvaggio è ancora endemica, Afghanistan e Pakistan.

Tra i fattori che hanno contribuito vi sono il rimpatrio forzato di cittadini afghani, che ha portato a spostamenti di popolazione su larga scala quest'anno.

L'interruzione delle campagne di vaccinazione a causa di conflitti militari e attacchi ai team di vaccinazione, in particolare in Pakistan, ha ostacolato gli sforzi di contenimento. Si prevede che questi problemi manterranno un'incidenza elevata della malattia fino a quando non saranno risolte le sfide dell'immunizzazione infantile.

Casi di poliomielite derivata da vaccino sono stati segnalati in Africa, Israele, Indonesia, Yemen e Gaza.

Il Ruanda ha segnalato il suo primo focolaio in assoluto di **virus di Marburg**, una malattia rara ma grave, nel settembre 2024. Il focolaio ha causato 66 casi confermati e 15 decessi, rendendolo uno dei più grandi documentati fino ad oggi, sebbene con il più basso tasso di mortalità mai documentato.

La risposta proattiva del Ruanda alla nuova sfida, tra cui la rapida implementazione di una sorveglianza completa del focolaio, la rapida distribuzione di vaccini sperimentali e la mobilitazione delle risorse di trattamento, è stata determinante nel frenare la diffusione della malattia altamente letale e funge da risposta modello per le emergenze di malattie infettive.

### **Malattie che sono diminuite**

Mentre alcune malattie sono aumentate, i dati di Airfinity mostrano anche un notevole declino in altre, tra cui la **febbre emorragica Crimea-Congo (CCHF)** e la **febbre del Nilo occidentale**. Questi cali sono stati influenzati da interventi di sanità pubblica migliorati, variazioni climatiche e fattori umani. È importante notare che, sebbene la tendenza globale generale mostri un declino, potrebbero verificarsi degli aumenti a livello nazionale.

[https://www.quotidianosanita.it/studi-e-analisi/articolo.php?articolo\\_id=126810](https://www.quotidianosanita.it/studi-e-analisi/articolo.php?articolo_id=126810)

## **Influenza aviaria, la virologa Ilaria Capua: «Il salto di specie è già avvenuto. H5N1 è il nemico numero uno»**

**Ruggiero Corcella**

*Ad oggi, il rischio che il virus si trasmetta da uomo a uomo è considerato basso. Ma i due casi gravi dell'agricoltore e della teenager, infettati in Usa e in Canada, sono un segnale da non trascurare. H5N1 ha una circolazione molto vasta e serbatoi di incubazione sterminati. Quindi potrebbe mutare in fretta*

«Incrociano le lame» da ormai quasi 30 anni, **Ilaria Capua** e [H5N1](#). Un confronto senza fine, come «I duellanti» del film capolavoro di Ridley Scott (tratto dal racconto Il duello di Joseph Conrad). La virologa e ricercatrice è stata la prima a svelarne l'identità, caratterizzando il ceppo africano H5N1 dell'influenza aviaria nel 2006. Prima anche nel rifiuto di «rinchiudere» i preziosi dati nel «caveau digitale» del Los Alamos National Laboratory nel New Mexico, come le chiedeva l'Organizzazione mondiale della sanità. In nome della libertà di ricerca, ha scelto, invece di renderli «open source» nella GenBank. E oggi quel tesoro è a disposizione di tutti i laboratori.

Senior Fellow of Global Health, Johns Hopkins University – SAIS Europe, Courtesy Professor e direttore emerito del One Health Center of Excellence dell'Università della Florida, Ilaria Capua moltiplica gli appelli affinché H5N1, il «virus acrobata», «il nemico numero uno» come lo ha definito, venga davvero preso sul serio nel suo lungo assedio per espugnare anche la fortezza-essere umano: nel 2024, solo negli Stati Uniti sono stati segnalati complessivamente [66 casi umani di influenza aviaria H5N1](#).

### **Prof.ssa Capua negli Usa si è verificato il primo caso di mutazione del virus in un 65enne della Louisiana con forma grave: c'è motivo di preoccupazione?**

«Occorre fare una premessa. Per i virologi che si occupano di virus emergenti, la grande sorpresa del 2024 è stata che il virus dell'aviaria ha infettato i bovini. Questo ci ha lasciati di stucco, perché un virus, per infettare un certo animale o una persona ha bisogno di recettori "giusti" dove attaccarsi. E noi credevamo che i bovini non avessero i recettori giusti, ovvero gli alpha-2-3; invece, si è scoperto che i bovini nella mammella hanno questi recettori e così l'infezione è iniziata in Texas nei bovini. Per avvicinarsi all'uomo e per infettarlo, il virus ha bisogno di alcune [mutazioni](#). Una di queste è stata trovata [nel paziente in Louisiana](#), un'altra in una teenager in Canada (il caso è descritto [sul New England Journal of Medicine in una lettera all'Editore](#) pubblicata il 31 dicembre scorso: «Le prove di cambiamenti nell'HA che potrebbero aumentare il legame con i recettori delle vie aeree umane sono preoccupanti», scrivono gli autori). È il virus che "bussa alla porta" di Homo sapiens, per così dire, cioè, acquisisce delle capacità che fanno sì che la replicazione del virus negli esseri umani sia agevolata, più rapida, più aggressiva, più invasiva».

### **In passato, lei ha parlato della capacità dell'H5N1 di compiere «salti di specie». Quindi è accaduto?**

«Questo è già un salto di specie. Se la specie non fosse stata bovina ma umana si tratterebbe di pandemia, perché nel giro di sei mesi si sono sviluppati centinaia e centinaia di focolai. Non solo. Il virus ha fatto il salto di specie nel bovino, che poteva essere occasionale e tutto sarebbe finito lì. Oppure poteva alimentare una catena di trasmissione importante, come è accaduto. Proprio perché nessuno mai avrebbe potuto immaginare che il virus dell'influenza aviaria infettasse e diventasse endemico nella popolazione di bovini, praticamente non ci sono oggi regole per mettere sotto controllo questi animali; quindi, si è perso un sacco di tempo. Il latte dei bovini è stato dato anche per il consumo di latte crudo, perciò può diventare una ulteriore fonte di infezione».

### **Oltre ai bovini, infezioni da HPAI A(H5N1) sono state segnalate anche nei gatti negli Stati Uniti, in Polonia, in Corea del Sud e in Francia. L'infezione di animali domestici può facilitare la trasmissione nell'uomo?**

«Purtroppo, la notizia di giorni fa è che Negli Stati Uniti, esiste un canale di infezione anche attraverso il "petfood". Ritagli di carne cruda oppure ossa di origine bovina vengono dati anche agli animali domestici, come cani e gatti. Quindi, riassumendo, negli Usa il virus si trova ormai in tantissimi uccelli selvatici, che

sembrano essere poi la causa della prima introduzione nell'allevamento dei bovini; in tantissimi uccelli domestici, quindi polli e tacchini che continuano a prenderla e continuano ad essere abbattuti; nei bovini ormai in almeno 15 Stati, che ovviamente rappresentano una fonte inesauribile di virus. E poi la contaminazione di alcuni circuiti alimentari. Ho detto più volte che l'aviaria non è una malattia a trasmissione alimentare, perché la carne si mangia cotta. Però il fatto che il virus sia entrato nel circuito dei petfood significa che fra qualche mese potremmo trovarci con migliaia di gatti morti per l'influenza aviaria, all'interno di nuclei familiari».

#### **Un quadro piuttosto inquietante. Come si sono comportate finora le autorità sanitarie?**

«Questa situazione ha preso in contropiede tutte le autorità sanitarie che secondo me, sia per via delle elezioni negli Stati Uniti, sia perché c'è una situazione geopolitica mondiale complicata, hanno preso un po' sottogamba il problema. Adesso il virus si trova in una serie di mammiferi e più circola in questi mammiferi, più si avvicina all'uomo. E ogni volta che passa in un mammifero, acquisisce delle mutazioni che poi possono renderlo capace non solo di infettare più efficacemente l'uomo, ma di trasformarlo a sua volta in un vettore infettivo di altre persone. Finora non è successo, non ci sono stati casi di trasmissione da uomo a uomo. Però di virus ce n'è così tanto in circolazione... Adesso, paradossalmente, ci troviamo in una situazione in cui una delle democrazie più avanzate del mondo si è fatta scappare di mano un problema che ci darà un sacco di filo da torcere».

#### **Ci si è sempre preoccupati che il possibile salto di specie di H5N1 all'uomo avvenisse attraverso i maiali. Perché adesso sono i bovini a impensierirci?**

«È vero, il "produttore" di virus influenzali umani provenienti dagli animali è stato fino ad oggi quasi sempre il maiale. Il maiale è un serbatoio di molti virus influenzali e quindi funge da "mixing vessel". Se un maiale fosse infettato con tre virus influenzali diversi, questi virus potrebbero infettare tutti e tre la stessa cellula e far emergere una progenie virale imprevedibile. La presenza di H5N1 nei bovini ci fa preoccupare per tre motivi: il primo è che attraverso i bovini e questa quantità enorme di virus si infettino delle persone. Come è già accaduto, direttamente dai bovini e anche da uccelli, domestici o selvatici. La seconda preoccupazione è che in un periodo dell'anno in cui sono in circolazione sia l'influenza umana, sia quella suina (perché il virus dell'influenza segue il freddo), questa massiccia presenza di H5N1 possa offrire materiale genetico alle dinamiche normali dei virus influenzali e quindi alcuni geni del virus H5N1 possano rimescolarsi con dei geni dell'influenza suina e far emergere dei virus influenzali pandemici come è successo nel '57, nel '68 e nel 2009 (sappiamo per certo che tutti e tre questi virus sono emersi dai suini)».

#### **Se la situazione che lei descrive è così allarmante, perché i National Institutes of Health statunitensi continuano a classificare il virus altamente patogeno dell'influenza aviaria A H5N1 (HPAI H5N1) a basso rischio per la popolazione generale?**

«Essere allarmisti non va mai bene. Purtroppo, quello che avrebbe dovuto essere fatto, cioè bloccare la circolazione nei bovini, non è stato fatto. Nell'ultimo anno e mezzo, a causa dell'influenza aviaria sono stati abbattuti 500 milioni di volatili. Ma non è stata abbattuta nemmeno una mucca. Ad oggi il rischio che una persona si infetti direttamente da una mucca, o raccattando un uccello selvatico, resta effettivamente basso. Ma H5N1 potrebbe o trasformarsi in un virus che si trasmette in maniera più efficace da uomo a uomo, oppure riassortirsi geneticamente, perché così fanno i virus influenzali».

#### **Qual è la situazione in Italia?**

«Il virus specifico del bovino non è stato trovato né negli uccelli selvatici (diciamo che è presente un suo "prozio"), né nelle mucche e neppure nell'uomo. Quindi in Italia, al momento, possiamo stare tranquilli. Certo, se partisse la trasmissione da uomo a uomo negli Stati Uniti è chiaro che dovremmo stare molto più attenti».

#### **Se il peggiore degli scenari si avverasse, quali contromisure avremmo a disposizione?**

«Fortunatamente, per i virus influenzali la tecnologia dei vaccini esiste da decenni. Non partiamo da zero, come è successo invece con il Covid. Si sta lavorando su vaccini sia convenzionali sia innovativi, e sugli antivirali. Quindi abbiamo degli strumenti. Certo, bisogna essere pronti, anche perché il 20 gennaio negli Stati

Uniti si insedierà il nuovo Presidente. Con tutto quello che può conseguire, per quanto riguarda le scelte di politica sanitaria in quel Paese».

**Nella conferenza stampa di fine anno, Tedros Adhanom Ghebreyesus, direttore generale dell'Organizzazione mondiale della sanità, tra le altre cose ha detto: «Se la prossima pandemia si verificasse oggi, il mondo si troverebbe ancora ad affrontare alcune delle stesse debolezze e vulnerabilità che hanno portato alla diffusione del COVID-19 cinque anni fa». Concorda?**

«È così. Lo ribadisco: il fatto che H5N1 sia circolato e si sia espanso in maniera così pervasiva nei bovini, non doveva succedere. Dopo i primi focolai bisognava mettere gli allevamenti sotto sequestro ed evitare che l'infezione si allargasse, così non ci troveremmo nella situazione attuale. La malattia non è stata tenuta sotto controllo, in una specie che può essere l'anello di congiunzione con l'uomo e per di più in un Paese sviluppato: secondo me, già questo è un fatto gravissimo. Inoltre, è verosimile che prima o poi un figlio "legittimo o illegittimo" del virus dell'aviaria entri a far parte di un virus in grado di trasmettersi da uomo a uomo. Allora dovrà partire la macchina in primo luogo della diagnosi, perché bisogna capire bene che tipo di virus avremo di fronte, poi pensare alla prevenzione e infine alla cura. Una volta che l'infezione passerà nell'uomo, i costi sanitari aumenteranno su scala logaritmica. Già da adesso, quindi, bisognerebbe cominciare a ragionare su quante dosi di vaccino sono disponibili, quale vaccino usare e anche quanto tempo occorre per creare eventualmente un vaccino per un virus variato di H5N1; capire come e contro quali ceppi possa funzionare un farmaco antivirale. Bisogna prepararsi, per non trovarsi poi a dovere agire, dando i colpi "al buio"».

[https://www.corriere.it/salute/malattie\\_infettive/25\\_gennaio\\_03/influenza-aviaria-la-virologia-ilaria-capua-h5n1-sta-bussando-alla-porta-di-homo-sapiens-occorre-farsi-trovare-preparati-f3918e97-0b27-4cd6-b132-20ffa430dxlk.shtml](https://www.corriere.it/salute/malattie_infettive/25_gennaio_03/influenza-aviaria-la-virologia-ilaria-capua-h5n1-sta-bussando-alla-porta-di-homo-sapiens-occorre-farsi-trovare-preparati-f3918e97-0b27-4cd6-b132-20ffa430dxlk.shtml)

### Basterà qualche super ospedale in più a frenare la mobilità sanitaria in fuga dalle Regioni del Sud?

Claudio Maria Maffei

13 GEN -

*Gentile direttore,*

in una [lunga intervista pubblicata su la Stampa](#), il Ministro Schillaci ha risposto a una domanda sulla costituenda rete di super ospedali che dovrebbe “arginare la migrazione di pazienti da Sud a Nord”. Il Ministro ha risposto che “Al momento posso solo dire che siamo alle ultime battute e che non c’è un problema di finanziamento. Siamo ben intenzionati a fermare una migrazione sanitaria dal Sud verso il Nord che drena risorse ingenti e che non è più sostenibile né accettabile”. Di questo progetto e delle sue finalità si ricava un po’ più da un articolo di qualche mese fa sempre su [la Stampa](#). Mi limito a ricordare da questo intervento che il Ministero della Salute sta lavorando ad un Decreto di costituzione di una rete di “ospedali nazionali di riferimento” che acquisirebbero uno status speciale e riceverebbero finanziamenti garantiti dallo Stato centrale e non più solo dalle Regioni, con lo scopo di garantire un elevato livello di cure nei campi più importanti, come quelli della cardiocirurgia, della neurochirurgia e dell’oncologia pediatrica.

Mi interessa riprendere qui il rapporto tra il progetto super ospedali e i flussi di mobilità sanitaria da Nord e Sud, tema toccato qualche settimana fa qui su Qs da [Maria Triassi e Antonio Salvatore](#).

Per quanto generiche le affermazioni sul tema fatte dal Ministro nell’intervista a la Stampa confermano il rapporto tra la costituenda rete dei super ospedali e l’obiettivo di frenare i flussi di mobilità sanitaria. La risposta del Ministro lascia molto perplessi quando si lascia intendere che non c’è un problema di finanziamento, mentre è del tutto condivisibile quando si definisce la migrazione sanitaria da Nord a Sud un drenaggio, e quindi uno spostamento di risorse, insostenibile e soprattutto inaccettabile. Lascio perdere la questione del finanziamento, che sarà in realtà un problema molto grosso a partire dalla parte in conto capitale per le strutture e le tecnologie, per concentrarmi sulla ipotesi del Ministero che per frenare gli imponenti flussi di mobilità sanitaria da Nord a Sud basti qualche grosso ospedale in più, del tipo di quelli che saranno previsti nel progetto del Ministero. Si tratta di una ipotesi fondata, a mio parere un po’ semplicisticamente, sul fatto che i grandi ospedali stanno soprattutto al Nord e al Centro, mentre la migrazione sanitaria parte soprattutto dal Sud. Aggiungiamo, adesso sono io a semplificare, qualche grosso ospedale al Sud che faccia anche da *hub* (la parola magica) per gli altri ospedali della Regione e il gioco è fatto. Per un confronto sul progetto super ospedali al Sud, occorre partire da alcuni dati relativi ai flussi di mobilità sanitaria da Sud a Nord per i ricoveri ricavabili sia [dall’area dedicata del Portale Statistico dell’Agenas](#) che dall’area dedicata più specificamente alla [mobilità per le patologie oncologiche e muscoloscheletriche](#) (in pratica la patologia ortopedica):

- i flussi non “di confine” riguardano solo per circa il 41,2% del loro valore complessivo i ricoveri per DRG di alta complessità (che includono anche molta chirurgia ortopedica protesica), percentuale che scende di molto se si guarda al numero dei ricoveri (15,8%);
- i flussi non di confine riguardano in misura maggiore le strutture private (nel 2023 su 1,321 miliardi di euro di mobilità passiva per i ricoveri 0,758 era legato alla produzione di strutture private).

Se poi si guarda al numero di posti letto delle diverse Regioni (vedi la Figura 2.10 del [capitolo del rapporto OASI del Cergas Bocconi del 2024 dedicato alla struttura e alle attività del SSN](#)) si vede come alcune Regioni del Sud come Calabria e Campania abbiano una offerta di posti letto per acuti inferiore a quella di Regioni come Lombardia ed Emilia-Romagna, ma con differenze non così ampie da giustificare da sole l’entità dei flussi di mobilità.

Quindi in estrema e grossolana sintesi, perché il progetto super ospedali al Sud abbia efficacia nel contrasto alla mobilità sanitaria verso il Centro-Nord occorre che:

- abbia tempi di realizzazione “normali” (pochi anni);
- aumenti la produzione delle prestazioni di ricovero più frequentemente interessate dai flussi di mobilità, che vanno molto al di là di quelle specificamente previste per i super ospedali (alte specialità come la cardiocirurgia, la neurochirurgia e l'oncologia pediatrica) e quindi coinvolga l'intera rete ospedaliera regionale;
- riesca a reclutare le professionalità necessarie;
- preveda un aumento del Fondo Sanitario per le Regioni del Sud interessate e una rimozione/modifica del loro tetto di spesa del personale;
- preveda una contestuale riduzione dell'offerta da parte delle strutture specie private del Centro Nord.

Sarà interessante vedere se il progetto super ospedali avrà tenuto conto di queste domande e soprattutto abbia previsto una risposta alle stesse adeguata e credibile.

[https://www.quotidianosanita.it/lettere-al-direttore/articolo.php?articolo\\_id=126880](https://www.quotidianosanita.it/lettere-al-direttore/articolo.php?articolo_id=126880)

**quotidianosanita.it**

## **Liste d'attesa. Gimbe: “Legge in stallo. In 6 mesi approvato solo uno dei sei decreti attuativi”**

*Il DL sulle liste d'attesa prevede almeno sei decreti attuativi. Al 29 gennaio 2025, secondo quanto riportato dal Dipartimento per il Programma di Governo, risulta approvato un solo decreto attuativo. Degli altri, tre sono già scaduti (due da quasi 4 mesi e l'altro da quasi 5 mesi) e per due non è stata definita alcuna scadenza. Cartabellotta: "Le riforme annunciate restano un esercizio retorico se non tradotte in azioni concrete, mentre il raggiungimento di risultati parziali è solo una magra consolazione politica, priva di reali benefici per la società".*

### **29 GEN -**

La Fondazione Gimbe esprime preoccupazione per i significativi ritardi nell'adozione dei decreti attuativi previsti dal DL 73/2024 sulle liste d'attesa convertito dalla L. 107/2024.

Nonostante le dichiarazioni istituzionali sottolineino progressi nell'attuazione delle misure volte ad abbattere i tempi di attesa, l'analisi indipendente della Fondazione evidenzia una situazione ben diversa.

Il tema delle liste d'attesa è centrale per la salute delle persone ed è stato richiamato anche dal Presidente Mattarella nel discorso di fine anno per le sue implicazioni sanitarie, sociali ed economiche: “Vi sono lunghe liste d'attesa per esami che, se tempestivi, possono salvare la vita. Numerose persone rinunciano alle cure e alle medicine perché prive dei mezzi necessari”.

I decreti attuativi rappresentano il motore delle riforme, ma a sei mesi esatti della conversione in legge del DL liste di attesa si registra uno stallo che paralizza l'attuazione delle misure previste dalla norma, ritardando un provvedimento cruciale per risolvere i problemi dei cittadini.

"Per questo motivo – dichiara **Nino Cartabellotta**, Presidente della Fondazione Gimbe – abbiamo condotto un'analisi indipendente sullo stato di avanzamento della legge, con l'obiettivo di identificarne le criticità di attuazione e informare in maniera costruttiva il dibattito pubblico e politico. Questo per evitare aspettative irrealistiche e tracciare un confine netto tra realtà e propaganda”.

**Stato di avanzamento dei decreti attuativi.** Il DL sulle liste d'attesa prevede almeno sei decreti attuativi. Già in occasione dell'audizione in 10a Commissione Affari sociali in Senato la Fondazione Gimbe aveva evidenziato

che un numero così elevato di decreti attuativi appariva in contrasto con il carattere di urgenza del DL, suscitando perplessità sui tempi di attuazione delle misure.

"La storia parlamentare – spiega Nino Cartabellotta – insegna che dei decreti attuativi spesso si perdono le tracce nei passaggi tra valutazioni tecniche, attriti politici e iter burocratici tra Camere e Ministeri, rendendo di fatto impossibile applicare le misure previste". Al 29 gennaio 2025, secondo quanto riportato dal Dipartimento per il Programma di Governo, risulta approvato un solo decreto attuativo. Degli altri, tre sono già scaduti (due da quasi 4 mesi e l'altro da quasi 5 mesi) e per due non è stata definita alcuna scadenza. In sintesi:

#### **Decreti attuativi pubblicati**

- Art 1, comma 4. Modalità con cui la Piattaforma nazionale delle liste di attesa opera in coerenza con il "Modello Nazionale di Classificazione e Stratificazione della popolazione". Pubblicato il 28 ottobre 2024

#### **Decreti attuativi scaduti**

- Art 1, comma 3. Adozione dei criteri di realizzazione, di funzionamento e di interoperabilità tra la Piattaforma nazionale e le piattaforme regionali delle liste di attesa. Scaduto il 30 settembre 2024

- Art 2, comma 6. Modalità e procedure per l'esercizio dei poteri sostitutivi da parte dell'Organismo di verifica e controllo sull'assistenza sanitaria. Scaduto il 31 agosto 2024

- Art. 6, comma 1. Adozione di un piano d'azione finalizzato al rafforzamento della capacità di erogazione dei servizi sanitari e all'incremento dell'utilizzo dei servizi sanitari e sociosanitari sul territorio per le Regioni destinatarie del Programma nazionale equità nella salute 2021-2027. Scaduto il 30 settembre 2024

#### **Decreti attuativi con scadenze non definite**

- Art 3, comma 5. Linee di indirizzo, a livello, nazionale, contenenti le indicazioni tecniche per gestire, da parte del CUP, un nuovo sistema di disdetta delle prenotazioni e ottimizzazione delle agende di prenotazioni

- Art. 5, comma 2 (primo periodo). Adozione di una metodologia per la definizione del fabbisogno di personale degli enti del SSN (uno o più decreti)

**Comunicazioni istituzionali.** Lo stato di avanzamento dei decreti attuativi sulle liste d'attesa è stato oggetto di un question time alla Camera lo scorso 5 novembre, in cui il Ministro Schillaci ha dichiarato che "dal mese di febbraio del 2025 sarà disponibile il cruscotto con gli indicatori di monitoraggio delle liste d'attesa, con i dati relativi a tutte le Regioni e le Province autonome".

Tuttavia, nei fatti, le "Linee guida di realizzazione, funzionamento e interoperabilità della Piattaforma Nazionale Liste di Attesa" sono state inviate alle Regioni solo il 17 dicembre 2024 con uno schema di decreto attuativo, ma nella seduta del 18 dicembre le Regioni hanno chiesto il rinvio del parere per meglio esaminare il testo. E nella seduta del 23 gennaio non c'è alcuna traccia del parere.

Peraltro, dopo l'entrata in vigore del provvedimento, le Regioni avranno 30 giorni per predisporre il progetto operativo per connettere le piattaforme regionali con quella nazionale, concordando con Agenas i tempi di realizzazione. "Di conseguenza – chiosa il Presidente – tra complessità tecniche e attuazione dei progetti, è utopistico pensare che la piattaforma sia operativa entro febbraio 2025".

Nel question time il Ministro Schillaci ha inoltre dichiarato che "sono prossimi all'adozione tutti i rimanenti decreti attuativi, quindi il processo di attuazione del decreto n. 73 del 2024 è in dirittura d'arrivo".

Tuttavia, l'analisi della Fondazione Gimbe dimostra che non è possibile prevedere con certezza i tempi di attuazione di tutti i decreti attuativi.

In particolare, desta molte perplessità quello relativo al superamento del tetto di spesa per il personale sanitario: infatti, oltre alla mancanza di una scadenza definita, dopo la sperimentazione 2022-2024 la "nuova metodologia" Agenas per stimare il fabbisogno di personale non è ancora stata approvata.

"Questo è uno step cruciale – sottolinea Cartabellotta – perché a cascata condiziona l'intero art. 5 del DL liste di attesa, quello di fatto più rilevante perché vincola l'assunzione di personale sanitario".

Nel frattempo i potenziali benefici previsti dal DL Liste di attesa rimangono un lontano miraggio: l'obbligo per

le Regioni di creare un centro unico di prenotazione integrato con le agende delle strutture pubbliche e private accreditate; l'introduzione di un sistema di disdetta delle prenotazioni; il divieto di chiudere le agende; l'attivazione dei percorsi di garanzia (se il cittadino non ottiene una prestazione nei tempi previsti nel pubblico, questa deve essere erogata nel privato convenzionato o tramite l'attività intramuraria). E naturalmente anche i benefici volti a migliorare la governance delle liste di attesa: dalla piattaforma nazionale per uniformare la lettura dei dati sui tempi di attesa tra le Regioni, all'istituzione di un organismo di verifica e controllo che può esercitare i poteri sostitutivi nelle Regioni inadempienti.

"Le interminabili liste d'attesa – conclude Cartabellotta – sono il sintomo di un indebolimento tecnologico, organizzativo e soprattutto professionale del Ssn. Affrontare questa criticità richiede consistenti investimenti sul personale sanitario e coraggiose riforme organizzative. Concentrarsi unicamente sul "sintomo" (i lunghi tempi di attesa), piuttosto che risolvere "le cause della malattia" è un approccio semplicistico che guarda al dito invece che alla luna. In tal senso, l'ambiziosa complessità del DL liste di attesa, sommata al giogo amministrativo di sei decreti attuativi, allunga le tempistiche perché si scontra con numerosi ostacoli: attriti istituzionali a livello centrale, diseguaglianze regionali nella completezza e trasparenza dei dati, modalità poco trasparenti nella gestione delle agende di prenotazione sia del pubblico che del privato convenzionato, impossibilità di assumere personale sanitario per gli stringenti vincoli economici imposti dal MEF. Inoltre, il tentativo di centralizzare dati, informazioni e decisioni, che da quasi 25 anni vedono le Regioni nel duplice ruolo di controllati e controllori, aggiunge ulteriori complessità non facilmente risolvibili. Questi fattori rallentano la pubblicazione dei decreti attuativi, rendono impossibile definire tempistiche certe e, da ultimo, allontanano i benefici attesi per milioni di cittadini e pazienti. In definitiva, le riforme annunciate restano un esercizio retorico se non tradotte in azioni concrete, mentre il raggiungimento di risultati parziali è solo una magra consolazione politica, priva di reali benefici per la società".

[https://www.quotidianosanita.it/studi-e-analisi/articolo.php?articolo\\_id=127282](https://www.quotidianosanita.it/studi-e-analisi/articolo.php?articolo_id=127282)

**quotidiano**sanità.it

## **Liste d'attesa. Asl Chieti: stop a libera professione. Schael: "Siamo stati gli unici a farlo, ci vuole coraggio"**

*Il direttore generale, Schael: "Con le azioni introdotte Schael, quali il prolungamento dell'orario di lavoro anche nelle ore notturne, l'offerta accresciuta e remunerata con le prestazioni aggiuntive, e il blocco temporaneo della libera professione, la nostra Azienda si è riallineata agli standard ministeriali, e oggi vengono rispettati fedelmente i tempi delle classi di priorità".*

### **31 GEN -**

"Siamo stati i soli in questa regione ad avere il coraggio di intervenire sulla libera professione intramoenia e i risultati sono arrivati, perciò andiamo avanti". Difende con convinzione le scelte il direttore generale della Asl Lanciano Vasto Chieti, **Thoma Schael**, e in una nota rivendica i risultati raggiunti.

"Abbiamo fatto un lavoro incredibile sul fronte delle liste d'attesa con le misure adottate nel Piano di recupero – sottolinea – perché siamo perfettamente in linea con i tempi fissati dal Ministero per le classi di priorità in tutte le discipline, tranne per le poche che ora subiscono uno stop alla libera professione per una settimana. Parlo di Ecografia multidisciplinare, Diagnostica per immagini riferita a mammografie ed ecografie mammarie, e per le prime visite di Gastroenterologia, Otorino, Urologia ed Endocrinologia, che sfiorano di una o due settimane il limite temporale entro cui siamo obbligati a dare una risposta".

Schael – che dal primo marzo sarà commissario della Città della Salute di Torino, (al suo posto in Abruzzo arriverà l'ingegner Mauro Palmieri) – replica così alla Cisl che ha lamentato come "tali misure vanno a ledere il diritto soggettivo del professionista sanitario all'esercizio della libera professione intramuraria, evidenziando così facendo un'azione sanzionatoria nei confronti del dipendente, ma soprattutto limitativa della volontà personale di ogni singolo cittadino di poter scegliere in autonomia e a proprie spese il diritto a scegliere il

proprio percorso di cura. Nella fattispecie così facendo si sta negando il diritto alla salute sancito dall'articolo 32 della Costituzione”.

“Con le azioni introdotte – continua Schael -, quali il prolungamento dell'orario di lavoro anche nelle ore notturne, l'offerta accresciuta e remunerata con le prestazioni aggiuntive, e il blocco temporaneo della libera professione, la nostra Azienda si è riallineata agli standard ministeriali, e oggi vengono rispettati fedelmente i tempi delle classi di priorità. Laddove la rilevazione settimanale sulle attese evidenzia scostamenti, vengono introdotte misure correttive affinché non si ripeta mai più la situazione che ci siamo lasciati alle spalle, con migliaia di utenti in attesa di un appuntamento”.

“Le 25mila persone che avevano affollato le cosiddette liste galleggianti hanno ricevuto tutte un appuntamento, nel giro di qualche mese. E che la situazione sia notevolmente migliorata ce lo confermano i medici di medicina generale, che ricevono dai pazienti in tempi ben più rapidi i referti di prestazioni richieste. Ora che non abbiamo più richieste arretrate dobbiamo mantenere l'efficienza raggiunta, e il blocco della libera professione per qualche settimana non prefigura chissà quale danno ai professionisti, ma concorre a rimettere in pari l'equazione della domanda e dell'offerta”.

“D'altra parte – aggiunge Schael – non abbiamo fatto nulla di diverso da quanto ci era stato chiesto nel 2024 dall'Agenzia sanitaria regionale, che indicava con una nota ufficiale alle Asl le azioni da intraprendere sul fronte delle liste d'attesa. Noi lo abbiamo messo in pratica, altri no, e lo conferma il numero di pazienti di altre Asl che si rivolgono alle nostre strutture, in media 1 su 4, pari al 26% del totale. Se vengono da noi è perché non trovano risposte soddisfacenti nelle Aziende di appartenenza. Inoltre con le ultime assunzioni fatte proprio in queste ore, in cui 10 professionisti sono passati dal contratto a tempo parziale a tempo pieno, il monte ore per l'attività ambulatoriale è destinato a crescere. Si tratta di 7 radiologi, 2 gastroenterologi e 3 infettivologi, che daranno ulteriore impulso alle agende di prenotazione”.

“Questa è la realtà della nostra Azienda oggi, che abbiamo il dovere di raccontare per amor di verità e stoppare narrazioni distorte che pure ancora circolano. Come quella che riguarda il debito, che oggi ammonta a 40 milioni, non un soldo di più, perché le azioni di risparmio introdotte hanno dato risultati. In ogni caso tale disavanzo è il risultato di gestione prima di altre coperture a pareggio in arrivo dalla Regione Abruzzo”.

“Con i nostri professionisti, sanitari e amministrativi, abbiamo lavorato tantissimo per risanare conti e performance, e anche se siamo consapevoli di quanto c'è ancora da fare lo siamo altrettanto rispetto al miglioramento che tutta questa grande squadra ha saputo conseguire”, conclude.

“Ho spesso sollecitato i direttori delle aziende sanitarie a non aver paura a prendere decisioni che possono sembrare conflittuali nei confronti di alcuni medici in merito all'interruzione delle visite private in intramoenia. L'obiettivo primario era e resta quello di abbattere le liste di attesa e dare risposte concrete ai cittadini che si affidano alla nostra sanità per effettuare esami e visite.

E' un dato di fatto che quando gli slot messi a disposizione per le visite in convenzione sono poche si arriva a dare appuntamenti a lungo termine, spesso anche oltre l'anno di attesa. Se il dottor Schael ha ritenuto che su alcune prestazioni diagnostiche ci fosse una sproporzione ha fatto bene a prendere queste decisioni.

I numeri del lavoro che ha fatto sulle liste di attesa in questi mesi sono imponenti. Con le misure adottate nel Piano di recupero sta rientrando in linea con i tempi fissati dal Ministero per le classi di priorità in quasi tutte le discipline.

Per quelle che hanno manifestato criticità ha avuto il coraggio di intervenire sulla libera professione intramoenia e i risultati stanno arrivando. Non ci sono pregiudizi verso il rapporto professionale privato ma va fatto nella giusta proporzione, con l'interesse prioritario verso il servizio pubblico per permettere ai cittadini di accedere alle cure in tempi ragionevoli”. Ha dichiarato il presidente della Regione Abruzzo, **Marco Marsilio**.

[https://www.quotidianosanita.it/abruzzo/articolo.php?articolo\\_id=127391](https://www.quotidianosanita.it/abruzzo/articolo.php?articolo_id=127391)

**CORRIERE DELLA SERA**

### Medici di base, la riforma: l'ipotesi di renderli lavoratori dipendenti, cosa potrebbe cambiare

Redazione & Economia

*L'esecutivo sta lavorando a una legge per cambiare il rapporto di lavoro dei medici di base, ora liberi professionisti, e farli lavorare nelle Case di comunità, che entro il 2026 dovranno essere 1.350 in tutta Italia*

**Medici di base assunti dalle Case di Comunità.** Secondo quanto riporta il *Sole 24 Ore*, l'esecutivo starebbe lavorando a un testo di legge per introdurre una novità di tipo contrattuale per medici specializzati in Medicina generale: il medico di base da libero professionista, convenzionato al Sistema Sanitario nazionale e con specifici obblighi, diventerebbe dipendente. Una novità che dovrebbe interessare i nuovi medici di famiglia mentre chi resta in libera professione negli studi - oggi contiamo circa 40 mila medici di base in Italia - dovrà mettere a disposizione un numero minimo di ore per la Sanità territoriale tra le 14 e le 16 a settimana. salute

#### La ratio

L'idea è migliorare l'offerta per i cittadini a livello territoriale con i medici di famiglia che lavoreranno nelle Case di comunità e nei Cot, le centrali operative territoriali. A settembre il ministro della Salute Schillaci spiegava: «Nella prossima manovra di bilancio il ministero si è impegnato ad elaborare due disegni di legge collegati, finalizzati al potenziamento dell'assistenza territoriale e ospedaliera, nonché alla riforma delle professioni sanitarie, che intendo definire e portare all'approvazione quanto prima. Nessuna vera riforma sanitaria può avere speranza se non si rivede il ruolo svolto dai medici delle cure primarie».

imprese  
La riforma - è in corso il dialogo con le regioni - è sfidante posto che secondo la missione numero 6 del Pnrr, **entro il 2026 le case della comunità in Italia dovranno essere 1.350**. Nell'idea del ministero i medici di famiglia dovranno essere il primo riferimento dei cittadini rispetto alle richieste di salute. Un modo anche per decomprimere gli ospedali e soprattutto il pronto soccorso.

[Medici di base, la riforma: l'ipotesi di renderli lavoratori dipendenti, cosa potrebbe cambiare | Corriere.it](#)

Il Sole **24 ORE**

### Case di comunità: l'utilità per i medici e il territorio delle "società fra professionisti" Claudio Testuzza

Il Ministro della Salute è tornato a parlare della riforma della sanità territoriale: "Il cittadino troverà nelle case di comunità l'assistenza necessaria a bisogni di salute che non necessitano dell'ospedale. Manterrà il rapporto di fiducia con il proprio medico, ma in aggiunta in caso di bisogno, troverà nella casa di comunità, sette giorni su sette, un altro medico".

Tra un anno e mezzo secondo i piani, apriranno 1.420 Case di comunità, perno della Sanità territoriale. Rimangono comunque delle incognite sul progetto e c'è il rischio che le nuove strutture diventino delle "cattedrali nel deserto".

Il Ministro ha anche parlato del ruolo dei medici di famiglia, non citando direttamente il loro passaggio alla dipendenza ma lasciando intendere che molto probabilmente qualcosa accadrà.

L'eventuale passaggio dalla convenzione alla dipendenza, periodicamente ventilato come panacea e soluzione a tutte le criticità che affliggono il Servizio sanitario nazionale, non trova la categoria molto d'accordo. Infatti, avrebbe bisogno comunque di un contratto nazionale di lavoro, che disciplini i compiti e le funzioni dei professionisti. Perché, allora, non sottoscrivere un contratto che realizzi il Dm 77, consentendo ai medici di medicina generale di entrare anche nelle Case di comunità con le loro forme associative?

Una risposta possibile è rappresentata dalla costituzione delle società tra professionisti.

La "Società tra Professionisti", è stata introdotta nel nostro ordinamento dalla Legge 12 novembre 2011 n. 183 e regolamentata dal Decreto del Ministero della Giustizia 8 febbraio 2013, n. 34. Medici, Dottori Commercialisti, Avvocati, Architetti e, più in generale, tutti i professionisti iscritti agli Ordini professionali, hanno la possibilità di lavorare in forma associata, scegliendo tra i modelli societari previsti dal Codice Civile quali le società di persone, di capitali o cooperativa.

Questo modello societario si affianca a quelli già esistenti prima dell'entrata in vigore della nuova disciplina come lo è, ad esempio, lo studio associato.

In particolare, l'art. 10, comma 3 della legge consente la costituzione di società per l'esercizio di attività professionali regolamentate nel sistema ordinistico secondo i modelli societari regolati dai titoli V e VI del libro V del codice civile.

Nonché, al comma 8 del medesimo articolo, prevede la possibilità di creare una società multidisciplinare, cioè una società tra professionisti, costituita per l'esercizio di più attività professionali. Il regolamento, inoltre, specifica che la società tra professionisti deve essere iscritta in una sezione speciale degli albi o dei registri tenuti presso l'ordine o il collegio professionale di appartenenza dei soci professionisti.

La società multidisciplinare è, invece, iscritta presso l'albo o il registro dell'ordine o collegio professionale relativo all'attività individuata come prevalente nello statuto o nell'atto costitutivo.

Il principio cardine su cui poggia la disciplina delle società tra professionisti è la distinzione fra l'esercizio della professione e l'esecuzione effettiva della prestazione professionale: l'esercizio della professione può essere svolto non solo individualmente, ma anche in forma associata e comune. L'esecuzione della prestazione è riservata esclusivamente alla persona fisica del professionista abilitato.

Quindi, mentre l'esercizio dell'attività professionale può essere svolto anche in forma societaria, che prevede la possibile partecipazione di soci non professionisti o di investimento, l'esecuzione dell'incarico deve essere necessariamente effettuata dai professionisti abilitati.

Di questi aspetti si occupa il capo II del regolamento sulle società tra professionisti, agli articoli da 3 a 5, per garantire che le prestazioni richieste siano eseguite, con la dovuta trasparenza, da soci in possesso dei requisiti necessari per l'esercizio della professione, scelti dal cliente.

L'esecuzione esclusiva della prestazione da parte del socio professionista si sostanzia, quindi, nell'imposizione di una serie puntuale di obblighi informativi in capo alla società, che si aggiungono ai doveri derivanti dall'atto costitutivo e dal contratto sociale. Condizioni particolarmente corrette e molto differenti dell'attuale sistema dei cosiddetti "gettonisti".

La "fame" di medici ha costretto sempre più numerose strutture pubbliche a rivolgersi a particolari intermediari, che giuridicamente hanno forma cooperativa, i quali si assumono l'incarico di trovare, assai spesso in tempi rapidissimi, i professionisti necessari sia per coprire assenze improvvise sia per garantire la copertura assistenziale anche se non hanno le competenze e la specializzazione che servono, e, ancora condizione più grave, di essere sottoposti alla verifica dei titoli prodotti.

La società tra professionisti prevede invece, quale evidente garanzia, l'iscrizione alla sezione dell'albo tenuto presso l'Ordine professionale della provincia in cui è posta la sede legale

Nella società tra professionisti rimane ferma la responsabilità disciplinare del socio professionista, che è soggetto alle regole deontologiche dell'ordine o collegio al quale è iscritto, e la società professionale risponde disciplinarmente delle violazioni delle norme deontologiche dell'ordine al quale essa risulta iscritta.

La società ha, poi, l'obbligo di stipulare di polizza di assicurazione per la copertura dei rischi derivanti dalla

responsabilità civile per i danni causati ai clienti dai singoli soci professionisti nell'esercizio dell'attività professionale.

Le Aziende sanitarie per le attività di assistenza sanitaria prolungata nelle case di comunità avrebbero a disposizione serie forme societarie e operatori garantiti professionalmente.

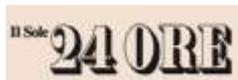
Ed i medici avrebbero vantaggi fiscali perché la società risente di meno dell'imposizione fiscale al crescere del reddito.

Infatti i professionisti sono tassati con il criterio di cassa: nel reddito entrano gli onorari incamerati entro l'anno solare e non i valori delle prestazioni eseguite. Invece una società ha una tassazione basata sulla competenza, esattamente il contrario: è tassata per il valore del cosiddetto "eseguito" o "produzione clinica" dell'anno solare, non per la liquidità che è entrata nel conto. La società fruisce, poi, anche del credito di imposta per gli investimenti in "beni strumentali 4.0".

Quest'ultima condizione favorevole consente di acquistare macchinari ad alto contenuto tecnologico e con determinati requisiti tecnici, generando un credito di imposta pari al 40% dell'investimento fatto (per la quota di investimenti fino a 2,5 milioni di euro). Questo credito potrà essere utilizzato in compensazione per pagare tributi e contributi in quote annuali di pari importo, nei cinque anni successivi a quello in cui è effettuato l'investimento.

Appare utile per i medici, ma anche per il servizio sanitario, considerare la possibilità della costituzione delle società tra professionisti un criterio corretto e garantito dallo spettro della dipendenza nella necessità di ripensare la professione che deve essere al passo con i tempi e con i cambiamenti.

<https://www.sanita24.ilsole24ore.com/art/aziende-e-regioni/2025-01-17/case-comunita-l-utilita-i-medici-e-territorio-societa-professionisti-110932.php?uuid=AGoOmCMC&cmpid=nlqf>



## **Manovra 2025/ Magi (Omceo Roma): «La legge bilancio trascura la sanità territoriale (malgrado il Pnrr) a partire dal personale per case e ospedali di comunità»**

«Devo sicuramente prendere atto che alcune risorse economiche sono state messe nel settore della sanità, anche se una parte era già prevista da precedenti disposizioni legislative. Il problema, però, rimane sempre quello relativo al personale e della corretta spesa sanitaria, che dovrebbe essere fatta senza sprechi». Lo spiega il presidente dell'Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri della provincia di Roma, Antonio Magi, commentando il via libera alla Legge di Bilancio 2025, approvata definitivamente lo scorso 28 dicembre, e gli interventi previsti sul comparto sanitario.

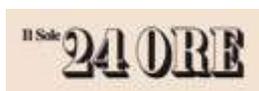
«Alcune delle risorse economiche previste dalla manovra - prosegue - riguardano settori dell'attività sanitaria che sono in sofferenza: mi riferisco, soprattutto, ai Pronto soccorso e ai contratti di medici e infermieri che lavorano in ospedale. Non posso, però, non notare che nulla o quasi è stato messo sulla sanità territoriale che, in base a quanto stabilito dal Pnrr, avrebbe dovuto essere potenziata. Se noi andiamo a perdere proprio il personale sui servizi territoriali - evidenzia - è evidente che non abbiamo raggiunto l'obiettivo reale che il Pnrr si prefigge, ovvero quello di avere il personale all'interno delle Case e degli Ospedali di comunità. È dunque chiaro che avremo le risorse per le strutture ma non per il personale. E se i soldi messi dalla Finanziaria per i prossimi anni non andranno a coprire quelle necessità, è evidente che non avremo fatto altro che creare strutture che non potranno funzionare. E a questo proposito la manovra è carente».

Per Antonio Magi inoltre «la Finanziaria va bene per quanto riguarda la defiscalizzazione che riguarda alcune persone che lavorano negli ospedali ma nulla è stato fatto per tutti i medici che lavorano all'interno del territorio, ovvero la medicina generale, la specialistica ambulatoriale e la pediatria di libera scelta. In tutti i casi è ancora poco quello che è stato investito sul personale. Ecco perché è necessario trovare le risorse, poiché stiamo perdendo sempre più personale sanitario».

### **Aumentano i medici iscritti ma lasciano il Ssn.**

«Nel 2012 - informa poi - con 59 milioni e 900mila abitanti avevamo 408mila medici iscritti agli Albi degli ordini professionali. Oggi, con 58 milioni e 900mila abitanti, dunque con un milione di abitanti in meno, abbiamo 480mila medici iscritti. Se però nel 2012 eravamo forse un po' sotto organico, oggi abbiamo molti più medici e una situazione gravissima per il Servizio sanitario nazionale. Dunque - spiega Magi- i medici ci sono ma stanno andando da altre parti, ovvero all'estero o all'interno del privato, dove ottengono remunerazioni più alte rispetto al pubblico. Ci saremmo aspettati qualche risorsa in più per il personale - ammette il presidente dell'Omceo Roma- proprio per rendere nuovamente attrattivo il Servizio sanitario nazionale. È chiaro poi che i nuovi episodi di violenza a danno degli operatori sanitari influisce negativamente sulla scelta di un medico di lavorare nel Servizio sanitario nazionale ed è evidente che ci troviamo in una carenza di tipo organizzativa proprio a causa della carenza del personale sanitario. Basti pensare al caso dell'Azienda ospedaliera San Giovanni-Addolorata di Roma, che ha deciso di interrompere le attività chirurgiche di elezione della chirurgia proprio per mancanza di posti letto. Questo - conclude Magi- è il primo campanello d'allarme: dobbiamo evitare che manchino i medici e gli infermieri nei Pronto soccorso, dobbiamo evitare che manchino i medici e gli infermieri nei reparti ospedalieri, dobbiamo evitare che manchino i medici e gli infermieri nelle Case e negli ospedali di comunità. Insomma, dobbiamo evitare che il Ssn si fermi, perché senza il personale la sanità non si può fare. Il governo, dunque, deve investire fortemente sul personale e sulla salute, il bene di tutti i cittadini».

<https://www.sanita24.ilsole24ore.com/art/lavoro-e-professione/2025-01-08/manovra-2025-magi-omceo-roma-la-legge-bilancio-trascura-sanita-territoriale-malgrado-pnrr-partire-personale-case-e-ospedali-comunita-190444.php?uuid=AGtjduBC&cmpid=nlqf>



### **MMG e Case di Comunità: perché bocchiamo la proposta del ministro Schillaci**

**Francesco Esposito, Segretario nazionale di Federazione Medici Territoriali-FMT**

Medici di famiglia dipendenti e centralità del modello delle Case di comunità, cambi nella formazione dei giovani medici del territorio, nella direzione della specializzazione.

Queste, sommariamente, le proposte del ministro della Salute, Orazio Schillaci che, secondo alcuni media, sono in via di definizione con l'apporto di alcune regioni.

Una batteria di ipotesi che però consideriamo sbagliate per chi è in prima linea nell'assistenza sanitaria primaria e per gli stessi cittadini. L'anno nuovo si apre con una proposta vecchia, sbagliata e superata dalla storia.

Ogni scelta di riorganizzazione dei servizi non deve partire da un modello teorico (prima le case della salute, ora quelle di comunità) ma dalla centralità del paziente, dalla domanda di salute, da un'analisi della realtà territoriale del nostro Paese. Invece, da mesi assistiamo alla stessa cantilena: le 'Case di comunità' come soluzione di tutti i problemi.

Sia chiara una premessa: i medici di famiglia sono disponibili a coprire anche i turni di queste strutture in rapporto al numero di assistiti assegnati, ma sempre facendo prima un bilancio del lavoro del professionista, non quello sulla carta, di cui spesso parlano in modo distorto alcuni commentatori sui giornali, ma quello reale che è invece oberato da compiti impropri e burocratici, dentro e fuori lo studio o al telefono.

Ma andiamo nel merito della questione.

Queste 'cattedrali nel deserto' non decollano non solo per un deficit di personale, ma anche perché non possono coprire tutta la domanda di salute dei cittadini: a fronte di 1.420 case di comunità ci sono oltre 8000

comuni in zone montane e rurali dove, spesso, i pazienti sono anziani con problemi di cronicità, che rimarrebbero quindi privi di adeguata assistenza sanitaria.

In alcuni contesti urbani, poi, questi 'mega ambulatori' possono anche essere funzionali, ma in altri - appunto i piccoli comuni - che sono per lo più la maggioranza, si deve continuare a puntare sulla capillarità degli "studi" e sul potenziamento (con più risorse, tecnologia e personale) della medicina di gruppo, come le Unità di cure primarie, già esistenti e che funzionano molto bene.

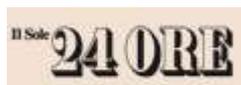
Se si 'obbligano e deportano' i medici nelle Case di Comunità, intere zone dell'Italia rimarranno senza assistenza medica. Facciamo appello all'Anci, in questo senso, affinché faccia sentire la sua voce.

Ideologico, poi, il dibattito sulla dipendenza per i giovani medici di famiglia (positiva invece la previsione di una riforma della formazione, in direzione della specializzazione) che accedono alla professione: sarebbe un meccanismo che non vede il favore dei colleghi e che non è funzionale al buon funzionamento del sistema, innanzitutto perché fa venire meno il rapporto fiduciario con il paziente e la libera scelta del cittadino a farsi curare dal medico che preferisce e di cui si fida. C

ome giustamente scrive Maurizio Sacconi sul suo blog: 'Se trasformati (ideologicamente) in dipendenti costituirebbe un regresso rispetto alla funzione fiduciaria di prossimità, vincolarli alle società tra professionisti significa farli evolvere verso un efficiente livello di servizio per i pazienti'.

La strada, appunto, è la medicina di gruppo, attraverso l'autonomia e l'indipendenza del professionista.

<https://www.sanita24.ilsole24ore.com/art/lavoro-e-professione/2025-01-15/mmg-e-case-comunita-perche-bocchiamo-proposta-ministro-schillaci-144808.php?uuid=AGEgskJC&cmpid=nlqf>



## **Simg: formazione, gestione attiva delle cronicità e tecnologia nel futuro della medicina generale**

**Alessandro Rossi**, *Presidente della Società Italiana di Medicina Generale e delle Cure Primarie - SIMG*

Il Servizio sanitario nazionale sta attraversando una crisi profonda, che affonda le sue radici in decenni di politiche frammentate e scarsa pianificazione. Questa crisi è esplosa in tutta la sua gravità durante la pandemia di COVID-19, che ha messo a nudo lacune strutturali, organizzative e tecnologiche. Tra i settori più colpiti emerge la Medicina Generale, il pilastro delle cure primarie, oggi minacciato da una serie di criticità che ne compromettono il futuro e, con esso, quello dell'intero sistema sanitario.

Negli ultimi dieci anni, il numero di Medici di Medicina Generale (MMG) è diminuito drammaticamente: da 46.000 unità nel 2013 a circa 35.000 oggi. Questo calo, causato in gran parte da pensionamenti non compensati da un adeguato turnover, si combina con la crescente difficoltà nel reperire medici giovani disposti a intraprendere questa carriera. Occorre poi ricordare i mutamenti demografici ed epidemiologici che hanno interessato la popolazione di assistiti, relativi all'invecchiamento della popolazione ed all'aumento delle patologie croniche. Rispetto al totale degli assistiti, circa il 40.4% ha almeno una patologia cronica (ISTAT 2022). Infine, a partire dalla pandemia da Covid-19, si sono straordinariamente diffusi nuovi modelli e canali di servizio, tramite l'adozione di strumenti digitali, con cui gli assistiti si mettono in contatto ed interagiscono col proprio medico, che, se da una parte garantiscono maggiore fruibilità e prossimità dei servizi, dall'altra aumentano in modo rilevante il carico di lavoro del MMG. A queste criticità si aggiungono la mancanza di infrastrutture adeguate, l'assenza di un personale di supporto (infermieristico e amministrativo, che oggi, lo ricordiamo, sono quasi completamente a carico del medico) e una formazione specialistica che, diversamente da altre discipline, non è pienamente valorizzata. Nonostante questo quadro complesso, la Medicina Generale rimane essenziale per garantire prossimità e fiduciarità delle cure e rispondere alle esigenze di una popolazione sempre più anziana e affetta da patologie croniche.

Il ruolo del MMG non si limita alla cura delle malattie, ma comprende la gestione integrata della salute del paziente, che include anche aspetti sociali e relazionali. Attraverso una presa in carico integrata e una gestione proattiva delle cronicità, è possibile ridurre il ricorso a cure ospedaliere costose e migliorare la qualità di vita dei pazienti. Il rapporto di fiducia tra medico e paziente rappresenta una delle peculiarità più preziose del sistema italiano, ma rischia di essere eroso se non si interviene tempestivamente. La pandemia ha reso evidente la centralità delle cure territoriali, e le istituzioni hanno riconosciuto, almeno in linea teorica, l'importanza di rafforzare la rete dei medici di famiglia. Tuttavia, a fronte di queste promesse, i cambiamenti concreti sono stati finora insufficienti.

Per rispondere a questa situazione, la Società Italiana di Medicina Generale e delle Cure Primarie (SIMG) propone un progetto di rifondazione della Medicina Generale, che punta a trasformare le criticità in opportunità di sviluppo. “Non esiste un SSN pubblico ed efficiente senza cure primarie al passo coi tempi” è il principio guida che ispira le nostre azioni. La nostra visione è costruire un modello che sia sostenibile, moderno e capace di rispondere alle sfide del futuro.

La SIMG ha individuato tre direttrici fondamentali per garantire un futuro alla Medicina Generale, in linea con quanto indicato dall'OCSE:

1. valorizzare tutto il personale sanitario, attraverso un riconoscimento non solo economico, ma anche professionale, con una formazione specialistica di alto livello, che equipari la Medicina Generale alle altre discipline mediche, e un supporto concreto nella pratica quotidiana, tramite l'inserimento di figure infermieristiche e amministrative negli studi medici;
2. incentivare l'assistenza territoriale e le cure primarie, creando una rete capillare di assistenza che possa intercettare proattivamente i bisogni dei pazienti cronici e fragili, sviluppando un modello di medicina di iniziativa, dove in modo programmato i pazienti siano chiamati dal proprio MMG, secondo pacchetti di prestazioni e attività evidence based;
3. potenziare l'uso delle tecnologie digitali e dell'intelligenza artificiale (AI), come la telemedicina e cartelle cliniche elettroniche condivise e software evoluti ed al passo con i tempi. Tutto ciò potrebbe essere la premessa per l'adozione di un Clinical Decision Support System (CDSS) condiviso con i MMG stessi. Questo porterebbe sicuramente ad ottimizzare i percorsi di medicina preventiva e di presa in carico e ridurre i costi complessivi del sistema.

Le cure primarie rappresentano l'arco di volta di qualunque sistema sanitario che voglia garantire equità e accessibilità. Tuttavia, la sostenibilità del SSN non può essere garantita senza una gestione oculata delle risorse. La SIMG ritiene che il concetto di sostenibilità debba essere riformulato: non si tratta solo di ridurre i costi, ma di utilizzare in modo più efficace le risorse disponibili per ottenere migliori risultati.

Per tradurre queste direttrici in azioni concrete, la SIMG ha avviato un progetto ambizioso: la stesura di un “Libro bianco” sulla Medicina Generale. Questo documento sarà il risultato di un processo di analisi e confronto che si svilupperà in due fasi principali: nella prima parte del 2025, una raccolta di dati economici, finanziari, sociali, demografici, sanitari per fotografare lo stato attuale del SSN e comprendere come vengono impiegate le risorse e quali sono le principali criticità da affrontare. Successivamente, i dati raccolti saranno analizzati per elaborare proposte operative, che verranno sottoposte a un'ampia consultazione pubblica. Forze politiche, associazioni di categoria e altri stakeholder potranno contribuire con suggerimenti e osservazioni. Il “Libro bianco” non sarà solo un documento programmatico, ma un vero e proprio strumento operativo per guidare la trasformazione della Medicina Generale nei prossimi anni.

La Medicina Generale è pronta a raccogliere le sfide del futuro, ma ha bisogno di essere sostenuta dalle istituzioni e dalla società nel suo complesso. La SIMG si impegna a farsi parte attiva di questo cambiamento, insieme agli altri attori (Sindacato, Ordine, Associazioni dei cittadini), proponendo un modello di cure primarie innovativo, sostenibile e centrato sui bisogni della popolazione. Solo così sarà possibile salvaguardare il SSN nella sua versione pubblica e universalistica, garantendo a tutti i cittadini il diritto alla salute sancito dalla nostra Costituzione.

<https://www.sanita24.ilsole24ore.com/art/lavoro-e-professione/2025-01-08/simg-formazione-gestione-attiva-cronicita-e-tecnologia-futuro-medicina-generale-094441.php?uuid=AGtRGFBC&cmpid=nlqf>

## Ampliare il ruolo degli ospedali comunitari per promuovere la salute della popolazione a Singapore

Ken Wah Teo <sup>a, b</sup>  Lian Leng Basso <sup>a, c, d, e</sup> Wee Hoe Gan <sup>d, e</sup> Luke Sher Guan Basso <sup>e</sup> Chien guadagna Lee <sup>f</sup>

### Riepilogo

La salute della popolazione comprende i risultati sanitari, i loro determinanti e la distribuzione all'interno del gruppo di individui.

Un approccio basato sul corso della vita, che coinvolga i residenti indipendentemente dallo stato di salute e dalla complessità della malattia, e che affronti le loro esigenze in modo olistico e contestuale è una politica fondamentale per migliorare la salute della popolazione.

Healthier SG rappresenta la trasformazione di Singapore verso la salute della popolazione.

Nell'ambito di questa iniziativa, ai tre cluster sanitari di Singapore sono stati assegnati nuovi ruoli come responsabili della salute della popolazione e responsabili sanitari regionali, oltre a essere fornitori di servizi sanitari.

Proponiamo che oltre alle cure intermedie e post-acute, gli ospedali comunitari, in quanto fornitori di servizi, abbiano l'opportunità di (a) innovare nuovi modelli di cure integrate e appropriate, (b) adottare approcci basati sul corso della vita che includano prevenzione e cure di fine vita estese a contesti comunitari, (c) rafforzare approcci di cura olistici e incentrati sulla persona attraverso la prescrizione sociale, (d) guidare la creazione di capacità e lo sviluppo del settore per cure incentrate sulla persona e (e) galvanizzare l'ecosistema sanitario-sociale.

### Introduzione

Il sistema sanitario pubblico di Singapore comprende tre sistemi sanitari regionali gestiti da tre distinti cluster sanitari. Ogni cluster è costituito da ospedali per acuti (AH), ospedali comunitari (CH), centri di chirurgia diurna, cliniche ambulatoriali specialistiche e cliniche pubbliche di assistenza primaria.

I cluster collaborano anche con fornitori privati di assistenza sanitaria e sociale nella loro giurisdizione, tra cui studi medici generali, centri di assistenza per anziani e case di cura. Sono responsabili della salute e del benessere della loro popolazione e dispongono di una somma pro capite annua per farlo.

Il primo CH a Singapore è stato fondato nel 1992, e da allora ne sono stati costruiti altri nove. Rappresentano 22.000 ricoveri (circa il 4,5% di tutti i ricoveri ospedalieri acuti pubblici) all'anno. [1](#)

Nel corso degli anni, le strutture di governance dei CH e le sedi fisiche si sono evolute. I primi CH, gestiti da enti di beneficenza privati, sono stati costruiti separatamente dagli AH. I successivi CH, integrati in cluster e co-localizzati con gli AH, hanno promosso partnership più strette e capacità migliorate.

Tuttavia, la missione principale dei CH è rimasta invariata: soddisfare le esigenze nazionali come struttura di degenza intermedia per pazienti che necessitano di cure convalescenti continue a tempo limitato dopo la stabilizzazione delle esigenze di cure specialistiche acute in un contesto AH. [2](#) I CH svolgono un ruolo fondamentale nelle cure riabilitative e subacute, consentendo ai pazienti di tornare a casa e riprendere le attività quotidiane più rapidamente.

Ciò rispecchia le funzioni di un modello tradizionale di struttura riabilitativa per pazienti ricoverati, [3](#) ma con un servizio aggiuntivo di assistenza guidata da un generalista per pazienti che hanno diagnosi chiare e necessitano di continuare il trattamento dopo un ricovero ospedaliero acuto, come antibiotici per via

endovenosa o cure per ferite complesse. Molti pazienti ricoverati in CH sarebbero quindi più anziani, fragili e con problemi psicosociali concomitanti, il che li renderebbe più difficili da raggiungere.

La popolazione di Singapore sta invecchiando rapidamente, con un cittadino su quattro di età pari o superiore a 65 anni entro il 2030. [4](#) Il concomitante aumento della prevalenza di multimorbilità e complessità socio-sanitaria ha comportato una notevole pressione sulle risorse AH e, in effetti, sull'intero sistema sanitario.

La salute della popolazione si riferisce ai risultati sanitari di un gruppo di individui, ai determinanti della salute e alla loro distribuzione all'interno del gruppo. [5](#)

Di conseguenza, un approccio basato sul corso della vita, che coinvolga i residenti indipendentemente dallo stato di salute e dalla complessità della malattia per affrontare le loro esigenze in modo olistico e contestuale, è una politica chiave per migliorare la salute della popolazione. [6](#)

Healthier SG, lanciato a luglio 2023, rappresenta una trasformazione nazionale verso la salute della popolazione, enfatizzando l'assistenza preventiva e la gestione delle malattie croniche ancorate a relazioni longitudinali con medici di famiglia e comunità di assistenza che supportano i residenti dalla nascita alla morte e in tutti i settori dell'assistenza sanitaria e sociale. [7](#)

Nell'ambito di Healthier SG, ai tre cluster sanitari di Singapore sono stati assegnati nuovi ruoli come responsabile della salute della popolazione e responsabile sanitario regionale, oltre a essere un fornitore di servizi sanitari. [7](#)

Healthier SG ha fornito l'impulso per una rivisitazione del ruolo dei CH come fornitori di servizi all'interno dell'ecosistema sanitario, per migliorare i risultati sanitari della popolazione.

Mentre la funzione principale del CH come ambiente di cura intermedio e post-acuto rimane, proponiamo che i CH possano (a) innovare nuovi modelli di fornitura di servizi integrati e appropriati per la continuità delle cure, (b) adottare un approccio al corso della vita che si estenda più ampiamente e più in profondità nella prevenzione e nelle cure di fine vita, anche in contesti comunitari, (c) rafforzare gli approcci di cura olistici e incentrati sulla persona attraverso la prescrizione sociale, (d) guidare la creazione di capacità e lo sviluppo del settore per l'assistenza incentrata sulla persona e (e) fungere da nodo chiave per galvanizzare l'ecosistema sanitario-sociale.

Qui, esemplifichiamo le buone direzioni, i principi e gli sforzi nelle prime fasi di implementazione su piccola scala o in singole istituzioni, che possono servire a informare una futura direzione coordinata per i CH a Singapore.

### **Nuovi modelli di erogazione di servizi integrati e appropriati per la continuità assistenziale**

Studi locali hanno dimostrato che sottogruppi di pazienti medici e post-operatori possono essere correttamente trasferiti in un ambiente di minore acuzie durante la loro degenza in AH, e alcuni pazienti potrebbero richiedere solo cure sub-acute o riabilitative e possono essere ricoverati direttamente dalla comunità. [8-11](#)

Il Ministero della Salute (MOH), l'Ufficio per la Trasformazione Sanitaria del MOH, i cluster, gli AH e i CH hanno lavorato su diverse aree di interesse per migliorare i flussi dei pazienti e collocare i pazienti in modo appropriato per la continuità delle cure.

In primo luogo, evitare i ricoveri in AH espandendo le fonti di afflusso esistenti e future direttamente ai CH da case di cura, cure primarie, ambulatori specialistici e dipartimenti di emergenza. In secondo luogo, trasferimenti anticipati o "corsie verdi" per i pazienti ricoverati in AH, inizialmente per condizioni ben definite e ad alto impatto come ictus e frattura dell'anca, ma successivamente espansi alla popolazione più ampia costituita da sottogruppi di medicina generale e pazienti geriatrici. Infine, promuovere la dimissione assistita precoce in collaborazione con i fornitori di assistenza della comunità.

I miglioramenti a questi flussi richiederanno modelli di assistenza innovativi che sfruttino la tecnologia, la telemedicina e una maggiore collaborazione tra contesti di assistenza e discipline.

Ad esempio, le capacità sanitarie alleate possono essere sfruttate per fornire riabilitazione specializzata, basata su prove e abilitata dalla tecnologia, tra cui realtà virtuale e gamification, a supporto di un'assistenza ospedaliera efficiente e di un'assistenza appropriata nella comunità. [12-13](#)

I CH dovranno inoltre essere dotati di risorse umane adeguate e avere accesso a indagini sovvenzionate indipendenti dalla struttura, alcune delle quali includono imaging avanzato e assistenza comunitaria post-dimissione sovvenzionata indipendente dalla struttura.

Tali considerazioni sui finanziamenti devono essere bilanciate a livello di cluster, per consentire un risparmio complessivo sui costi per il sistema entro un budget pro capite. Potrebbero esserci anche sfide per la forza lavoro, dati i differenziali salariali tra contesti AH e CH e le aspettative relative all'equilibrio tra lavoro e vita privata. [14](#) Sono in corso cambiamenti a livello di sistema per affrontare queste problematiche, tra cui il riconoscimento della medicina di famiglia come specialità, [15](#) il lancio di un programma di medici ospedalieri, [16](#) l'ampliamento delle fonti di assunzione di infermieri stranieri e l'introduzione di nuovi programmi di fidelizzazione. [17](#)

È importante notare che diversi ambiti di sviluppo delle capacità dei medici includono l'implementazione di percorsi di cura protocollati, formazione intersettoriale e rotazione del lavoro, assistenza multidisciplinare e condivisa ai pazienti, comprensione dell'ecosistema socio-sanitario, attenzione ai determinanti sociali della salute e formazione incentrata sulla persona.

Una volta in atto, i CH sono pronti a "fare un passo avanti" e ad affrontare questa maggiore complessità di pazienti medici e chirurgici subacuti, attraverso un miglioramento delle competenze della forza lavoro sanitaria professionale e un sufficiente supporto politico nazionale. [14](#)

Ampliare l'assistenza lungo tutto il corso della vita per includere la prevenzione e i servizi di fine vita

Guardando a monte, i CH possono immediatamente fare di più per migliorare la prevenzione primaria, secondaria e terziaria per i loro pazienti, rispettivamente fornendo vaccinazioni appropriate all'età e basate sull'evidenza, screening e referral opportunistici e riabilitazione funzionale mirata.

Ad esempio, il tasso nazionale di vaccinazione antinfluenzale e pneumococcica tra gli anziani nel 2021 è rispettivamente solo del 32% e del 22%. [18](#) Un'area di rinnovata attenzione è lo screening basato sulla comunità per la fragilità e il referral diretto ai CH per una riabilitazione multidisciplinare intensiva e la stabilizzazione per un sottoinsieme di pazienti per i quali la fragilità può essere reversibile.

Anche la riabilitazione preoperatoria è ben documentata per migliorare i risultati chirurgici e può essere considerata come un servizio CH per pazienti ricoverati o un servizio supportato da CH nella comunità a seconda dell'intensità dei requisiti di riabilitazione e delle considerazioni del paziente e del caregiver. [19](#)

Questi sforzi dovrebbero integrarsi con Healthier SG per facilitare i processi di assistenza integrati tra CH e operatori di assistenza primaria. È possibile sviluppare strette partnership come estensione delle strutture di governance e collaborazione cluster-operatore di assistenza primaria.

I CH attualmente forniscono servizi di hospice per pazienti ricoverati e cure palliative.

A sostegno della strategia nazionale per le cure palliative, [20](#) proponiamo che i CH svolgano un ruolo significativo nel migliorare le cure di fine vita con scelte e dignità, aumentando l'adozione di una pianificazione anticipata delle cure di buona qualità, [21](#) che potrebbe concentrarsi innanzitutto su gruppi con esigenze più elevate come quelli nelle case di cura o con un punteggio di fragilità clinica  $\geq 6$ .

Ciò può essere reso possibile dalla standardizzazione dei flussi di lavoro e dalla consapevolezza e formazione degli operatori sanitari, che comprendono medici, infermieri e operatori sanitari alleati, per avviare conversazioni sulla pianificazione anticipata delle cure. [22](#)

Per migliorare l'accesso ai servizi di cure palliative allineati alle esigenze e ai desideri dei pazienti, i CH possono facilitare i ricoveri diretti nei CH dai servizi di cure palliative della comunità, rafforzare le capacità delle case di cura di co-gestire i pazienti attraverso discussioni sui casi, tele-consulti, istruzione e formazione e adottare il flusso di lavoro di dimissioni compassionevoli del Singapore Hospice Council. [23](#)

Infine, i CH possono promuovere un ecosistema di cure palliative tramite partnership con i fornitori di assistenza comunitaria di fine vita. Un esempio è l'Hospice Care Association Oasis@Outram Day Hospice che è co-localizzato con l'Outram Community Hospital. [24](#) Oltre alla co-localizzazione fisica, questa relazione può sfruttare l'uso condiviso delle strutture, percorsi di ammissione diretta semplificati e ricerca.

### **Assistenza olistica e centrata sulla persona**

L'assistenza centrata sulla persona è ben consolidata come principio centrale nella salute della popolazione. [25](#) Con i suddetti cambiamenti demografici, i pazienti che necessitano di ricovero in CH sono ora più complessi dal punto di vista medico e sociale e spesso hanno subito significativi shock sanitari che hanno richiesto interventi sostanziali di assistenza socio-sanitaria.

Un approccio che sfrutti il processo decisionale condiviso, l'integrazione e il coordinamento dell'assistenza, la comunicazione compassionevole e un ambiente di accettazione, consentendo così ai pazienti e ai caregiver

di co-produrre l'assistenza, dovrebbe essere adottato per questo gruppo per migliorare i loro risultati e ridurre i costi. [26-27](#)

Qualsiasi modello di CH di miglioramento dell'assistenza deve quindi essere sostenuto da una filosofia di assistenza centrata sulla persona per fornire un'assistenza che ottimizzi gli aspetti fisici, mentali, emotivi e sociali della salute e del benessere in modo più efficace.

I CH possono impegnarsi nella pianificazione dell'assistenza incentrata sulla persona e nella prescrizione sociale per affrontare i determinanti sociali della salute collegando una persona alle risorse all'interno della propria comunità, sfruttando la loro permanenza più lunga nel CH rispetto alle AH. [28](#)

Affinché ciò funzioni, i pazienti ricoverati nei CH possono essere sottoposti a screening per i determinanti sociali della salute.

Coloro che necessitano di supporto possono essere iscritti a un programma che coinvolge i pazienti in attività di benessere sia durante la degenza ospedaliera che dopo la dimissione a casa. I pazienti e i loro assistenti dovrebbero anche essere istruiti e autorizzati a prendersi cura della propria salute, inclusa la condivisione del processo decisionale e l'efficacia nell'auto-cura.

Per ridurre il carico sul personale sanitario esistente, questo approccio potrebbe anche fare affidamento su coordinatori del benessere dedicati (WBC) e un ecosistema di operatori sanitari della comunità (CCP), coordinati dai medici dei CH, per identificare e supportare i pazienti nel soddisfare i loro bisogni sanitari e sociali. [29](#) A livello locale, la prescrizione sociale è stata adottata ed è in fase di valutazione. [30](#) Un quadro di competenze strutturato e la formalizzazione dei percorsi di carriera per questo gruppo di WBC sosterranno la sostenibilità di questo modello.

### **Sviluppo delle capacità e del settore per l'assistenza centrata sulla persona**

Per consentire la diffusione delle pratiche di prescrizione sociale, nel 2019 è stato lanciato il SingHealth Community Hospitals Office of Learning (SCHOOL) per formare operatori sanitari, sociali e CCP di Singapore sulla prescrizione sociale. [21](#)

Nel 2023 è stata inoltre istituita la Singapore Community of Practice in Social Prescribing (SCOMP) per dare il via a un ecosistema intersettoriale e interdisciplinare per guidare approcci dal basso, promuovere la collaborazione e l'innovazione per promuovere la prescrizione sociale. Questi centri possono supportare la formazione incentrata sulla persona, supportata dal cofinanziamento governativo, per gli operatori del settore sanitario e sociale.

### **Nodo chiave nell'ecosistema socio-sanitario**

I CH sono ben posizionati come nodo chiave tra AH e contesti di assistenza primaria e comunitaria.

I CH attualmente tengono riunioni multidisciplinari con pianificazione congiunta delle dimissioni con i CCP. Tuttavia, si può fare di più attraverso uno sforzo di ecosistema tra CH, AH, assistenza primaria, CCP, agenzie governative, istituti di istruzione superiore, imprese private e start-up nei settori sanitario e sociale.

I WBC devono essere in grado di attraversare i vari siti di cura, per semplificare i piani di cura e fornire un coordinamento senza soluzione di continuità per il paziente.

È anche necessaria l'assistenza condivisa, che è la partecipazione e la responsabilità congiunta di vari fornitori di assistenza in contesti e discipline, inclusi il paziente e i suoi assistenti, nell'erogazione dell'assistenza. [31](#) Infine, percorsi integrati sanitari e sociali comuni con partner sia a monte (tra AH e CH) che a valle (tra CH e fornitori di assistenza primaria e CCP) dovrebbero essere sviluppati congiuntamente con tutte le parti interessate per facilitare questo.

L'assistenza olistica richiede un'integrazione perfetta tra assistenza sanitaria e sociale, e i dati e i sistemi IT dovrebbero di conseguenza consentire un migliore flusso di dati dei pazienti verso vari siti di assistenza e fornitori di assistenza.

Gli scambi di informazioni sanitarie sicure con i dati delle cartelle cliniche elettroniche di istituzioni sanitarie selezionate, come ricoveri, appuntamenti ambulatoriali e informazioni sul piano di assistenza possono essere utili ai WBC per semplificare l'assistenza e ai CCP nell'erogazione dell'assistenza.

I facilitatori a livello di sistema includono l'imminente Health Information Bill che fornisce un quadro per la condivisione interistituzionale dei dati, [32](#) un sistema comune di cartelle cliniche elettroniche e il National Electronic Health Record, che sarà implementato in tutte le istituzioni sanitarie pubbliche e private. [33](#)

Analogamente, la ricchezza di informazioni sui determinanti sociali della salute accumulata attraverso relazioni di lunga data tra CCP e residenti dovrebbe essere resa facilmente disponibile ai medici, in un formato strutturato.

One Care Plan è un primo esempio di questo sforzo, che può essere sfruttato nei sistemi nazionali. <sup>34</sup> Questi sforzi possono ridurre la duplicazione del lavoro e migliorare l'integrazione tra i fornitori di assistenza.

### Conclusione

La svolta di Singapore verso la salute della popolazione, focalizzata sulla gestione delle complesse esigenze socio-sanitarie di una popolazione anziana, fornisce uno stimolo per la rivalutazione dei ruoli degli ospedali comunitari.

Gli ospedali comunitari ospitano una vasta gamma di capacità di medici generici, infermieri e operatori sanitari affini, ancorate all'assistenza per i pazienti anziani, con profondi legami con gli ospedali di base, l'assistenza primaria e la comunità.

Gli ospedali comunitari hanno anche accesso a risorse di assistenza clinica, istruzione e ricerca di cluster. Proponiamo che gli ospedali comunitari abbiano l'opportunità di (a) innovare nuovi modelli di fornitura di servizi integrati e appropriati per la continuità delle cure, (b) espandere l'assistenza lungo tutto il corso della vita per includere prevenzione, assistenza oltre l'ospedale nella comunità e fine della vita, (c) rafforzare approcci di assistenza olistici e incentrati sulla persona attraverso la prescrizione sociale, (d) guidare la creazione di capacità e lo sviluppo del settore per l'assistenza incentrata sulla persona e (e) fungere da nodo chiave per galvanizzare l'ecosistema dell'assistenza socio-sanitaria.

Guardando al futuro, i CH devono essere supportati per svolgere queste funzioni espanse attraverso strategie su misura per affrontare la fragilità, le cure palliative e supportare i giovani anziani nell'invecchiamento sano e sul posto, in linea con Healthier SG.

Il sistema sanitario dovrebbe anche andare oltre le misure specifiche dell'istituzione per misurare i risultati incentrati sulla persona, tra cui funzione, benessere e soddisfazione dei bisogni sanitari e sociali che è allineato con un approccio di percorso lungo tutto il corso della vita.

L'allineamento dei quadri di incentivazione sarebbe un fattore abilitante fondamentale per cambiare i paradigmi esistenti nell'erogazione dei servizi sanitari.

[https://www.thelancet.com/journals/lanwpc/article/PIIS2666-6065\(25\)00014-8/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lanwpc/article/PIIS2666-6065(25)00014-8/fulltext)



## Medici di famiglia dipendenti e in Casa di comunità? Ecco tutti i dubbi giuridici e non solo

**Mauro Marin**, *ex Direttore Dipartimento Cure Primarie ASFO Pordenone*

Un medico di base compila una ricetta nel suo studio a Roma, 30 ottobre 2020. ANSA / ETTORE FERRARI

Ascolta la versione audio dell'articolo

4' di lettura

A legislazione vigente mancano i presupposti giuridici ed economici per il passaggio alla dipendenza dei medici di medicina generale. Inoltre appare dubbio il valore assistenziale aggiunto del loro trasferimento centralizzato con funzioni incerte nelle Case di comunità, sguarnendo di conseguenza la già carente rete capillare di diagnosi e cure primarie costituita dagli ambulatori medici territoriali periferici di prossimità a gradito accesso diretto in particolare per anziani e disabili, operante secondo i principi della dichiarazione Wonca 2022 e ai sensi dell'Accordo collettivo nazionale 2024.

I rapporti di lavoro dei medici di medicina generale sono disciplinati da accordi collettivi nazionali (Acn 2024) ai sensi dell'art.8 del D.Lgs 502/1992 e hanno natura giuridica di rapporti di lavoro autonomo libero-professionale (art. 2222 Codice civile), sebbene caratterizzati da una collaborazione coordinata e continuativa a tempo indeterminato e di tipo para-subordinato (articolo 409 Codice procedura civile), secondo la Corte costituzionale (sentenza n.157/2019) e la Cassazione sezione lavoro (sentenza n. 6294/2020). La qualificazione del contratto di lavoro autonomo esclude l'assoggettamento del medico al potere direttivo del datore di lavoro che è proprio solo del lavoro subordinato (articolo 2094 Codice civile) del medico dipendente (Cassazione sezione Lavoro n.6294/2020) in quanto l'elemento distintivo del rapporto di lavoro subordinato è costituito dall'assoggettamento del lavoratore al potere direttivo e disciplinare del datore di lavoro con la conseguente limitazione della sua autonomia (Corte costituzionale n.76/2015 ; Cassazione lavoro n.20903/2020) e il suo inserimento nella organizzazione aziendale (Cassazione lavoro n.7024/2015).

Il Consiglio di Stato ha chiarito che ai sensi del Dlgs 502/1992 si accede al rapporto di lavoro dipendente di medico nel Ssn mediante concorso per titoli ed esami e con il requisito del possesso di una specializzazione universitaria. Invece i medici di medicina generale sono incaricati di un rapporto convenzionato secondo Acn 2024 mediante selezione per soli titoli e in assenza del possesso di un titolo di specializzazione universitaria, non essendo ancora equiparato ad una specializzazione il corso regionale triennale di formazione in medicina generale istituito con Dlgs 368/1999 (ai sensi della Direttiva 86/457/CEE e successiva Direttiva 93/16/CEE), non ancora strutturato con un programma formativo omogeneo nazionale e un corpo docente reclutato mediante selezione trasparente per merito ad evidenza pubblica. Pertanto a legislazione vigente i medici di medicina generale non hanno i requisiti di legge per il passaggio dal rapporto convenzionato al rapporto di lavoro dipendente.

Inoltre la costituzione di un rapporto dipendente del medico di medicina generale implica il riconoscimento economico non preventivato dei diritti dovuti ai medici dipendenti e non ai convenzionati, quali ad esempio ferie retribuite, assenze retribuite per malattie/infortunio/studio, tredicesima, trattamento di fine rapporto, uso di beni aziendali quali ambulatori, auto di servizio, strumentazione informatica, personale di ambulatorio, oneri di utenze, sorveglianza sanitaria e smaltimento dei rifiuti degli ambulatori, a regime per 37.000 medici in Italia.

Certamente i prossimi nuovi accordi integrativi regionali (Air) secondo l'Acn 2024 dovranno prevedere un maggiore coinvolgimento dei medici convenzionati nell'organizzazione delle aziende sanitarie attraverso le Aggregazioni funzionali territoriali (Aft) "funzionalmente collegate" secondo il DM 77/2022 con le sedi distrettuali delle Case di comunità e attuare il ruolo unico del medico di medicina generale istituito dall'art.31 dell'Acn 2024. Ma nello stabilire nuovi obblighi per i medici gli Air dovranno tenere in debito conto i limiti normativi imposti dalla natura giuridica del rapporto di lavoro autonomo (art.2222 Codice civile) e parasubordinato (art. 409 Codice procedura civile) dei medici convenzionati (Corte Costituzionale n.157/2019) e del fatto che le norme degli accordi nazionali prevalgono sempre su quelle regionali difformi (Cassazione lavoro n.29137/2022). La qualificazione contrattuale del rapporto di lavoro deve essere coerente alle modalità della sua esecuzione in forma autonoma o subordinata nell'organizzazione aziendale (Cassazione lavoro n.5436/2019).

Al fine di una programmazione di concreta utilità per gli assistiti e ai sensi dell'art.1 della legge 24/2017 sul dovere di sicurezza organizzativa dei servizi, la riforma dell'assistenza territoriale focalizzata sull'organizzazione delle Case di comunità, previste per un bacino di utenza di almeno 40.000 residenti ai sensi del Dm 77/2022, dovrebbe partire dall'analisi dei reali bisogni assistenziali della popolazione locale negli specifici contesti territoriali distrettuali policomunali, dall'analisi delle ragioni del fallimento del modello di Case della Salute istituite nel 2007 con le stesse funzioni delle attuali Case di comunità (report istruttivo sul sito della Camera dei Deputati), dall'istituzione di una piattaforma unica informatica per la condivisione e il monitoraggio in tempo reale dei dati sanitari per programmazione e assistenza tra aziende, operatori dipendenti e convenzionati, dall'attivazione delle centrali operative territoriali a gestione infermieristica che assicurano i trasferimenti assistiti tra luoghi di cura diversi e domicilio e infine dal potenziamento dei servizi specialistici integrati di prossimità e di telemedicina . Le Case di comunità di cui al Dm Salute 77/2022 sono infatti le sedi dei servizi del Distretto Sanitario ex-articolo 3 e seguenti del Dlgs 502/92 che garantisce sul territorio i Lea previsti dal Dpcm 12 gennaio 2017 in sinergica collaborazione con le attività dei medici di

medicina generale nei loro ambulatori periferici e a domicilio degli assistiti, come in altri paesi europei senza prevedere ore di attività dei medici di famiglia alle dipendenze aziendali .

[https://www.ilsole24ore.com/art/medici-famiglia-dipendenti-e-casa-comunita-ecco-tutti-dubbi-giuridici-e-non-solo-AG1yYweC?cmpid=nl\\_sanita24](https://www.ilsole24ore.com/art/medici-famiglia-dipendenti-e-casa-comunita-ecco-tutti-dubbi-giuridici-e-non-solo-AG1yYweC?cmpid=nl_sanita24)



## Quale futuro per le cure primarie?

***Indiscrezioni a mezzo stampa parlano di un progetto (già in prima bozza) che propone l'assunzione diretta dei medici di base nell'Ssn. Obiettivo: popolare le case di comunità e dare corpo a quell'assistenza territoriale postulata da Pnrr e Dm77. Ne abbiamo parlato con Alessandro Rossi, presidente Simg***

### ***Medici di base assunti dall'Ssn. La convince?***

Cominciamo con il dire che questa è un'ipotesi che negli ultimi anni è stata avanzata più volte, caldeggiata a più riprese da alcune amministrazioni regionali e mai concretizzata, ma ancora prima di ragionare sul rapporto contrattuale/giuridico dei medici di base, che pure è una questione importante, mi soffermerei preliminarmente a riflettere sulla domanda più importante: come immaginiamo il futuro delle cure primarie nel nostro Paese? Perché questa è la vera pietra angolare del ragionamento. È infatti opportuno chiederci quale sia il ruolo specifico che vogliamo dare alle cure primarie. Vogliamo interpretarle come un filtro del pronto soccorso? Vogliamo che siano un avamposto di prossimità? Un riferimento per la gestione delle cronicità? Se così fosse, allora, scendendo nel concreto, prossimità significherebbe riuscire a garantire la rete capillare di presenza della medicina generale uniformemente in tutto il territorio italiano, che come ben sappiamo è particolarmente differenziato nella sua conformazione. Una cosa tutt'altro che banale.

### ***L'universalità dell'accesso alle cure è sempre un problema aperto (soprattutto in un Paese come il nostro nel quale il territorio spesso fa la differenza)***

Faccio spesso un esempio che aiuta a capire la situazione: esiste un paese che si chiama Calvi dell'Umbria, millecinquecento abitanti, distante 22 km dal capoluogo Narni, dove c'è la casa di comunità. Sono 22 chilometri di strada di montagna e in quel paese c'è attualmente un medico, un unico medico che esercita la sua professione con propria personale segretaria, infermiera e il proprio studio garantendo da solo l'assistenza ai millecinquecento abitanti del comune. Ora l'Anci ultimamente ha prodotto un report in cui ci dice che i comuni dispersi, come Calvi dell'Umbria, sono circa quattromila e rispondono a sedici milioni di abitanti. Di fronte a questi numeri dobbiamo chiederci: assorbendo i medici di medicina generale in un servizio pubblico, quindi mettendoli alle dipendenze in una casa di comunità, saremo in grado di garantire a quei 16 milioni di italiani lo stesso grado di capillarità che loro oggi forniscono, sia pure con difficoltà, e a proprie spese, i medici che presidiano quei paesini? E siamo sicuri che per un anziano, fragile, o un qualunque paziente con difficoltà sia così facile fare 22 km per raggiungere la casa di comunità più vicina quando ha bisogno di assistenza?

### ***Cos'altro cambierebbe?***

A venir meno sarebbe anche il rapporto fiduciario medico/paziente. Caposaldo del sistema di oggi. Il medico, oggi, è un punto di riferimento costante per i pazienti: li conosce e li accompagna instaurando con loro un rapporto di fiducia tra i più stretti (un dato sancito anche dal Censis). Anche se la tecnologia ha modificato gli strumenti con cui ci si interfaccia, la sostanza resta: un conto è avere il proprio medico di fiducia a cui rivolgere le proprie domande (confidare i propri timori) tutt'altra storia è vicariare questa figura con un, seppur magari

bravissimo, dipendente di turno, che di volta in volta a seconda dell'orario, è presente nelle case di comunità. Poi c'è la questione investimenti.

### **Cioè?**

Fare assistenza primaria ha un costo. L'innovazione in primis è oggi essenziale per svolgere il nostro lavoro (telemedicina e digitalizzazione stanno entrando sempre più come 'dotazioni' essenziali dello studio medico). Dovremmo chiederci quanto abbiamo da investire in questo (a prescindere dal contratto). E ancora, se il personale a disposizione deve essere ancora in carico al medico di medicina generale. Potremmo, ad esempio, progressivamente avvicinarci al modello britannico, in cui su dieci dipendenti delle cure primarie tre sono medici e sette sono infermieri o amministrativi? Qualcuno poi ha fatto i conti di quanto costerebbe al sistema sanitario nazionale l'assunzione in forma diretta di 35mila medici? (diciamo 28mila circa se consideriamo i pensionamenti). In termini contributivi, pensionistici, ferie, sostituzioni e auto a disposizione. Perché forse questo è un dato meno evidente, ma per le visite domiciliari che noi facciamo oggi con la nostra auto privata, a nostre spese, e che svolgeremmo 'da dipendenti' pubblici dovremmo avere a disposizione un parco macchine. Ecco, solo dopo aver risposto a queste domande, forse, potremmo ragionare su altro.

### **E le case di comunità? Servono medici per popolarle**

Le rispondo con un dato: già a partire da quest'anno, da dal gennaio 2025 quindi, chi entra con il contratto di assistenza primaria nel ruolo unico di cure primarie entra con un monte ore (38 ore) a disposizione del distretto delle case di comunità. Quindi già oggi, 6/7 ore per chi ha già assistiti, massimali, e 38 ore per chi è entrato adesso, sono messe dal medico di base in convenzione a disposizione delle case di comunità. Io credo che il ragionamento sia ampio e aperto. Quel che occorre è cercare di dare risposte di contenuto, e non pregiudiziali e ideologiche, ad un tassello essenziale del nostro sistema: le cure di prossimità.

<https://panoramadellasanita.it/site/quale-futuro-per-le-cure-primarie/>

**quotidianosanità.it**

## **Informazione/comunicazione nella medicina generale territoriale**

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

**09 GEN** - *Gentile Direttore,*

il processo informativo dovrebbe arricchire le conoscenze (in formazione) e la comunicazione essere uno scambio di pareri, idee, emozioni tra persone (cum unum). E' verosimile che le normative in ambito sanitario non abbiano mai raggiunto questi obiettivi.

Leggi controriformiste, ACN, AIR, AIL, Delibere, Intese, Circolari, Documenti di Agenzie per i servizi regionali, Determinazioni della Conferenza Stato-Regioni, elaborati di organizzazioni e gruppi... per anni hanno incrementato la pinguedine morbosissima del mondo della medicina di base creando la situazione che, ora, è sotto gli occhi di tutti ammorzata da una sindrome metabolica cronica evolutiva incurabile. Infatti, il più delle volte, i decreti potestativi, unilaterali ed obbligatori sono sostanzialmente non opponibili. Numerosi sono gli esempi, anche recentissimi, millantati di pregresse condivisioni (es.: tavoli sindacali) ma incapaci di modificare di un millimetro la sostanza del potere decisionale direttoriale. Un tempo gli ACN riportavano almeno nell'incipit un chiaro richiamo culturale alle indicazioni (etiche e deontologiche) Wonca relative alle caratteristiche valoriali della medicina generale territoriale.

Poi questi riferimenti sono misteriosamente spariti pur essendo essenziali per dare un senso a qualunque norma socio-sanitaria territoriale. Informazioni/comunicazioni d'intenti general generici non hanno valore se non sono sostenute da specifici principi culturali che dovrebbero scrupolosamente essere riportati in una

bibliografia ipertestuale istantanea in quanto oggi, i valori etici, sono molto più importanti delle infinite citazioni di norme e leggi di apparato (incomprensibili e contraddittorie).

In caso contrario si diventa “[prigionieri del passato](#)” (I. Cavicchi, QdS del 7 gennaio 2025).

I tempi cambiano velocissimamente. Forse la data di scadenza è giunta al termine anche per l'apparato burocratico che esprime la propria governamentalità nella debordante produzione protocollare.

L'avvento dell'Intelligenza Artificiale (IA) sempre più attrezzata, pur algoritmica cioè meccanica, potrebbe essere in grado di turlupinare, in pochi secondi, qualsiasi documento amministrativo che non sia elaborato da galantuomini e palesare il diabolico e stolido perseverare nel “tragico errore di valutazione della realtà”. Esempio eclatante è quello dato dal documento PNRR, missione 6, dove l'analisi testuale evidenzia la sollecitazione europea al potenziamento delle cure di prossimità mentre le Case di Comunità (deteriorato surrogato delle Case della Salute) sono citate solo come esempio e non come vincolo (tuttavia le CdC sono assunte ora come lacerato vessillo del pensiero unico per celare ciò che doveva essere fatto ma che è mancato).

La bolla delle incredibili e tautologiche “interpretazioni autentiche” crollerà miseramente sotto il peso della stessa contraddizione in termini. I “ladri di diritti” hanno creato guai inenarrabili a professionisti e ad assistiti portando alla rovina un prezioso patrimonio di idee in grado di dare significato all'esperienza quotidiana...

Le comunità, tuttavia, per quel che possono, si oppongono allo sfascio misurandosi giornalmente con la critica, l'autocritica e l'interazione. In questo modo cercano di conservare un forte senso di identità (intellettuale) e una chiara direzione in favore del bene comune rappresentato da quel che resta dalla medicina generale territoriale. Per le comunità l'evoluzione sociale non è mai banale ed essere continuamente in situazioni di confronto con la complessità genera la cultura dall'arte del narrare esperienze e spiegazioni (da non confondere con lo storytelling aziendale).

Nel lontano 2012 la stessa Sisac lamentava la cattiva abitudine di redigere documenti farruginosi e zeppi di contraddizioni che li rendevano pressoché incomprensibili.

Le norme in merito alle cure primarie, ancora oggi, ricorrono all'impianto strutturale dell'ACN del 2005. Il DM 77, in fase di revisione a causa di intrinseche antinomie, non ha abrogato la Legge Balduzzi del 2012.

Il caos normativo permette qualsiasi interpretazione rituale senza lasciare spazio per un anelito, una idea coraggiosa, una adeguata programmazione, basata su valori etici, degna di una vera arte di governare.

Viene il latte alle ginocchia nel constatare che non vi è più nemmeno il senso della vergogna (“ladri di diritti”) tanto che, persone di buona volontà, propongono oggi, come unica possibile soluzione di riforma sanitaria, una azione bipartisan (forse) in grado di aggiornare vecchie questioni deragliate dalla corretta epistemologia e capace di approcci innovativi non convenzionali creativi, spirituali, intellettuali e culturali.

Certo che ipotizzare, in epoca globalizzata e neoliberale, una valida organizzazione dell'assistenza primaria non è cosa da poco se, da quando è iniziato il dibattito e lo scambio di opinioni su cosa e come fare (dalla istituzione del SSN del 1978) a tutt'oggi, non si è riusciti ancora a trovare il bandolo della matassa. Forse perché l'incapacità o l'incompetenza di trovare una soluzione compossibile (che almeno possa riferirsi ad un capitalismo pubblico illuminato) sta proprio nelle istituzioni e nelle alte dirigenze, talmente imbevute di globalizzazione e di neoliberalismo che al confronto la regionalizzazione differenziata appare una quisquilia. L'inerzia concettuale degli apparati è pedantemente resistente alle innovazioni, intollerante, impositiva. Disprezza le alternative e le esperienze minoritarie delle comunità.

Dispensa risposte acritiche e modelli (prevalentemente esotici) rassicuranti ma mai che si avventuri verso nuove e interessanti domande (L. Floridi 2024). Intanto il tempo scorre e l'uomo saggio non può che vagare nel non essere (Byung Chul Han 2024).

In questa situazione regressiva pervasiva, la riforma del SSN del 1978 può apparire come una emanazione extra-terrestre e anche l'art.32 della Costituzione può essere considerato un reperto alieno non ancora decodificato. In particolare qualche xeno-archeologo potrebbe sostenere che la parte terminale del primo comma dell'art.32 contenga la profezia autoavverantesi di una americanizzazione del SSN.

[https://www.quotidianosanita.it/lettere-al-direttore/articolo.php?articolo\\_id=126822](https://www.quotidianosanita.it/lettere-al-direttore/articolo.php?articolo_id=126822)

## Sulle case di comunità invertire la prospettiva

Ornella Mancin

14 GEN -

*Gentile direttore,*

Le dichiarazioni del presidente Anelli sulla presunta disponibilità oraria dei Medici di famiglia a lavorare nelle Case di comunità stanno creando un certo disorientamento.

Sappiamo dai giornali che entro giugno è prevista l'apertura di circa 1400 Case di Comunità sparse per l'Italia con i finanziamenti del PNRR, ma che al di là dei muri rimangono ancora molte incertezze sui servizi che potranno offrire, principalmente per effetto della carenza di personale medico.

Scrivendo il Sole 24 ore che delle attuali 413 Case di Comunità attualmente attive in ben 120 non vi è la presenza neanche di un medico. Eppure nell'idea del legislatore queste strutture dovrebbero essere aperte almeno 12 ore al giorno, sette giorni su sette e qui il cittadino dovrebbe trovarci una risposta pronta a i suoi bisogni di salute evitando di intasare il Pronto soccorso. Ma come può avverarsi questo senza medici?

Il ministro della salute Schillaci punta a farci lavorare i medici di famiglia più giovani da assumere come dipendenti e ci sarebbe in questo momento in fase di studio una riforma che ha come obiettivo l'assunzione come dipendenti dei giovani medici mentre verrebbe lasciato agli attuali convenzionati la possibilità di scegliere fra le due opzioni e ieri ( 12 gennaio ) il ministro ha dichiarato che sta "lavorando per assicurare una adeguata presenza dei medici di famiglia nelle case di comunità in modo che gli assistiti possano sempre trovarne uno, almeno nelle ore diurne, sette giorni su sette"

E' probabile che lo spettro della dipendenza abbia spinto il Presidente Anelli ad intervenire affermando che già con la convenzione attuale i circa 40.000 medici di famiglia attualmente operanti sono in grado di fornire "venti milioni di ore all'anno – circa 9-10 la settimana" alle Case di comunità( ieri corrette "a fino a 6 per chi ha 1500 pazienti"): "Ogni medico di medicina generale deve mettere a disposizione della Asl 38 ore settimanali, tra attività oraria e attività a ciclo di scelta, con progressiva riduzione dell'attività oraria rispetto all'aumento degli assistiti, sino al massimale di 1500 pazienti"( 10 gennaio)

Le parole del dott. Anelli fanno pensare che attualmente i medici di famiglia non stiano realmente lavorando un tempo adeguato e che manchino almeno 6- 10 ore settimanali al compimento delle 38 ore stabilite dalla nuova convenzione. Ma è davvero così?

Mancano sempre più mmg e per far fronte a questa carenza molti di noi hanno aumentato il massimale fino a 1800-2000 assistiti , il carico burocratico sta esaurendo le nostre ormai esigue risorse e nessuna riforma sembra in atto per alleggerirlo ( esempio togliere i piani terapeutici, permettere l'auto certificazione di malattia per i primi giorni), non troviamo sostituti per godere di qualche giorno di ferie anzi spesso andiamo al lavoro ammalati , eppure si pensa che siamo in grado di avere 10 ore settimanali da fare in un'altra struttura senza peraltro che ci sia un progetto , un'idea per dare senso a questo ulteriore lavoro. Il dott. Anelli che di professione fa il mmg sa benissimo che non lavoriamo 15 ore la settimana come qualcuno va dicendo e se anche le ore di apertura al pubblico fossero effettivamente 15 (cosa assai improbabile) rimarrebbero comunque da conteggiare tutte le ore che dedichiamo alle pratiche burocratiche, a rispondere alle richieste telefoniche e via mail dei pazienti, alle visite domiciliari urgenti e/o programmate e adesso anche alla telemedicina (che si vuole sempre più implementare). Dove lo possiamo trovare un tempo ulteriore da dedicare alle Case di Comunità?

L'impressione è che il tentativo di Anelli sia solo quello di bloccare un eventuale passaggio alla dipendenza mettendo sul piatto la possibilità di attingere ad un numero elevato di ore che i mmg dovrebbero fornire alle case di comunità.

Non sono una fautrice della dipendenza e a mio avviso le case della comunità potrebbero funzionare anche con un rapporto professionale diverso, ma di fondo sembra che interessi poco dare un senso alle Case di Comunità, costruire un progetto che possa cambiare in maniera innovativa la medicina territoriale. Come è pensabile che un nuovo modo di operare possa basarsi su una presenza oraria saltuaria di medici provenienti

da realtà diverse? Le case di comunità devono essere abitate per lo più da professionisti che stabilmente vi lavorano per la maggior parte del loro tempo, che collaborano tra loro, si parlano, costruiscono progetti di salute, fanno medicina di iniziativa, interloquiscono con il sociale.

In giro per l'Italia ci sono già esempi di Medicine di gruppo integrate efficienti che lavorano in equipe con mmg, personale infermieristico e di segreteria e che spostate in toto nelle Case di comunità finirebbero per riempirle fornendo un servizio adeguato e qualificato. Perché non lavorare perché queste forme vengano implementate e finiscano per lavorare nelle nuove Case della Comunità? Non si tratta di sguarnire il territorio perché i medici potrebbero mantenere qualche ora, alcune volte la settimana, in periferia garantendo al cittadino una presenza certa e con più servizi nella sede centrale. Il medico singolo è oramai una figura che difficilmente potrà continuare a esistere senza un aiuto fornito da una segretaria e da personale infermieristico e non si può certo caricarlo di ulteriori ore di lavoro.

Si tratta semplicemente di una inversione di prospettiva: la Casa di Comunità diventa la sede principale di servizio dove si lavora insieme ad altre figure professionali e con una strumentazione adeguata per far fronte alle prime richieste di intervento e se necessario (per via delle distanze) si mantengono alcune ore di attività negli ambulatori di periferia.

Il contrario e cioè che ogni medico vada a fare qualche ora in Casa di Comunità mi sembra davvero condannare il progetto al fallimento.

[https://www.quotidianosanita.it/lettere-al-direttore/articolo.php?articolo\\_id=126892](https://www.quotidianosanita.it/lettere-al-direttore/articolo.php?articolo_id=126892)

**quotidianosanità.it**

## **PNRR. Gimbe: "Al 4° trimestre 2024 raggiunta unica scadenza europea sulle COT, ma senza infermieri rischiano di diventare scatole vuote"**

*"Sebbene sia stato raggiunto il target europeo di almeno 480 Cot pienamente funzionanti, necessario per richiedere il versamento della settima rata, ad oggi non è disponibile pubblicamente la relativa distribuzione regionale delle Cot pienamente funzionanti al 31 dicembre 2024, indispensabile per monitorare l'equità territoriale. In un momento storico caratterizzato grave carenza di infermieri dal Ssn, l'effettiva operatività delle Cot rischia di essere compromessa".*

### **24 GEN -**

"Al 31 dicembre 2024 l'unica scadenza europea della Missione Salute del Pnrr che condiziona il pagamento delle rate, ovvero la realizzazione di almeno 480 Centrali Operative Territoriali, è stata rispettata".

A spiegarlo è Nino Cartabellotta, Presidente della Fondazione Gimbe che prosegue la sua attività di monitoraggio indipendente, analizzando sia i risultati raggiunti che le criticità relative all'avanzamento delle riforme. L'obiettivo è fornire ai cittadini un quadro chiaro e oggettivo, al riparo da strumentalizzazioni politiche.

**Stato di avanzamento al 31 dicembre 2024.** Secondo i dati pubblicati sul portale del Ministero della Salute che monitora lo stato di attuazione della Missione Salute del Pnrr:

- **Milestone e target europei:** è stata raggiunta la scadenza relativa all'entrata in funzione di almeno 480 Centrali Operative Territoriali (Cot), strutture essenziali per il coordinamento della presa in carico dei pazienti e l'integrazione dell'assistenza sanitaria e sociosanitaria. Le risorse assegnate a questo target ammontano a € 280 milioni. Il Ministro per i Rapporti con il Parlamento, Luca Ciriani, ha confermato alla Camera che la rendicontazione di questo obiettivo è stata inviata alla Commissione Europea, avviando così la procedura per

il versamento della settima rata da € 18,3 miliardi. Tuttavia, è importante ricordare che, a seguito della rimodulazione del PNRR, il target minimo di Cot è stato ridotto da almeno 600 ad almeno 480 e la scadenza è stata posticipata dal 30 giugno al 31 dicembre 2024.

- **Milestone e target nazionali:** "Anche se non condizionano l'erogazione dei fondi del Pnrr – spiega Cartabellotta – questi step intermedi richiedono un attento monitoraggio perché potrebbero compromettere le correlate scadenze europee". Sono stati raggiunti tutti i target previsti per il periodo 2021-2024. In dettaglio, nell'ultimo trimestre sono stati raggiunti i seguenti risultati:

- Pubblicazione di una procedura per l'assegnazione di voucher per progetti PoC (Proof of Concept) e ricerca su tumori e malattie rare. L'obiettivo programmato per fine dicembre era già stato centrato a giugno.

- Interoperabilità del Fascicolo Sanitario Elettronico (Fse): realizzate le necessarie componenti architetture. La scadenza di questo target, era stata prorogata dal 30 giugno al 31 dicembre 2024.

- Completamento degli interventi per interconnessione aziendale: traguardo centrato con 6 mesi di ritardo rispetto alla scadenza originale del 30 giugno 2024.

- Formazione sulle infezioni ospedaliere: la procedura di registrazione è stata raggiunta con un ritardo di oltre 3 mesi rispetto alla scadenza originale del 30 settembre 2024.

**Focus sulle Centrali operative territoriali.** Nell'ambito della riforma dell'assistenza territoriale prevista dal Pnrr, le Cot sono state progettate come hub organizzativi per migliorare il coordinamento tra ospedali, medici di famiglia, assistenza domiciliare e servizi sociali. Pensate per garantire una presa in carico continua e personalizzata dei pazienti, rappresentano un elemento chiave per affrontare le sfide legate all'invecchiamento della popolazione e alla crescente prevalenza delle malattie croniche. "In occasione del raggiungimento del target EU sulle Cot – spiega il Presidente – è opportuno fare il punto sullo status complessivo di attuazione di queste strutture che, insieme a Case di Comunità, Ospedali di Comunità, telemedicina e al potenziamento dell'assistenza domiciliare, configurano quella rivoluzione organizzativa dell'assistenza territoriale prevista dal DM 77 e finanziata dal Pnrr". Relativamente allo stato di completamento delle Cot è opportuno distinguere quelle "dichiarate attive" dalle Regioni e quelle "pienamente funzionanti", ovvero quelle per le quali è stata elaborata la necessaria relazione da parte di un ingegnere indipendente e una dichiarazione firmata dal Direttore Generale dell'Azienda sanitaria che attesti l'entrata in funzione dell'opera e dei servizi correlati.

**Rimodulazione target Cot.** Secondo la programmazione iniziale del Pnrr, era previsto un rapporto di una Cot ogni 100.000 abitanti, per un totale di almeno 600 strutture distribuite proporzionalmente tra le Regioni. Tuttavia, per l'aumento di costi di energetici e materie prime, la rimodulazione del PNRR approvata il 24 novembre 2023 dalla Commissione Europea, le ha ridotte del 20%, portando il target ad almeno 480 Cot. Tale rimodulazione, tuttavia, non modifica il numero originario di Cot da attivare, ma riduce prudenzialmente il target EU per garantire l'erogazione delle risorse previste dal PNRR: di conseguenza, le ulteriori 120 Cot dovranno essere realizzate con altri fondi non ancora ben definiti e senza vincoli legati alle scadenze del Pnrr, ovvero senza tempistiche definite. "In tal senso – commenta il Presidente – fino a quando non saranno pienamente funzionanti tutte le 611 Cot previste originariamente, si registrerà un aumento del carico di lavoro per quelle attive, che si troveranno a gestire un bacino di utenza più ampio, rischiando di compromettere la qualità dei servizi".

**Attivazione e funzionamento delle Cot.** "Sebbene sia stato raggiunto – evidenzia Cartabellotta – il target europeo di almeno 480 Cot pienamente funzionanti, necessario per richiedere il versamento della settima rata, ad oggi non è disponibile pubblicamente la relativa distribuzione regionale delle Cot pienamente funzionanti al 31 dicembre 2024, indispensabile per monitorare l'equità territoriale". Secondo l'ultimo dato reso pubblico dall'Agenas il 18 settembre 2024, al 30 giugno risultavano pienamente funzionanti 362 Cot, pari al 59% del totale previsto prima della rimodulazione, ovvero 611 Cot. "Infine – continua il Presidente – in un momento storico caratterizzato grave carenza di infermieri dal Ssn, l'effettiva operatività delle Cot rischia di essere compromessa, rendendole di fatto delle scatole vuote". In particolare, secondo le stime dell'Agenas per il funzionamento delle Cot servirebbero da 2.400 a 3.600 unità di infermieri di famiglia e di comunità

(IFoC), ovvero un coordinatore infermieristico, oltre a 3-5 IFoC per ciascuna Cot, personale per il quale sono già stati stanziati € 480 milioni dal DL 34/2020. Un fabbisogno che stride con sia con la carenza di personale infermieristico (nel 2022 6,5 per 1.000 abitanti, rispetto alla media Ocse di 9,8), sia con il basso numero di laureati (nel 2022 16,4 per 1.000 abitanti, rispetto alla media Ocse di 44,9), sia con la scarsa attrattività della professione visto per l'Anno Accademico 2023-2024 sono pervenute 23.627 domande per 20.058 posti disponibili e per il 2024-2025 21.250 domande per 20.435 posti.

"Inevitabilmente – conclude Cartabellotta – la crisi del personale sanitario, in particolare quello infermieristico, si ripercuote a cascata sulla riforma dell'assistenza territoriale programmata dal Pnrr che rischia di trasformarsi in una occasione mancata. È inaccettabile che, mentre si celebrano giustamente gli obiettivi raggiunti, si perda di vista che l'indebitamento del Paese rischia di non avere alcun beneficio per la salute delle persone. Ovvero, il fine ultimo del Pnrr non può limitarsi al rispetto delle scadenze per incassare le rate: ma è cruciale garantire che queste riforme lascino un'eredità duratura per tutelare la salute di tutte le persone, riducendo le disuguaglianze regionali e territoriali e assicurando un'assistenza sanitaria equa e universale. Ecco perché il successo del Pnrr è strettamente legato al rilancio del Servizio Sanitario Nazionale e in particolare delle politiche per rendere nuovamente attrattiva la carriera di tutti i professionisti nella sanità pubblica".

[https://www.quotidianosanita.it/studi-e-analisi/articolo.php?articolo\\_id=127172](https://www.quotidianosanita.it/studi-e-analisi/articolo.php?articolo_id=127172)

**quotidiano**sanità.it

## **Che le COT siano spesso poco più che scatole vuote è un dato di fatto su cui intervenire**

**Claudio Maria Maffei**

*Gentile direttore,*

su queste pagine è stata riportata pochi giorni fa [l'analisi indipendente di GIMBE](#) sullo stato di avanzamento del PNRR che, vista la scadenza del 31 dicembre, includeva un focus sulle Centrali Operative Territoriali (Cot), riportando la considerazione che senza infermieri "l'effettiva operatività delle Cot rischia di essere compromessa, rendendole di fatto delle scatole vuote". Tale affermazione era supportata dai dati sia sulla scarsa disponibilità di infermieri che sulla scarsa attrattività di questa professione. E notoriamente senza infermieri le Cot non sono in grado di funzionare. A queste considerazioni il [Ministero della Salute ha replicato](#) immediatamente che "Le Centrali operative territoriali non saranno scatole vuote. L'obiettivo è stato raggiunto garantendo la loro funzionalità a livello logistico, organizzativo e di personale come previsto dal PNRR e come opportunamente e correttamente rendicontato all'Europa." Il Ministero ha definito le notizie di stampa riprese dall'analisi di GIMBE come "a dir poco fuorvianti". A ulteriore supporto della propria rassicurazione il Ministero ha fatto un confortante riepilogo dello stato di avanzamento di alcuni pezzi della Mission 6 del PNRR.

A mio parere la tempestiva risposta del Ministero al segnale di allarme di GIMBE suona un po' stonata perché considera fuorviante una analisi che vuole segnalare un rischio che è in realtà un dato di fatto: le Cot dichiarate attive dalle Regioni sono molto spesso poco più che una scatola vuota. Avendo preliminarmente chiarito che tifiamo tutti per il successo reale del PNRR, sia il Ministero che noi osservatori indipendenti e appassionati di ciò che avviene nel Ssn, cerchiamo di entrare nel merito della questione.

Al Forum Risk Management di Arezzo dello scorso novembre in [una serie di slide](#) presentate da Alessio Nardini (Direttore Generale Unità di Missione per l'attuazione del PNRR del Ministero della Salute) e Gianluca

Altamura (Direttore dell'Ufficio II Generale Unità di Missione per l'attuazione del PNRR del Ministero della Salute) era già stato comunicato il dato del raggiungimento dell'obiettivo di 480 COT certificate come attivate da un ingegnere indipendente sulla base delle [Linee guida per comprovare il raggiungimento del target PNRR M6C1-7 "Centrali operative pienamente funzionanti", subinvestimento 1.2.2 – Centrali Operative Territoriali](#). L'elevato grado di formalizzazione della procedura rassicura sul fatto che le 480 COT del monitoraggio ministeriale siano entrate in funzione, molto meno sul fatto che siano pienamente funzionanti nella accezione che interessa più i cittadini e che cioè che esse garantiscano "a regime" le funzionalità previste nelle citate linee guida (cito solo le prime due, quelle fondamentali):

- coordinamento della presa in carico della persona tra i servizi e i professionisti sanitari coinvolti nei diversi setting assistenziali;
- coordinamento/ottimizzazione degli interventi, attivando soggetti e risorse della rete assistenziale.

Ci fidiamo delle certificazioni degli ingegneri, ma immaginiamo di completarla con una verifica sull'impatto delle COT sulla organizzazione e sui servizi erogati. Immaginiamo allora di verificare quanto il personale delle COT sia realmente aggiuntivo o sia sottratto ad altre attività/funzioni del distretto e quanto la certificata piena funzionalità delle COT stia diminuendo le dimissioni ospedaliere difficili dei pazienti cronici e quanto stia aumentando la capacità di presa in carico domiciliare e/o residenziale. Allora la piena funzionalità certificabile delle COT scenderebbe moltissimo specie nelle Regioni in cui le reti territoriali sono deboli, gli investimenti sul territorio sono solo strutturali e vi è una grave carenza di infermieri (figura chiave di tutta l'evoluzione dei servizi che il PNRR prevede e finanzia). Prendiamo per (mia) comodità il caso della Regione Marche. In [un'altra relazione al Forum di Arezzo](#) un rappresentante di quella Regione ha mostrato in una slide il completo raggiungimento dell'obiettivo delle 15 COT attivate di competenza. Vero, come è vero che nelle Marche le 15 COT sono state aperte con il personale infermieristico già disponibile nei distretti (il che in una fase di avvio va anche bene, ma poi?), in una Regione con [notevoli carenze di personale infermieristico](#), una offerta di servizi tutta sbilanciata nella componente ospedaliera, con una [bassa offerta di assistenza domiciliare](#) e [lunghe liste di attesa per quella residenziale, nuovi atti aziendali](#) che non riconoscono centralità alla professione infermieristica e con il Corso di Laurea per Infermieri che a Pesaro è stato sloggiato da una palazzina dedicata alla formazione per finire in un condominio difficilmente raggiungibile coi mezzi pubblici. E' evidente che una piena funzionalità delle COT delle Marche ha bisogno di una operazione di sistema che tocchi tutte queste criticità che hanno al centro il riequilibrio tra ospedale e territorio e la valorizzazione della professione infermieristica. Ma la politica sanitaria della Regione Marche va esattamente nella direzione opposta.

Per fortuna non tutte le Regioni sono governate allo stesso modo, ma quel 100% di COT pienamente funzionanti nelle Marche dovrebbe far riflettere perché segnala un problema di sistema che riguarda tutto il Ssn e "la messa a terra" (espressione che non mi piace, ma qui viene bene) delle strutture e dei servizi che il PNRR finanzia: certificarne la operatività, ma non verificarne l'impatto va bene per i rendiconti, ma molto meno bene per i cittadini. Fino a che il Ministero chiuderà gli occhi sullo squilibrio ospedale/territorio senza osare toccare la centralità dominante dell'ospedale (e ne avrebbe gli strumenti) per molte Regioni l'espressione "le scatole vuote del PNRR" ricorrerà sempre più spesso.

Concludo parafrasando un [noto aforisma](#): "in engineers we trust, but others must bring health data", ovvero vanno bene gli ingegneri, ma qualcun altro ci porti i dati sanitari. E questo vale anche per il monitoraggio del PNRR.

[https://www.quotidianosanita.it/lettere-al-direttore/articolo.php?articolo\\_id=127215](https://www.quotidianosanita.it/lettere-al-direttore/articolo.php?articolo_id=127215)

## Medici di famiglia: la storia di una crisi annunciata.

**In 20 anni il loro numero è crollato. I pochi rimasti sono più anziani, con più pazienti da seguire e il sistema sta andando in tilt. E si torna a parlare di dipendenza**

**Luciano Fassari**

*I rumors, sempre più crescenti, raccontano di un imminente provvedimento del Ministro della Salute, Orazio Schillaci in tandem con le Regioni che si annuncia come una rivoluzione per la categoria e per i cittadini. Ma cerchiamo di capire perché a distanza di anni si è tornati a parlare di dipendenza e perché tra politica, sindacati e cittadini il nostro pilastro delle cure primarie sta esplodendo.*

### 20 GEN -

Nelle ultime settimane si è tornati a parlare a gran voce della dipendenza per i medici di famiglia. I rumors, sempre più crescenti, raccontano di un imminente provvedimento del Ministro della Salute, **Orazio Schillaci** che si annuncia come una rivoluzione per la categoria e per i cittadini.

Il Piano, a quanto si apprende, messo su insieme ad un pool ristretto di regioni prevederebbe oltre all'istituzione di una vera e propria scuola di specializzazione (oggi ci sono corsi di formazione gestiti dalle Regioni) il fatto che i nuovi medici diventino subito dipendenti del Ssn, mentre agli altri dovrebbe essere consentito di restare in rapporto di convenzione a patto di garantire un minimo di 14-16 ore nelle strutture territoriali, in primis le Case della Comunità su cui tante risorse del Pnrr sono state investite ma che ancora stentano a decollare proprio a causa della carenza di professionisti.

Un piano, insomma, che ricalcherebbe da vicino quello già presentato dall'ex Ministro Speranza ma che poi a causa della caduta del Governo Draghi rimase nei cassetti di Lungotevere Ripa. In ogni caso nelle prossime settimane se ne dovrebbe sapere di più.

Ma il fatto che si parli di dipendenza per i medici di famiglia (vedremo poi anche se per i pediatri e gli specialisti ambulatoriali) non è una novità soprattutto negli ultimi 20 anni dove i numeri parlano di una crisi ineluttabile. Tra il 2002 e il 2022 secondo i dati del Ministero il numero dei medici di famiglia è sceso dai 46.907 del 2002 ai 39.366 del 2022, ovvero -16%. Insomma, non c'è stato un ricambio generazionale. Basti pensare che 20 anni fa appena il 12,5% dei Mmg aveva oltre 27 anni di anzianità, una percentuale che oggi è del 72%.

Prima conseguenza è stato l'aumento del numero medio di pazienti per medico che è passato dai 1.100 di vent'anni fa agli attuali 1.301. Inoltre, oggi quasi il 50% dei Mmg supera il massimale di 1.500 pazienti (con punte del 70% in Lombardia), nel 2002 era appena il 15%. Numeri che fanno capire bene come sia facile ingolfare il lavoro dei professionisti che devono seguire sempre più pazienti i quali, dato anche il progressivo invecchiamento della popolazione, sono sempre più spesso alle prese con acciacchi e malanni.

Ma perché la professione è andata in crisi?

Le motivazioni sono plurime, non basta certamente un articolo di giornale ma cerchiamo di capirne di più. I cambiamenti sociali nei pazienti con l'arrivo del web (vedi il fenomeno Dr. Google che fa parte ormai del nostro quotidiano), lo sviluppo delle comunicazioni (dalle mail a whatsapp per esempio), l'aumento del carico burocratico, gli scarsi investimenti (solo negli ultimi 10 anni si è perso un punto di spesa per l'assistenza medico generica). C'è poi il problema dell'attrattività, i giovani medici vedono la medicina generale come un ripiego anche perché la borsa per il corso di formazione è assai ridotta rispetto ai pari età che frequentano una specializzazione universitaria.

Non dimentichiamo anche il fatto dell'impossibilità di fare carriera, l'assenza di tutele su malattia, le spese per lo studio, la tredicesima che non c'è e più in generale la crisi di tutta la professione medica che, come altre professioni (anche i giornalisti per esempio), ha perso la sua autorevolezza agli occhi dei cittadini (basti osservare i numerosi e quotidiani episodi di aggressione).

In questo scenario è poi arrivata la pandemia da Covid durante la quale tutte le défaillance della sanità territoriale (non solo dei medici di famiglia) hanno fatto esplodere la questione. Non ha giovato all'immagine della categoria, per esempio, il fatto che gli studi fossero chiusi mentre gli ospedali erano aperti o tutta la diatriba sui compensi per effettuare i tamponi. Ma forse è passato sotto traccia che anche tra i medici di

famiglia il numero di coloro che hanno perso la vita per curare i loro pazienti durante la pandemia è stato elevato.

Ma sarebbe facile scaricare esclusivamente sui medici di famiglia tutti i mali della nostra sanità. Sono parecchi quelli che al di là degli orari di apertura degli studi (che vanno da un minimo di 5 ore a settimana fino a 500 assistiti fino a 18 ore per i massimalisti) lavorano incessantemente tutto il giorno tra burocrazia, interazione via smartphone con i pazienti e visite a domicilio o nelle Rsa. Insomma, è troppo semplice scaricare su di loro tutte le responsabilità. Il punto però che gioca a sfavore della categoria è che in un'epoca in cui tutto dev'essere tracciato e misurabile gran parte di quest'attività non è conteggiata. E quindi basta che il medico non risponda ad una chiamata, ad una mail o ad un whatsapp (che possono arrivare ad ogni ora) ed ecco che il Mmg diventa uno scansafatiche che lavora poche ore a settimana e fa solo ricette. In alcuni casi sarà pur vero ma generalizzare vuol dire guardare con superficialità al problema.

Bene, come si diceva prima l'idea che però qualcosa non andasse e che bisognava cambiare il rapporto dei medici di medicina generale con il Ssn non è nuova. Senza andare troppo indietro nel tempo una decina di anni fa ci provo l'ex Ministro della Salute Renato Balduzzi che introdusse delle norme per integrare il lavoro dei Mmg attraverso le Aft (luoghi non fisici dove i Mmg devono organizzare il lavoro sul proprio territorio) e spingerli ancora di più a lavorare nelle Unità complesse di cure primarie (Uccp), poi evolutesi (per farla semplice) dapprima in Case della Salute o oggi in Case della Comunità.

Si è poi puntato anche negli anni sull'apertura degli ambulatori nei weekend, ad introdurre criteri di appropriatezza nelle prescrizioni e da ultimo con l'evoluzione del cosiddetto ruolo unico, potenziato anche nell'ultima convenzione firmata l'anno scorso dove si prevede che una parte dell'orario sia dedicato alle attività nei presidi territoriali presenti nei distretti.

Il problema di quest'ultima convenzione però è che al salire del numero degli assistiti scendono le ore da dedicare alle attività nei presidi. E come abbiamo visto essendo massimalisti ormai la metà dei Mmg sono effettivamente pochi quelli che possono far marciare le Case della Comunità e gli altri servizi territoriali.

Anche la categoria però ha le sue colpe. Dapprima la difficoltà a cambiare le proprie abitudini che ne ha fornito un'immagine immobile e restia al cambiamento. Per troppo tempo è stato difficile far integrare i professionisti tra di loro in modo da fare rete, ingrandire e ammodernare gli studi, ampliare gli orari di apertura e trovare dei sistemi di misurazione dell'attività lavorativa trasparenti.

E poi ci sono stati i famigerati 235 mln stanziati nel 2020 per la diagnostica di primo livello di cui però si sono perse le tracce e che in ogni caso secondo l'ultimo decreto attuativo prioritariamente saranno assegnati alle Case della Comunità. Col Pnrr sono state anche aumentate le borse e poi con alcuni provvedimenti si è aperta la possibilità di far lavorare i corsisti. Non da ultimo i sindacati hanno stretto alleanza con le Coop e l'Enpam è sceso in campo per ammodernare gli studi. Rispetto a 20 anni fa di progressi ce ne sono stati, ma evidentemente tutto ciò non è sufficiente e il sistema ormai sta andando in tilt.

Ed ecco quindi che si è arrivati ad oggi nuovamente a parlare di dipendenza vista come la soluzione finale. Le incognite anche qui sono però parecchie e se si vorrà intraprendere questa strada bisognerà farlo con cura. Bisognerà risolvere la questione del rapporto fiduciario che sarebbe un errore abbandonare e anche come garantire l'assistenza nelle aree cosiddette disagiate.

E poi in prospettiva bisognerà realizzare molte più Case della Comunità di quelle previste dal Pnrr (a proposito per ora ne funzionano appena il 30% di quelle previste). Ci sarà poi da fare un'analisi dei costi, capire che ruolo avrà l'Enpam e come gestire tutta la fase di transizione.

E soprattutto si dovranno spiegare le novità al cittadino che, anche se è ormai diventato pericolosamente un piccolo medico di sé stesso, è totalmente disinformato sul funzionamento dei servizi.

Infine, bisognerà vedere l'impatto politico di una riforma del genere. I medici di famiglia storicamente per la loro presenza capillare sul territorio e per la possibilità di rivolgersi direttamente ai cittadini hanno sempre avuto un forte impatto sulle comunità (e quindi sui voti).

Vedremo come andrà a finire...

[https://www.quotidianosanita.it/lavoro-e-professioni/articolo.php?articolo\\_id=126871](https://www.quotidianosanita.it/lavoro-e-professioni/articolo.php?articolo_id=126871)

## Toscana. Via libera della Giunta al Piano sanitario e sociale integrato

*“Uno strumento di programmazione che si pone l’obiettivo di anticipare le risposte ai nuovi bisogni di salute attraverso il coinvolgimento dei professionisti, delle istituzioni, delle comunità e i singoli cittadini” ha sottolineato l’assessore Bezzini. Il Piano passa ora al vaglio del Consiglio Regionale*

**03 FEB -**

È arrivata al termine la stesura del nuovo Piano sanitario e sociale integrato regionale, uno strumento di programmazione che delinea le strategie per rispondere alle sfide, sempre più complesse, che i sistemi di welfare si trovano ad affrontare. Fissa inoltre gli obiettivi delle politiche sanitarie, sociosanitarie e sociali da qui al prossimo futuro.

Il documento è stato approvato nell’ultima seduta di giunta. L’iter ora proseguirà in Consiglio, passando prima di tutto per la discussione in terza commissione (salute e politiche sociali) prevista per mercoledì 5 febbraio.

### **Sono sette gli obiettivi generali del piano:**

1. Promuovere la salute in tutte le politiche. Favorendo il benessere e i corretti stili di vita con azioni specifiche in diversi setting, tra cui la scuola, la comunità, il lavoro, il servizio sanitario. Occorre sviluppare la consapevolezza e la responsabilità degli individui nei confronti della propria salute con un approccio integrato, continuativo, sostenibile, multifattoriale e multidisciplinare
2. Sviluppare l’assistenza territoriale. Realizzare un sistema integrato sanitario, sociosanitario e sociale più resiliente. Le riforme avviate passano anche dal completamento delle Case di comunità, Ospedali di comunità che andranno ad aggiungersi alle Centrali operative territoriali già entrate in funzione.
3. Rafforzare l’integrazione sociale, socio sanitaria e le politiche di inclusione. Per rispondere in maniera adeguata alle nuove forme di fragilità sociali e ridurre il più possibile le disuguaglianze, garantendo a tutti accesso agli interventi e alle prestazioni.
4. Promuovere e realizzare la circolarità delle reti. Attraverso una riorganizzazione dei processi di cura centrati su una maggiore integrazione tra rete ospedaliera e servizi territoriali.
5. Garantire appropriatezza delle cure e governo della domanda. Per ridurre le pressioni sul sistema sanitario pubblico e creando un equilibrio tra quantità e qualità dei servizi e sostenibilità del sistema.
6. Favorire la trasformazione digitale del sistema sanitario. Rafforzando ulteriormente l’ecosistema digitale della Regione Toscana e semplificando ulteriormente l’accesso ai servizi per le persone.
7. Appoggiare la transizione ecologica e le politiche territoriali. Concorrendo anche alle strategie per le aree interne.

“Il piano – sottolinea il presidente **Eugenio Giani** – si regge su pilastri che mirano a ripensare i modelli organizzativi del sistema sanitario, sociosanitario e sociale per realizzare una crescita che tenga conto della lotta alle disuguaglianze, la garanzia di un futuro sostenibile dal punto di vista sociale, economico e ambientale”.

“Uno strumento di programmazione – evidenzia l’assessore al diritto alla salute **Simone Bezzini** – che si pone l’obiettivo di anticipare le risposte ai nuovi bisogni di salute attraverso il coinvolgimento dei professionisti, delle istituzioni, delle comunità e i singoli cittadini nell’uso consapevole dei servizi e delle prestazioni del Sistema sanitario regionale. Dietro al piano c’è un grande lavoro di studio e ricerca, ma anche l’esperienza diretta degli stakeholders. Energie che nella realtà danno concretezza all’integrazione tra sanità e sociale e per questo non possiamo che ringraziarli”

“Il piano è frutto di un lavoro di squadra, tra assessorati e settori regionali, così come del confronto con gli operatori e le comunità che vivono i territori – dichiara l’assessora alle politiche sociali **Serena Spinelli**. Un impegno nel solco della riforma dell’assistenza territoriale e che vuole raccogliere la sfida di una sempre maggiore capacità di integrazione sociosanitaria, di trasversalità dei percorsi, di centralità della persona. Di fronte a una popolazione che invecchia e purtroppo anche a una povertà crescente, serve un servizio sociosanitario pubblico in grado di rispondere a bisogni sempre più complessi, in cui cura e protezione sociale devono andare di pari passo”.

La redazione del Piano ha richiesto un lavoro intenso da parte della Direzione sanità, welfare e coesione sociale della Toscana, coinvolgendo tutti i settori dei due assessorati in un gruppo di lavoro composto anche da ANCI, ARS, OTGC, MeS e il Settore programmazione della Direzione Bilancio.

Punto di partenza i risultati della programmazione precedente insieme ad un'analisi del quadro socioeconomico ed epidemiologico della Toscana. Con alcune novità però rispetto ai piani precedenti, determinate dagli effetti della pandemia che ha avuto un impatto imprevedibile sui sistemi di welfare e anche, ad esempio, dagli effetti dei cambiamenti climatici sulla salute che hanno portato ad un progressivo manifestarsi di malattie poco note, le cosiddette arbovirosi. Elementi che rendono necessario un approccio sempre più integrato dei servizi sanitari e sociosanitari in un'ottica One Health.

Il lavoro non è stato solo tecnico. Il Piano è stato frutto di un vero e proprio percorso partecipativo e di concertazione lanciato dagli assessori Spinelli e Bezzini. Prima di arrivare alla sua versione definitiva, il Piano è stato presentato nelle tre aree vaste della Toscana, a Firenze, Pisa e Siena, coinvolgendo i principali stakeholders dei territori e raccogliendo contributi e sollecitazioni. È stata attivata anche uno spazio digitale che ha consentito di raccogliere l'apporto della cittadinanza.

[https://www.quotidianosanita.it/toscana/articolo.php?articolo\\_id=127407](https://www.quotidianosanita.it/toscana/articolo.php?articolo_id=127407)

**quotidianosanità.it**

## **Case e ospedali di comunità, in Veneto quelle pronte e collaudate sono 9 su 130. Lo studio Spi Cgil**

*Per le case di comunità, i dati raccolti ed elaborati dal sindacato parlano di 95 strutture da realizzare ma solo 4 pronte e collaudate, 38 i cantieri ancora da avviare. In merito agli ospedali di comunità, avviati 23 cantieri su 35 ma le strutture pronte sono solo 5. Biancardi: "Anche se dalla Regione giungono rassicurazioni dal nostro studio emergono ritardi e appare alquanto difficile chiudere e collaudare i lavori mancanti entro il 2026".*

**Endrius Salvalaggio**

**20 GEN** - [Circa un anno fa](#) nel Piano Operativo Regionale, le case di comunità previste erano 95, su un target 91-95, la stessa cosa per quanto riguardano gli Ospedali di comunità confermati su un numero massimo di 35 unità su un target 30-35.

Per quanto riguardavano i contratti con le imprese, per le Centrali operative territoriali nel 2023 erano stati sottoscritti tutti i contratti per la loro realizzazione, mentre, per le Case di Comunità erano stati sottoscritti contratti per il 95 per cento su quelle previste.

A distanza di un anno sorgono le preoccupazioni del sindacato dei pensionati, il quale, punta il dito su un dato, per il sindacato, oggettivo. Secondo una indagine dello Spi Cgil del Veneto, che ha analizzato i dati fino a giugno del 2024, esistono nel territorio veneto evidenti ritardi rispetto al cronoprogramma fissato dal PNRR.

**Lo studio del sindacato dei pensionati evidenzia** che fino ad ora sono stati conclusi 9 lavori su 130 strutture programmate. Cinquantasette cantieri hanno iniziato i lavori e 38 sono ancora da avviare come spiegato nella tabella allegata.

Le case di comunità, per le quali il PNRR mette a disposizione più di 135 milioni e 400 mila euro, prevede la presenza di dieci servizi: medico di base, specialistica ambulatoriale, servizi diagnostici, infermieri di comunità, assistenza domiciliare integrata, punto prelievi, assistente sociale, servizi di prenotazione, punto unico di accesso e partecipazione della comunità.

La Regione Veneto ha previsto solo i primi tre livelli di assistenza minimi.

Case della Comunità - Veneto  
Situazione aggiornata a giugno 2024

| Ulss               | Popolazione (all'1.1.24) | Case Comunità | Popolazione / Case Comunità | Cantieri avviati | Di cui lavori conclusi | Di cui collaudo effettuato | Cantieri da avviare |
|--------------------|--------------------------|---------------|-----------------------------|------------------|------------------------|----------------------------|---------------------|
| 1 Dolomiti         | 197.767                  | 4             | 49.442                      | 4                | 0                      | 0                          | 0                   |
| 2 Marca Trevigiana | 878.545                  | 17            | 51.679                      | 11               | 1                      | 1                          | 6                   |
| 3 Serenissima      | 834.940                  | 11            | 52.184                      | 6                | 1                      | 1                          | 5                   |
| 4 Veneto Orientale |                          | 5             |                             | 5                | 0                      | 0                          | 0                   |
| 5 Polesana         | 227.452                  | 5             | 45.490                      | 3                | 0                      | 0                          | 2                   |
| 6 Euganea          | 931.469                  | 20            | 46.573                      | 17               | 0                      | 0                          | 3                   |
| 7 Pedemontana      | 854.568                  | 8             | 50.269                      | 5                | 2                      | 2                          | 3                   |
| 8 Berica           |                          | 9             |                             | 4                | 0                      | 0                          | 5                   |
| 9 Scaligera        | 927.231                  | 16            | 57.952                      | 2                | 0                      | 0                          | 14                  |
| <b>VENETO</b>      | <b>4.851.972</b>         | <b>95</b>     | <b>51.073</b>               | <b>57</b>        | <b>4</b>               | <b>4</b>                   | <b>38</b>           |

Standard secondo D.M. 77: una Casa della Comunità hub ogni 40.000 - 50.000 abitanti

**Per quanto concerne gli ospedali di comunità**, sono stati avviati 23 cantieri su 35 ma solamente 5 strutture sono pronte e collaudate mentre per altre 12 si deve ancora iniziare come riportano i dati delle singole Ulss. Sono circa 74milioni gli euro che il PNRR destina ai 30 ospedali di comunità previsti in Veneto, si prevede la realizzazione di strutture con 15/20 posti letto ogni 50/100 mila abitanti. Si tratta di strutture sanitarie di ricovero breve per un massimo 30 giorni, fondamentali per garantire quella funzione intermedia fra ricovero ospedaliero e domiciliare, un aspetto delicatissimo visto che spesso il passaggio ospedale - casa avviene in modo traumatico, senza la necessaria stabilizzazione clinica che si deve garantire a certe tipologie di pazienti.

Ospedali di Comunità - Veneto  
Situazione aggiornata a giugno 2024

| Ulss                       | Popolazione (all'1.1.24) | OdC       | Posti letto  | Posti letto ogni 100.000 abitanti | Cantieri avviati | Di cui lavori conclusi | Di cui collaudo effettuato | Cantieri da avviare |
|----------------------------|--------------------------|-----------|--------------|-----------------------------------|------------------|------------------------|----------------------------|---------------------|
| 1 Dolomiti                 | 197.767                  | 3         | 85           | 43                                | 3                | 1                      | 1                          | 0                   |
| 2 Marca Trevigiana         | 878.545                  | 6         | 229          | 26                                | 4                | 1                      | 1                          | 2                   |
| 3 Serenissima              | 834.940                  | 3         | 186          | 32                                | 3                | 0                      | 0                          | 0                   |
| 4 Veneto Orientale         |                          | 1         | 80           |                                   | 1                | 0                      | 0                          | 0                   |
| 5 Polesana                 | 227.452                  | 3         | 105          | 46                                | 2                | 2                      | 2                          | 1                   |
| 6 Euganea                  | 931.469                  | 2         | 183          | 25                                | 2                | 0                      | 0                          | 0                   |
| Azienda Ospedaliera Padova |                          | 2         | 50           |                                   | 2                | 1                      | 1                          | 0                   |
| 7 Pedemontana              | 854.568                  | 3         | 99           | 26                                | 2                | 0                      | 0                          | 1                   |
| 8 Berica                   |                          | 4         | 124          |                                   | 3                | 0                      | 0                          | 1                   |
| 9 Scaligera                | 927.231                  | 7         | 290          | 35                                | 0                | 0                      | 0                          | 7                   |
| Azienda Ospedaliera Verona |                          | 1         | 30           |                                   | 1                | 0                      | 0                          | 0                   |
| <b>Totale complessivo</b>  | <b>4.851.972</b>         | <b>35</b> | <b>1.461</b> | <b>30</b>                         | <b>23</b>        | <b>5</b>               | <b>5</b>                   | <b>12</b>           |

Standard secondo D.M. 77: 15-20 posti letto ogni 100.000 abitanti

**“La nostra analisi** - commenta Nicoletta Biancardi, segretaria generale dello Spi Cgil del Veneto – rileva in primo luogo i ritardi nella realizzazione delle opere previste dal PNRR, in particolare delle case e degli ospedali di comunità.

Dalla Regione giungono rassicurazioni in merito ma dallo studio emergono in modo chiaro i ritardi dei cantieri. Magari Palazzo Balbi riuscirà a fornire una decisa accelerazione nel corso del 2025, ma appare alquanto improbabile chiudere e collaudare i lavori entro il 2026”.

Detto questo, esistono altre criticità che devono essere affrontate e superate. Purtroppo, prosegue Biancardi, “il PNRR finanzia gli edifici ma non il personale.

È vero che le leggi di bilancio del 2022 e 2023 hanno opportunamente stanziato, a regime, quasi 72 milioni di euro per l'assunzione di infermieri ed altro personale da utilizzare nei servizi territoriali ma, a nostro parere, le risorse sono ancora del tutto insufficienti”.

[https://www.quotidianosanita.it/veneto/articolo.php?articolo\\_id=127055](https://www.quotidianosanita.it/veneto/articolo.php?articolo_id=127055)

## Sanità, sociale e long term care



### Solitudine e isolamento sociale tra gli anziani degli USA

Preeti N. Malani, Erica Solway, Matthias Kirch, Dianne C. Singer, J. Scott Roberts, Jeffrey T. Kullgren.

La solitudine e l'isolamento sociale sono stati sempre più riconosciuti come rischi per la salute, in particolare durante la pandemia di COVID-19.1-6

Mentre la solitudine è la sensazione soggettiva di essere soli, l'isolamento sociale si verifica quando una persona oggettivamente non ha legami con la famiglia, gli amici o una comunità.2-4

Abbiamo caratterizzato la solitudine e l'isolamento sociale utilizzando campioni basati sulla popolazione di anziani statunitensi residenti nella comunità.

#### Metodi

Il sondaggio nazionale dell'Università del Michigan sull'invecchiamento sano è un sondaggio ricorrente e rappresentativo a livello nazionale di adulti statunitensi di età compresa tra 50 e 80 anni su problemi di salute. I dati trasversali sono stati raccolti da 6 campioni separati in 6 punti temporali: ottobre 2018, giugno 2020, gennaio 2021, gennaio 2022, gennaio 2023 e marzo 2024.

Dal 2018 al 2021, i sondaggi sono stati condotti online utilizzando Ipsos KnowledgePanel; dal 2022 al 2024, i sondaggi sono stati condotti online e per telefono utilizzando il panel NORC AmeriSpeak.

Sebbene i tassi di risposta alla creazione del panel fossero bassi, i tassi di completamento per ogni fielding variavano tra il 61% e il 78%, corrispondenti a un campione di dimensioni comprese tra 2051 e 2576 intervistati.

Agli intervistati è stato chiesto con quale frequenza nell'ultimo anno avessero avvertito una mancanza di compagnia e si fossero sentiti isolati dagli altri, con opzioni di risposta di "quasi mai", "a volte" o "spesso" (eAppendice nel Supplemento 1).

Sono state registrate caratteristiche sociodemografiche auto-risportate, salute fisica e salute mentale (Tabella 1 e Tabella 2).

Le statistiche descrittive sono state riportate come stime a livello di popolazione utilizzando pesi del sondaggio per riflettere la popolazione statunitense di età compresa tra 50 e 80 anni. I risultati sono stati descritti con probabilità marginali con IC del 95%.

Non è stato completato alcun test formale tra i diversi anni del sondaggio. Le analisi statistiche sono state eseguite con Stata versione 18.0.

L'Institutional Review Board dell'Università del Michigan ha esaminato questo studio e lo ha ritenuto esente dalla revisione dei soggetti umani e ha rinunciato al requisito del consenso informato.

## Risultati

Nel 2018, la percentuale di adulti di età compresa tra 50 e 80 anni che ha riferito di aver avvertito una mancanza di compagnia "qualche volta" o "spesso" era del 33,9% (95% CI, 31,7%-36,2%), in aumento al 41,4% (96% CI, 39,1%-43,7%) durante la prima pandemia nel 2020. Nel 2021, questa percentuale era del 37,1% (95% CI, 34,8%-39,4%); nel 2022, del 41,6% (95% CI, 38,8%-44,5%); nel 2023, 31,7%-35,1%) (Tabella 1).

La solitudine è stata segnalata più comunemente tra coloro che non lavorano, coloro che vivono da soli e coloro che hanno redditi familiari più bassi.

I tassi di solitudine erano più alti tra coloro che dichiaravano di avere una salute fisica e mentale discreta e scarsa rispetto a coloro che avevano una salute fisica e mentale eccellente, molto buona o buona (Tabella 1).

Le segnalazioni di isolamento sociale hanno seguito un modello simile (Tabella 2).

Nel 2018, il 26,6% (95% CI 24,5%-28,8%) di coloro che hanno un'età compresa tra 50 e 80 anni ha riferito di sentirsi isolato dagli altri "qualche volta" o "spesso" nell'ultimo anno.

Table 1. US Adults Aged 50 to 80 Years Who Reported Feeling a Lack of Companionship Some of the Time or Often in the Past Year, 2018-2024

|                                  | Respondents, % (95% CI), by year |                     |                    |                    |                    |                    |
|----------------------------------|----------------------------------|---------------------|--------------------|--------------------|--------------------|--------------------|
|                                  | 2018<br>(n = 2051)               | 2020<br>(n = 2074)* | 2021<br>(n = 2023) | 2022<br>(n = 2277) | 2023<br>(n = 2563) | 2024<br>(n = 2576) |
| Total                            | 33.9 (31.7-36.2)                 | 41.4 (39.1-43.7)    | 37.1 (34.8-39.4)   | 41.6 (38.8-44.5)   | 37.2 (34.9-39.6)   | 33.4 (31.7-35.1)   |
| Sex                              |                                  |                     |                    |                    |                    |                    |
| Female                           | 36.2 (33.1-39.5)                 | 46.8 (43.6-50.0)    | 42.5 (39.3-45.7)   | 45.3 (41.4-49.2)   | 39.9 (37.0-42.8)   | 36.2 (33.8-38.7)   |
| Male                             | 31.4 (28.3-34.6)                 | 35.3 (32.1-38.7)    | 31.1 (27.9-34.4)   | 37.5 (33.4-41.6)   | 34.3 (31.0-37.8)   | 30.5 (27.6-33.6)   |
| Age, y                           |                                  |                     |                    |                    |                    |                    |
| 50-64                            | 35.6 (32.6-38.7)                 | 41.8 (38.6-45.0)    | 37.7 (34.6-41.0)   | 44.4 (40.4-48.4)   | 40.1 (36.5-43.7)   | 38.5 (36.5-40.6)   |
| 65-80                            | 31.3 (28.2-34.6)                 | 40.7 (37.5-44.0)    | 36.2 (33.0-39.5)   | 38.1 (34.2-42.2)   | 33.7 (31.1-36.4)   | 27.6 (25.4-30.0)   |
| Employment status                |                                  |                     |                    |                    |                    |                    |
| Employed                         | 33.0 (29.9-36.2)                 | 38.9 (35.3-42.5)    | 33.8 (30.4-37.4)   | 40.7 (36.7-44.9)   | 36.0 (32.8-39.3)   | 32.1 (29.8-34.5)   |
| Retired                          | 34.2 (30.7-37.8)                 | 39.5 (36.2-42.8)    | 35.4 (32.1-38.8)   | 35.2 (31.2-39.5)   | 30.6 (27.6-33.8)   | 28.2 (25.1-31.4)   |
| Not working/receiving disability | 37.5 (30.3-45.2)                 | 52.1 (45.6-58.4)    | 49.5 (43.0-55.9)   | 56.4 (48.5-63.9)   | 55.0 (46.7-63.1)   | 51.9 (46.1-57.6)   |
| Education                        |                                  |                     |                    |                    |                    |                    |
| Some college or less             | 35.9 (33.2-38.8)                 | 40.4 (37.5-43.4)    | 38.2 (35.4-41.1)   | 42.8 (39.1-46.6)   | 38.6 (35.5-41.9)   | 34.3 (31.9-36.7)   |
| Bachelor's degree or higher      | 29.7 (26.2-33.5)                 | 43.2 (39.5-47.1)    | 34.6 (30.9-38.5)   | 39.3 (35.2-43.5)   | 34.5 (31.8-37.3)   | 31.6 (29.0-34.3)   |
| Annual household income, US\$    |                                  |                     |                    |                    |                    |                    |
| <60 000                          | 43.7 (40.0-47.5)                 | 46.1 (42.2-50.0)    | 47.3 (43.2-51.4)   | 48.0 (43.7-52.4)   | 43.3 (40.1-46.5)   | 38.1 (35.6-40.7)   |
| ≥60 000                          | 26.3 (23.8-29.1)                 | 38.1 (35.3-40.9)    | 30.6 (28.0-33.3)   | 35.2 (31.7-38.8)   | 31.4 (28.8-34.1)   | 28.9 (26.8-31.1)   |
| Lives alone                      |                                  |                     |                    |                    |                    |                    |
| Yes                              | 58.6 (52.9-64.0)                 | 50.3 (45.3-55.3)    | 49.1 (43.9-54.3)   | 49.1 (43.5-54.7)   | 46.5 (42.2-50.8)   | 26.5 (24.6-28.5)   |
| No                               | 28.5 (26.2-31.0)                 | 38.7 (36.1-41.3)    | 33.9 (31.4-36.5)   | 38.6 (35.4-42.0)   | 33.4 (31.0-35.8)   | 52.1 (47.8-56.3)   |
| Self-reported physical health    |                                  |                     |                    |                    |                    |                    |
| Excellent/very good/good         | 30.4 (28.1-32.9)                 | 39.1 (36.6-41.6)    | 33.4 (31.0-35.9)   | 36.8 (33.9-39.8)   | 33.1 (31.2-35.1)   | 28.8 (27.2-30.4)   |
| Fair/poor                        | 49.9 (44.0-55.8)                 | 51.7 (45.8-57.6)    | 56.9 (50.6-63.0)   | 59.6 (52.4-66.4)   | 54.9 (46.2-63.2)   | 52.9 (48.4-57.3)   |
| Self-reported mental health      |                                  |                     |                    |                    |                    |                    |
| Excellent/very good/good         | 31.5 (29.2-33.8)                 | 39.1 (36.8-41.5)    | 34.2 (31.8-36.6)   | 36.7 (33.8-39.7)   | 33.2 (30.7-35.7)   | 28.9 (27.1-30.7)   |
| Fair/poor                        | 74.3 (64.2-82.4)                 | 67.7 (58.7-75.6)    | 69.9 (61.2-77.3)   | 80.5 (72.2-86.8)   | 72.9 (63.9-80.4)   | 75.1 (69.2-80.2)   |

\* In 2020, the question read: "Since March 2020, how often have you felt a lack of companionship?" See the eAppendix in Supplement 1 for full survey items.

Table 2. US Adults Aged 50 to 80 Years Who Reported Feeling Isolated From Others Some of the Time or Often in the Past Year, 2018-2024

|                                  | Respondents, % (95% CI), by year |                  |                  |                  |                  |                  |
|----------------------------------|----------------------------------|------------------|------------------|------------------|------------------|------------------|
|                                  | 2018 (n = 2051)                  | 2020 (n = 2074)* | 2021 (n = 2033)  | 2022 (n = 2277)  | 2023 (n = 2563)  | 2024 (n = 2576)  |
| Total                            | 26.6 (24.5-28.8)                 | 55.7 (53.4-58.1) | 45.9 (43.6-48.3) | 44.4 (41.5-47.3) | 33.7 (30.9-36.6) | 29.2 (27.5-30.9) |
| Sex                              |                                  |                  |                  |                  |                  |                  |
| Female                           | 29.1 (26.1-32.3)                 | 60.9 (57.7-64.0) | 52.5 (49.2-55.7) | 47.7 (43.8-51.7) | 36.5 (33.6-39.6) | 30.7 (28.5-33.0) |
| Male                             | 23.9 (21.1-26.9)                 | 50.0 (46.6-53.5) | 38.6 (35.3-42.0) | 40.6 (36.5-44.9) | 30.7 (26.4-35.3) | 27.5 (24.7-30.4) |
| Age, y                           |                                  |                  |                  |                  |                  |                  |
| 50-64                            | 29.6 (26.8-32.7)                 | 56.6 (53.3-59.8) | 47.9 (44.7-51.2) | 46.4 (42.4-50.5) | 37.3 (33.0-41.8) | 34.5 (32.0-37.0) |
| 65-80                            | 21.7 (19.0-24.8)                 | 54.4 (51.2-57.7) | 43.0 (39.7-46.3) | 41.8 (37.8-45.9) | 29.3 (26.8-32.0) | 23.1 (20.9-25.5) |
| Employment status                |                                  |                  |                  |                  |                  |                  |
| Employed                         | 25.0 (22.2-28.0)                 | 55.5 (51.8-59.2) | 42.2 (38.6-45.9) | 41.2 (37.2-45.4) | 29.8 (26.6-33.2) | 26.9 (23.6-30.4) |
| Retired                          | 26.0 (22.8-29.4)                 | 55.2 (51.8-58.5) | 44.7 (41.3-48.1) | 41.4 (37.2-45.9) | 28.8 (24.5-33.5) | 24.1 (20.5-28.2) |
| Not working/receiving disability | 35.8 (28.7-43.6)                 | 57.6 (51.1-63.8) | 58.1 (51.5-64.3) | 56.9 (48.9-64.5) | 55.0 (47.9-61.9) | 50.1 (43.1-57.1) |
| Education                        |                                  |                  |                  |                  |                  |                  |
| Some college or less             | 28.0 (25.4-30.8)                 | 54.0 (51.1-57.0) | 44.7 (41.8-47.7) | 44.4 (40.7-48.3) | 33.5 (29.8-37.4) | 28.4 (26.4-30.5) |
| Bachelor's degree or higher      | 23.6 (20.4-27.2)                 | 59.1 (55.3-62.9) | 48.6 (44.6-52.5) | 44.2 (40.1-48.4) | 34.1 (31.5-36.9) | 30.8 (28.1-33.5) |
| Annual household income, US\$    |                                  |                  |                  |                  |                  |                  |
| <60000                           | 33.1 (29.6-36.9)                 | 55.4 (51.4-59.3) | 49.9 (45.9-54.0) | 48.1 (43.8-52.5) | 38.9 (34.5-43.4) | 33.3 (30.4-36.4) |
| ≥60000                           | 21.5 (19.1-24.1)                 | 56.0 (53.1-58.8) | 43.3 (40.5-46.2) | 40.6 (37.0-44.3) | 28.8 (26.2-31.6) | 25.1 (23.3-27.1) |
| Lives alone                      |                                  |                  |                  |                  |                  |                  |
| Yes                              | 40.7 (35.2-46.4)                 | 57.3 (52.3-62.1) | 51.2 (46.0-56.3) | 43.0 (37.6-48.6) | 37.7 (34.0-41.5) | 25.8 (23.8-27.8) |
| No                               | 23.5 (21.3-25.8)                 | 55.3 (52.6-57.9) | 44.5 (41.9-47.2) | 44.8 (41.4-48.2) | 31.9 (28.7-35.3) | 38.4 (35.0-42.0) |
| Self-reported physical health    |                                  |                  |                  |                  |                  |                  |
| Excellent/very good/good         | 23.0 (20.8-25.3)                 | 54.8 (52.2-57.3) | 42.5 (40.0-45.0) | 40.1 (37.2-43.2) | 28.9 (26.0-32.0) | 23.9 (22.4-25.5) |
| Fair/poor                        | 43.3 (37.5-49.4)                 | 60.3 (54.4-65.9) | 64.2 (57.9-70.0) | 60.3 (53.1-67.1) | 54.7 (49.8-59.4) | 52.0 (47.9-56.1) |
| Self-reported mental health      |                                  |                  |                  |                  |                  |                  |
| Excellent/very good/good         | 23.4 (21.4-25.5)                 | 54.5 (52.0-56.9) | 42.9 (40.4-45.3) | 39.3 (36.3-42.3) | 28.7 (25.8-31.8) | 24.1 (22.5-25.7) |
| Fair/poor                        | 79.1 (69.8-86.1)                 | 71.5 (62.7-78.9) | 78.3 (69.7-85.0) | 82.4 (74.4-88.2) | 76.7 (72.1-80.8) | 77.3 (72.4-81.6) |

\* In 2020, the question read, "Since March 2020, how often have you felt isolated from others?" See the eAppendix in Supplement 1 for full survey items.

Questa percentuale è aumentata al 55,7% (95% CI, 53,4%-58,1%) nel 2020. Nel 2021, la percentuale era del 45,9% (95% CI, 43,6%-48,3%); nel 2022, del 44,4% (95% CI, 41,5%-47,3%); nel 2023, del 33,7% (95% CI, 30,9%-36,6%); e nel 2024, del 29,2% (95% CI, 27,5%-30,9%).

Gli stessi gruppi che hanno segnalato alti tassi di solitudine avevano anche maggiori probabilità di sperimentare isolamento sociale (Tabella 2).

## Discussione

Questo studio ha scoperto che gli adulti di età compresa tra 50 e 80 anni hanno comunemente segnalato solitudine e isolamento sociale.

Mentre la pandemia ha interrotto le relazioni sociali, i tassi di solitudine e isolamento erano sostanziali sia prima che dopo la prima pandemia.

Tassi elevati di solitudine e isolamento sociale si sono verificati in diversi gruppi sociodemografici, in particolare quelli con una salute fisica o mentale auto-riferita discreta o scarsa.

Le limitazioni includono possibili bias di richiamo e uso di dati auto-riportati.

Gli intervistati a un sondaggio possono differire dalla popolazione generale. I risultati non sono longitudinali. Le domande sull'isolamento sociale e la solitudine nel sondaggio del 2020 riguardavano questi sentimenti negli ultimi 3 mesi (rispetto ai 12 mesi negli altri anni).

I risultati potrebbero non essere generalizzabili a gruppi esclusi dal campione del sondaggio, come gli adulti nelle case di cura, gli ultraottantenni o coloro che non sono in grado di completare i sondaggi online.

I sondaggi sono stati condotti in diversi periodi dell'anno e i panel sono stati modificati tra il 2021 e il 2022.

Nel complesso, questi risultati evidenziano opportunità per supportare meglio gli anziani che stanno vivendo solitudine e isolamento sociale.

Proprio come si fa di routine con le domande su dieta ed esercizio fisico, i medici dovrebbero prendere in considerazione lo screening degli anziani per la solitudine e l'isolamento sociale e metterli in contatto con risorse appropriate.

## Riferimenti.

1. Donovan NJ, Blazer D. Social isolation and loneliness in older adults: review and commentary of a National Academies report. *Am J Geriatr Psychiatry*. 2020;28(12):1233-1244. doi:10.1016/j.jagp.2020.08.005
2. Gerlach LB, Solway ES, Malani PN. Social isolation and loneliness in older adults. *JAMA*. 2024;331(23):2058. doi:10.1001/jama.2024.3456
3. Hong JH, Nakamura JS, Berkman LF, et al. Are loneliness and social isolation equal threats to health and well-being? an outcome-wide longitudinal approach. *SSM Popul Health*. 2023;23:101459. doi:10.1016/j.ssmph.2023.101459
4. Peng S, Roth AR. Social isolation and loneliness before and during the COVID-19 pandemic: a longitudinal study of US adults older than 50. *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci*. 2022;77(7):e185-e190. doi:10.1093/geronb/gbab068
5. Centers for Disease Control and Prevention. Health effects of social isolation and loneliness. Accessed September 20, 2024. <https://www.cdc.gov/socialconnectedness/risk-factors/index.html>
6. *Our Epidemic of Loneliness and Isolation: The US Surgeon General's Advisory on the Healing Effects of Social Connection and Community*. Office of the Surgeon General; 2023. Accessed September 20, 2024. <https://www.hhs.gov/sites/default/files/surgeon-general-social-connection-advisory.pdf>

## JAMA January 21, 2025 Volume 333, Number 3

quotidianosanità.it

## Povert  sanitaria, al via il progetto dell'ASP Palermo per contrastarla

*Finanziato grazie ai fondi del "Programma nazionale di equit  nella salute" gestito dal Ministero della Salute, il progetto prevede una serie di interventi, tra cui assistenza medica specialistica gratuita, distribuzione di farmaci, fornitura di dispositivi medici e di protesi dentarie. Previsto anche l'acquisto di due unit  mobili: una dedicata all'odontoiatria gratuita e l'altra per una squadra medica plurispecialistica.*

**23 GEN** - Assistenza gratuita medica specialistica, fornitura di farmaci, presidi e protesi odontoiatriche. Sono alcune delle attivit  del progetto di contrasto alla povert  sanitaria realizzato dall'Asp di Palermo attraverso il "Programma nazionale di equit  della salute" (PNES) 2021-2027 che interviene in 7 regioni italiane (tra cui la Sicilia), "per rafforzare i servizi sanitari e renderne pi  equo l'accesso". Il programma   gestito dal Ministero della Salute e, in qualit  di organo intermedio, dall'INMP, l'Istituto nazionale per la promozione della salute delle popolazioni migranti ed il contrasto delle malattie della povert .

Il progetto, che prevede anche l'acquisto di due ambulatori mobili (uno per le cure gratuite di odontoiatria e l'altro per l'equipe plurispecialistica), vedr  coinvolto il mondo delle associazioni e del volontariato per individuare, orientare e supportare le persone che sempre pi  spesso rischiano di non avere accesso alle cure.

**"Il raggiungimento dell'obiettivo** – sottolineava in una nota il Direttore generale dell'Asp di Palermo, **Daniela Faraoni**, in questi giorni nominata assessore alla Salute della Regione -   strettamente legato all'attivazione di un modello integrato di collaborazione tra la nostra azienda, i servizi sociali dei Comuni e gli Enti del Terzo Settore. Le attivit  del progetto, che saranno curate da una equipe multidisciplinare, consentiranno il potenziamento dei servizi di proximit  a favore delle persone vulnerabili dal punto di vista socio-economico". Per coinvolgere le Associazioni   prevista una procedura strutturata in tre fasi: individuazione degli Enti del terzo settore in forma singola o associata, co-programmazione del modello d'intervento e co-progettazione delle attivit .

**"Gli Enti del terzo settore** – informano **Laura Calcara**, Coordinatrice per l'attuazione del piano degli interventi e **Roberto Gambino**, Responsabile del Progetto 3 - avranno tempo fino al 22 gennaio prossimo per

accreditarsi e partecipare ad un percorso in cui verranno definite le reti di associazioni da destinare alla copertura di tutto il territorio provinciale e, successivamente, alla progettazione operativa delle attività di supporto che dovranno essere garantite dagli Enti del Terzo Settore”.

L'Avviso pubblico per la Manifestazione d'Interesse da parte degli Enti del terzo settore è disponibile sul sito web dell'ASP di Palermo in homepage e nella sezione dedicata al [PNES 2021-2027](#).

[https://www.quotidianosanita.it/sicilia/articolo.php?articolo\\_id=127146](https://www.quotidianosanita.it/sicilia/articolo.php?articolo_id=127146)

**welforum.it** Osservatorio nazionale  
sulle politiche sociali

Raccontare la sanità territoriale

## Comunità, partecipazione e confronto in Lunigiana

[Andrea Failli](#) e [Marco Formato](#) | 28 Novembre 2024

Collocata nel nord della Regione Toscana la zona-distretto della Lunigiana è costituita da 14 Comuni che in totale assommano una popolazione di 51.226 abitanti. La zona si estende per 973 km<sup>2</sup>, raggiungendo una densità di 53 abitanti per km<sup>2</sup>.

L'ampia estensione territoriale, unitamente al considerevole livello di dispersione della popolazione, chiamano in causa diverse sfide delle cosiddette aree interne, in cui i servizi sanitari e sociali rivestono un ruolo fondamentale sia per garantire soddisfacenti livelli di assistenza e di presa in cura della popolazione che per mantenere intatta la coesione territoriale.

In Lunigiana questi servizi sono garantiti dalla [Società della Salute](#) (da qui SdS)<sup>1</sup>, ossia un soggetto pubblico senza scopo di lucro costituito dall'adesione volontaria dei Comuni della zona-distretto e dall'Azienda UsI competente. L'SdS opera secondo una logica consortile ed ha il compito di esercitare in forma associata le attività sanitarie territoriali, socio-sanitarie e sociali integrate, al fine di offrire risposte unitarie a bisogni di salute di carattere multidimensionale.

Uno dei principali punti di forza che contraddistinguono il modello organizzativo delle Società della Salute è costituito dalla forte connessione con il territorio in cui quest'ultime sono chiamate ad operare.

L'offerta dei servizi è infatti strettamente legata all'elaborazione di Piani integrati di salute, costruiti a partire dalla valutazione dei bisogni della comunità.

L'emersione dei bisogni comunitari è possibile sia grazie a puntuali attività di programmazione, basate su dati che offrono informazioni sullo stato di salute della popolazione, sia mediante attività di partecipazione e di coinvolgimento della popolazione stessa, attraverso rappresentanze istituzionali e associative quali i [Comitati di partecipazione](#) e le [Consulte del Terzo settore](#).

La complessità dei bisogni, a cui facevamo accenno nelle righe iniziali, si correla ad un altrettanto complessa articolazione dei percorsi di presa in cura del sistema sociosanitario, chiamato ad integrare uffici, competenze e funzioni per offrire delle risposte efficaci.

Assumendo la prospettiva del cittadino, talvolta tale complessità si traduce in una scarsa o parziale conoscenza dei servizi e dei percorsi più idonei di accesso alle cure messi a disposizione dal sistema sociosanitario.

Il risultato prodotto da questa mancanza di conoscenza alimenta una spirale di richieste e di accessi impropri che finiscono per appesantire l'intero sistema. Tale criticità impatta in maniera ancor più rilevante in un periodo storico, come quello attuale, in cui l'assistenza territoriale è soggetta ad importanti attività di riforma introdotte a livello Nazionale dal DM 77/2022 e recepite da Regione Toscana attraverso la DGR 1508/2022.

La riorganizzazione del modello sociosanitario ad opera dei sopracitati interventi di riforma, oltre a prevedere la costruzione di nuove infrastrutture quali le Case di Comunità, le Centrali Operative Territoriali (COT), i Punti

Unici di Accesso (PUA), ecc., tenta, da un lato, di incentivare una semplificazione dei percorsi di accesso alle cure, dall'altro, di favorire delle prestazioni sempre più integrate tra diversi servizi e a contatto con i reali bisogni del territorio.

### **Cantieri della salute e l'Agorà della salute**

Al netto dello scenario descritto, l'evoluzione del modello di assistenza territoriale è strettamente connessa alla capacità di comunicare in maniera efficace il suo funzionamento alla cittadinanza. A tale scopo la Società della Salute della Lunigiana annualmente promuove degli eventi, denominati [Agorà della salute](#), che hanno come finalità quella di favorire il confronto diretto tra servizi sociosanitari, cittadinanza, Terzo settore e amministratori pubblici.

L'edizione del 2024 dell'[Agorà della salute](#) (realizzata nel mese di giugno) è stata costruita ad esito di un più ampio progetto, denominato [Cantieri della salute](#), promosso da Regione Toscana e coordinato da Federsanità ANCI Toscana con il supporto tecnico di Sociolab. Scopo del progetto è quello di consolidare il dialogo tra servizi sociosanitari, cittadini ed enti del Terzo settore – coinvolgendoli nella costruzione di risposte di ampio respiro in materia di salute. In una prima fase le attività di Cantieri della salute hanno coinvolto i referenti dei servizi sociosanitari della SdS Lunigiana nella costruzione della cosiddetta “Bussola dei servizi”, ossia un gioco di ruolo in cui viene realizzata una simulazione di presa in carico pensata per fare informazione sui servizi territoriali. In sintesi durante questa attività, è richiesto ad ognuno dei referenti dei servizi<sup>2</sup> di elaborare una “carta personaggio” che racconta l'ideale percorso di presa in cura di un determinato paziente.

All'interno della carta viene indicato sia il punto di accesso per una primaria presa in carico, sia il percorso ideale per offrire risposta a bisogni di salute che si possono tradurre in un iter di cura multidimensionale e dunque articolato tra diversi servizi sociosanitari.

L'insieme delle carte personaggio, unitamente ad una mappa dell'offerta di alcuni dei servizi della SdS Lunigiana, hanno costituito il materiale di “gioco” della Bussola dei servizi. In occasione dell'Agorà della salute questa attività ha animato la partecipazione della cittadinanza che attraverso le carte personaggio ha potuto vestire i panni di un idealtipico utente. Parallelamente, i servizi collocati in appositi stand hanno avuto la possibilità di raccontare il proprio lavoro e di informare la cittadinanza su percorsi di cura e di prevenzione, offrendo anche la possibilità di prenotare visite o esami.

Per restituire un'eshaustiva rappresentazione del sistema sociale e sanitario lunigianese hanno partecipato all'Agorà anche le organizzazioni del Terzo settore locale, le quali hanno potuto dare evidenza delle attività che svolgono in partenariato con la SdS in una logica di coprogettazione finalizzata a garantire il miglior livello di assistenza possibile alla popolazione.

### **Pitagorà. Raccontare i servizi sanitari alle giovani generazioni**

L'esperienza e la forte tradizione partecipativa che caratterizzano le modalità operative della Società della salute della Lunigiana, hanno condotto, nello scorso mese di ottobre, ad un ulteriore evento denominato [Pitagorà](#). Lo scopo di questa giornata è stato quello di favorire la partecipazione e il dialogo con le giovani generazioni per sensibilizzarle sulle forme di prevenzione e di tutela del proprio stato di benessere, attraverso i servizi a loro dedicati dalla Società della salute.

Come è noto, la struttura della popolazione del nostro Paese si caratterizza per un forte disequilibrio della sua composizione, in cui le fasce più anziane ricoprono un ruolo maggioritario rispetto a quelle più giovani. Questa tendenza è ancor più marcata in territori più distanti dai grandi centri urbani, come nel caso della Lunigiana, in cui in proporzione per una persona con un'età compresa tra gli 0 e i 14 anni sono presenti 3 persone con età superiore ai 65 anni, per un indice di vecchiaia pari al 316,9% per il 2023<sup>3</sup>. Sul versante sanitario, frequentemente, la forte pressione esercitata dalle importanti necessità assistenziali e di cura della popolazione più anziana possono indurre a concentrare meno l'attenzione sulle fasce più giovani, alimentando il rischio di non riuscire ad intercettare né loro, né tantomeno i loro bisogni, attraverso il sistema dei servizi sanitari territoriali.

In questa direzione Pitagorà è stato realizzato allo scopo di raccontare in maniera efficace ai ragazzi e alle ragazze delle classi prime delle scuole secondarie di secondo grado della Lunigiana l'insieme di servizi sanitari a loro dedicati. Per perseguire al meglio questo obiettivo l'evento si è aperto con uno spettacolo teatrale dal titolo “Cambio di stagione, un armadio di domande”, al fine di veicolare in maniera più chiara e interattiva

importanti temi che impattano sullo stato di salute durante la fase dell'adolescenza. In un momento successivo i ragazzi e le ragazze, suddivisi in gruppi, hanno avuto la possibilità di interagire con professionisti di vari servizi sanitari, i quali, collocati in degli appositi stand, hanno potuto a loro volta raccontare il proprio lavoro e i servizi di cura realizzati, coinvolgendo i giovani partecipanti attraverso brevi laboratori, giochi e domande. In particolare,

il **Ser.d** ha illustrato i servizi di prevenzione contro il fumo e l'abuso di alcol, avvalendosi di strumenti interattivi quali un analizzatore di monossido di carbonio per monitorare l'impatto del tabacco e degli occhiali capaci di simulare l'effetto di ebbrezza.

L'**Unità funzionale salute mentale infanzia e adolescenza** (UFSMIA) ha sviluppato delle attività di gioco per stimolare un confronto capace di dare voce a emozioni e sensazioni personali, con un'attenzione particolare alle esperienze legate all'ansia, spesso vissuta durante l'adolescenza.

Il **Consultorio giovani** ha invece presentato la vasta gamma di servizi rivolti ai ragazzi di età compresa tra i 13 e i 25 anni, ribadendo loro come questo spazio rappresenti un luogo sicuro nel quale trovare supporto e consiglio su numerosi temi che variano dalla sessualità, al rapporto con familiari, amici e partner, fino ad arrivare a spiegare tematiche legate al genere e al contrasto di eventuali forme di violenza. In un apposito stand è stato collocato

il **Servizio di contraccezione** per offrire delle informazioni più approfondite rispetto a possibili metodi di prevenzione di gravidanze indesiderate e malattie sessualmente trasmissibili.

Un ulteriore spazio è stato dedicato a **Nutrizionisti** che attraverso domande e quiz hanno stimolato il dibattito tra i ragazzi sull'importanza di una corretta alimentazione e su sani stili di vita basati sul movimento fisico.

Uno degli elementi che ha contribuito maggiormente alla positiva realizzazione dell'esperienza di Pitagorà è stato lo stile comunicativo che ha caratterizzato l'intero percorso. In avvicinamento all'evento l'SdS Lunigiana, avvalendosi dei ragazzi del servizio civile impiegati nel progetto regionale [Botteghe della salute](#), ha utilizzato profili social quali [Instagram](#) e Tik Tok per veicolare contenuti, ottenendo 16mila visualizzazioni oltreché una maggior capacità di diffondere messaggi e concetti alle generazioni più giovani. Nella stessa direzione, le attività e i temi trattati durante l'evento sono state caratterizzate da uno stile comunicativo volto a stimolare l'interazione con i ragazzi e le ragazze.

In conclusione, le due esperienze realizzate dalla Società della Salute della Lunigiana suggeriscono come il coinvolgimento della comunità nella sua interezza – dalle fasce più anziane a quelle più giovani – rappresenti un elemento essenziale per cercare di potenziare un sistema sociosanitario che sia accessibile, riconoscibile e pienamente consapevole dei bisogni specifici di un determinato territorio.

<https://www.welforum.it/racontare-la-sanita-territoriale/>



*Ministero della Salute*

*DIPARTIMENTO DELLA PROGRAMMAZIONE, DEI DISPOSITIVI MEDICI, DEL FARMACO  
E DELLE POLITICHE IN FAVORE DEL SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE  
DIREZIONE GENERALE DELLA PROGRAMMAZIONE E DELL'EDILIZIA SANITARIA*

## **Piano Nazionale della Cronicità**

Aggiornamento 2024

<https://www.quotidianosanita.it/allegati/allegato1721737583.pdf>

FRANCO PESARESI

# LA RIPARTIZIONE DELLA SPESA NEI SERVIZI SOCIALI E SOCIO SANITARI

---

La suddivisione della spesa fra sociale e sanità

18/09/2024

Articolo pubblicato su *I Luoghi della cura online* n. 4/2024  
[www.luoghicura.it](http://www.luoghicura.it)

*La suddivisione della spesa fra sociale e sanità dei servizi sociali e socio sanitari. La compartecipazione alla spesa da parte dell'utente.*



LA COMPLESSITA' IGNORATA NEL GOVERNO DELLE QUESTIONI DELLA ASSISTENZA SOCIOSANITARIA DEL PAESE ITALIA: QUALE RAPPORTO SUSSISTE TRA IL D.M. 77/2022 E LE RIFORME IN MATERIA DI DISABILITA' ED ANZIANI?

## Nursing

quotidianosanita.it

### Carenza professioni sanitarie: i numeri della crisi.

Una borsa su tre di specializzazione va deserta e tra i corsisti in medicina generale vuoti il 15% dei posti. Male anche per gli infermieri. E poi tra rischio burnout e stipendi bassi è boom di dimissioni volontarie

Luciano Fassari

*Tutti numeri messi in fila dal Ministero della Salute durante l'audizione in Commissione Affari sociali sul riordino delle Professioni sanitarie tenuta dal Direttore generale delle professioni sanitarie e delle risorse umane del Ssn, Mariella Mainolfi che ha analizzato punto per punto tutte le criticità che avvolgono il personale sanitario e tracciato il percorso per invertire il trend.*

#### 31 GEN -

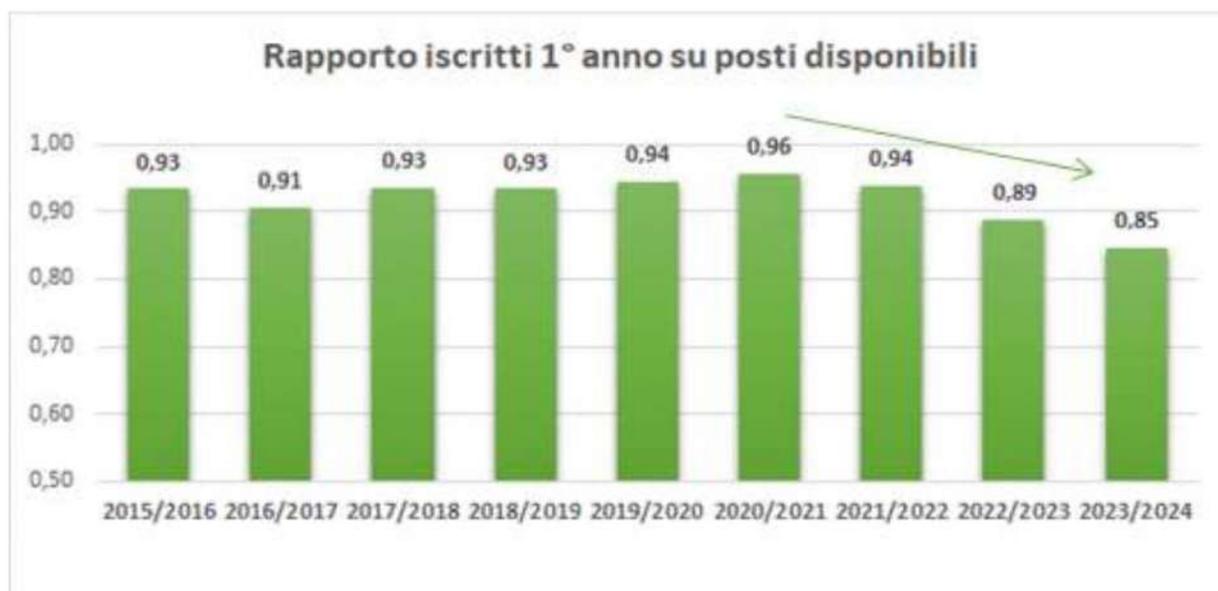
La percentuale dei contratti di formazione specialistica andati deserti è pari al 29% del totale contratti finanziati con risorse statali per l'anno accademico. 2023/2024. E per la formazione in medicina generale il dato è al 15%. Male anche per gli infermieri dove il rapporto tra domande e chi effettivamente si è iscritto al

primo anno d'infermieristica è dello 0,85. Ma non solo difficoltà nell'accesso: prosegue infatti il fenomeno delle dimissioni volontarie dal Ssn: nel 2022 se ne sono andati in 18.243 contro i 5.780 del 2016.

Tutti numeri messi in fila dal Ministero della Salute durante l'audizione in Commissione Affari sociali sul riordino delle Professioni sanitarie tenuta dal Direttore generale delle professioni sanitarie e delle risorse umane del Ssn, **Mariella Mainolfi** che ha analizzato punto per punto tutte le criticità che avvolgono il personale sanitario e tracciato il percorso per invertire il trend.

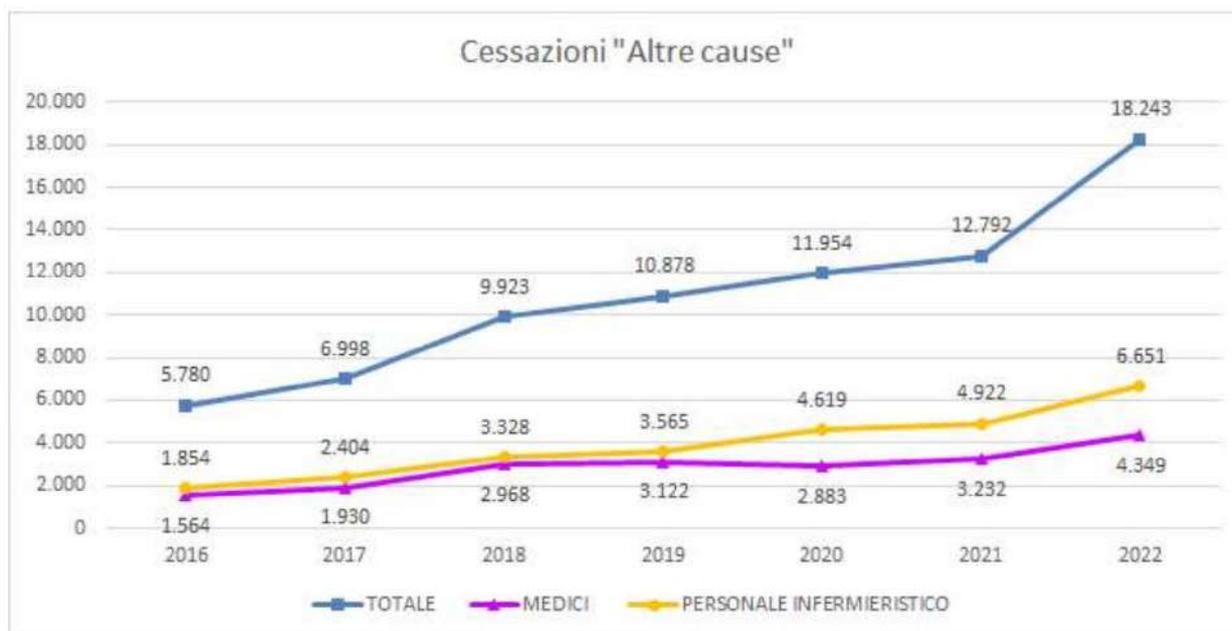
“La capacità dei sistemi sanitari – si legge nella documentazione trasmessa alla Commissione - di fornire servizi sanitari e soddisfare le nuove richieste di assistenza dipende fortemente dalla disponibilità di una forza lavoro flessibile, quantitativamente adeguata ed in possesso di competenze aggiornate. Occorre premettere che si può parlare di carenza quando si crea un gap tra domanda ed offerta di professionisti; pertanto, sebbene i dati disponibili sul personale dipendente del SSN (fonte IGOP Conto annuale) mostrino che dal 2017 al 2022 il personale del ruolo sanitario sia aumentato di circa 27.000 unità, pari a +6% circa in termini percentuali, di cui l'aumento maggiore, di oltre 19.000 unità, è riferito al personale infermieristico, la criticità persiste”.

### GRAFICO 3 CORSO LAUREA IN INFERMIERISTICA (iscritti al primo anno su posti)



Fonte: MUR, Ufficio di Statistica

**GRAFICO 4 Trend "cessazioni altre cause" 2016-2022**



Fonte:IGOP, Conto annuale

**I macro fattori che incidono sulla carenza di personale sanitario sono:**

- l'invecchiamento della popolazione (l'ISTAT stima che le persone di età pari o superiore a 65 anni (ad oggi corrispondenti al 24,5% del totale) potrebbero rappresentare il 35% del totale della popolazione entro il 2050;
- il contestuale calo delle nascite cui consegue una popolazione in netta diminuzione nelle fasce di età più giovani.

A titolo esemplificativo la popolazione in età pediatrica diminuirà di 1 milione 102mila unità dal 2024 al 2050 con ripercussioni anche in termini di disponibilità di nuovi professionisti da formare nel nostro Paese;

- la crisi vocazionale delle professioni sanitarie soprattutto per alcuni profili.

Basti pensare che per il corso di laurea in infermieristica il rapporto tra domande e numero di posti attivati a livello nazionale nell'anno accademico 2023/2024 risulta essere in media pari a 1,1 (ossia 1,1 candidato per un posto disponibile), presentando una ulteriore flessione rispetto agli anni precedenti.

- la minore attrattività del SSN che si manifesta con difficoltà di reclutamento, soprattutto in specifiche aree geografiche e/o per alcune figure professionali o specializzazioni mediche;

- le difficoltà di trattenimento in servizio. I dati mostrano infatti un incremento delle cosiddette "dimissioni volontarie" non solo riferite ai dirigenti medici ma anche al personale infermieristico.

- l'approssimarsi del picco della curva pensionistica di alcuni professionisti. In primis il fenomeno riguarda gli infermieri. Sono oltre 53.000 gli infermieri impiegati presso le strutture del SSN di età compresa tra i 55 e i 59 anni che pertanto raggiungeranno nei prossimi anni i requisiti di pensionamento ed ancora più numerosa è la coorte di professionisti tra i 50 e 54 anni; in pratica circa il 41% degli infermieri del SSN ha tra i 50 ed i 59 anni.

- le condizioni di lavoro, rese ad elevato rischio di burn-out e che non consentono un adeguato bilanciamento tra lavoro e vita privata, oggi ritenuto fondamentale soprattutto per le nuove generazioni.

**GRAFICO 14 Trend contratti statali 2020-2024**



Fonte: elaborazioni Ministero della Salute DGPROF

**TABELLA 3 - % Contratti statali non coperti per le specializzazioni critiche**

| Scuola   | 2021         | 2022         | 2023         | 2024         |
|--|--------------|--------------|--------------|--------------|
| Anatomia patologica                                    | 32,0%        | 53,8%        | 65,7%        | 55,1%        |
| Anestesia Rianimazione, Terapia Intensiva e del dolore | 25,0%        | 20,0%        | 54,3%        | 34,3%        |
| Audiologia e foniatria                                 | 25,0%        | 20,0%        | 54,3%        | 34,3%        |
| Chirurgia Generale                                     | 10,0%        | 23,8%        | 55,2%        | 53,2%        |
| Chirurgia Toracica                                     | 20,2%        | 45,5%        | 64,1%        | 51,1%        |
| Farmacologia e Tossicologia Clinica                    | 50,9%        | 66,0%        | 89,1%        | 85,2%        |
| Genetica medica  | 24,4%        | 39,2%        | 51,5%        | 37,0%        |
| Geriatrics   | 4,6%         | 14,9%        | 44,4%        | 30,4%        |
| Igiene e medicina preventiva                           | 5,1%         | 13,3%        | 50,3%        | 42,9%        |
| Malattie Infettive e Tropicali                         | 6,7%         | 23,7%        | 53,3%        | 40,2%        |
| Medicina di comunità e delle cure primarie             | 20,5%        | 74,1%        | 87,0%        | 84,9%        |
| <b>Medicina d'emergenza-urgenza</b>                    | <b>52,5%</b> | <b>57,9%</b> | <b>72,6%</b> | <b>74,9%</b> |
| Medicina e Cure Palliative                             |              | 59,0%        | 67,7%        | 81,4%        |
| Medicina interna                                       | 5,2%         | 7,9%         | 35,1%        | 24,3%        |
| Medicina nucleare                                      | 42,7%        | 48,2%        | 68,1%        | 77,3%        |
| Microbiologia e virologia                              | 63,2%        | 82,0%        | 87,0%        | 92,0%        |
| Nefrologia   | 8,6%         | 20,5%        | 53,1%        | 57,7%        |
| Patologia Clinica e Biochimica Clinica                 | 62,7%        | 69,1%        | 83,4%        | 88,9%        |
| Radioterapia   | 46,6%        | 72,7%        | 86,7%        | 88,0%        |
| Statistica sanitaria e Biometria                       | 41,7%        | 55,2%        | 71,9%        | 75,0%        |
| <b>TOTALE GENERALE</b>                                 | <b>10,2%</b> | <b>15,8%</b> | <b>31,0%</b> | <b>29,0%</b> |

Fonte: elaborazioni Ministero della Salute DGPROF

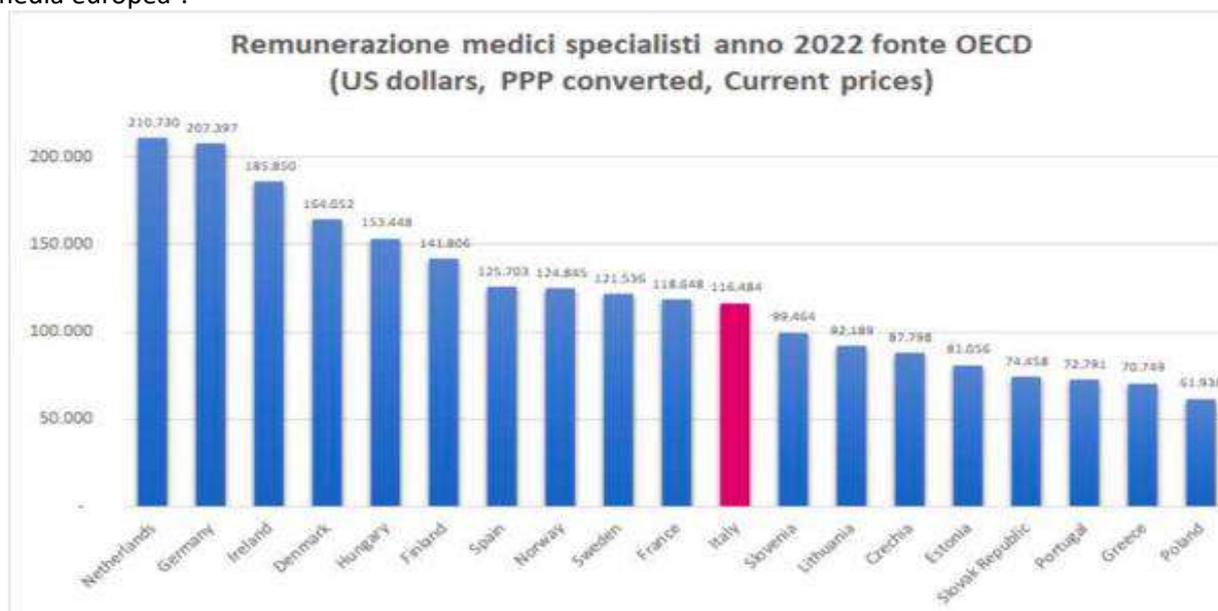
**TABELLA 4 - Posti disponibili per l'accesso al corso di formazione di medicina generale e presenti al concorso**

| REGIONI        | 2022-2025                   |             |              | 2023-2026                   |             |              | 2024-2027              |                         |                |
|----------------|-----------------------------|-------------|--------------|-----------------------------|-------------|--------------|------------------------|-------------------------|----------------|
|                | POSTI<br>FSN+PNRR+regionali | IDONEI      | IDONEI-POSTI | POSTI<br>FSN+PNRR+regionali | IDONEI      | IDONEI-POSTI | POSTI<br>FSN+regionali | PRESENTI<br>AL CONCORSO | PRESENTI-POSTI |
| ABRUZZO        | 59                          | 82          | 23           | 60                          | 78          | 18           | 44                     | 71                      | 27             |
| BASILICATA     | 25                          | 20          | -5           | 22                          | 26          | 4            | 16                     | 11                      | -5             |
| CALABRIA       | 73                          | 89          | 16           | 76                          | 81          | 5            | 55                     | 54                      | -1             |
| CAMPANIA       | 247                         | 343         | 96           | 225                         | 273         | 48           | 163                    | 259                     | 96             |
| EMILIA ROMAGNA | 209                         | 380         | 171          | 188                         | 326         | 138          | 210                    | 231                     | 21             |
| FRILILI V.G.   | 57                          | 58          | 1            | 57                          | 38          | -19          | 40                     | 48                      | 8              |
| LAZIO          | 229                         | 397         | 168          | 207                         | 387         | 180          | 168                    | 249                     | 81             |
| LIGURIA        | 65                          | 56          | -9           | 67                          | 46          | -21          | 66                     | 38                      | -28            |
| LOMBARDIA      | 464                         | 423         | -41          | 416                         | 316         | -100         | 505                    | 278                     | -227           |
| MARCHE         | 111                         | 81          | -30          | 155                         | 80          | -75          | 156                    | 50                      | -106           |
| MOULISE        | 13                          | 17          | 4            | 18                          | 22          | 4            | 13                     | 6                       | -7             |
| PIEMONTE       | 178                         | 173         | -5           | 159                         | 136         | -23          | 168                    | 127                     | -41            |
| PUGLIA         | 201                         | 206         | 5            | 181                         | 132         | -49          | 190                    | 157                     | -33            |
| SARDEGNA       | 84                          | 82          | -2           | 84                          | 63          | -21          | 60                     | 43                      | -17            |
| SICILIA        | 201                         | 383         | 182          | 196                         | 315         | 119          | 191                    | 277                     | 86             |
| TOSCANA        | 200                         | 233         | 33           | 200                         | 174         | -26          | 200                    | 122                     | -78            |
| P. A. BOLZANO  | 30                          | 13          | -17          | 30                          |             | -30          | 30                     | nd                      | nd             |
| P. A. TRENTO   | 37                          | 21          | -16          | 44                          | 31          | -13          | 40                     | 24                      | -16            |
| UMBRIA         | 42                          | 49          | 7            | 37                          | 38          | 1            | 45                     | 28                      | -17            |
| VALLE D'AOSTA  | 10                          | 8           | -2           | 6                           | 4           | -2           | 10                     | 8                       | -2             |
| VENETO         | 226                         | 273         | 47           | 203                         | 188         | -15          | 248                    | 146                     | -102           |
| <b>TOTALE</b>  | <b>2761</b>                 | <b>3387</b> | <b>626</b>   | <b>2631</b>                 | <b>2754</b> | <b>123</b>   | <b>2618</b>            | <b>2227</b>             | <b>-391</b>    |

Nota: in rosso sono evidenziati i casi nei quali il numero di idonei/presenti al concorso è risultato inferiore al numero di posti disponibili

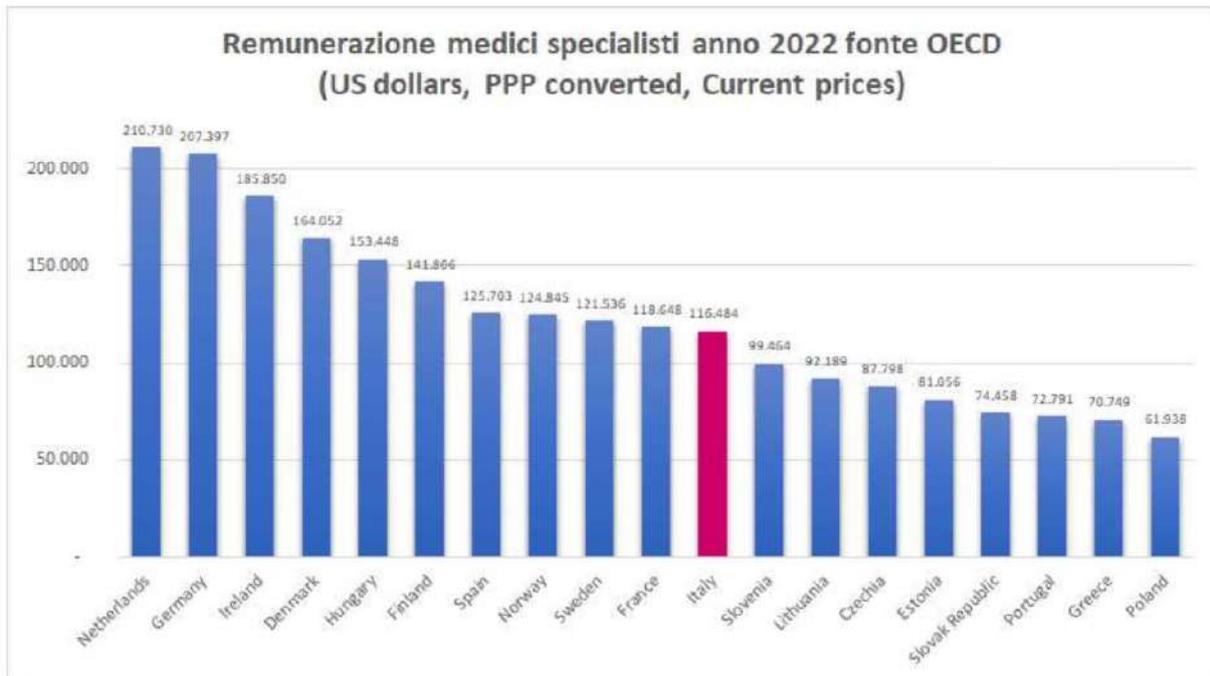
### Male anche gli stipendi

“Per quel che concerne invece il trattenimento in servizio – prosegue il documento -, le esigenze di intervento sono molteplici e riguardano diversi aspetti che, congiuntamente, possono incidere sull’attrattività del SSN: aumento retributivo, miglioramento delle condizioni di lavoro, maggiore sicurezza nel luogo di lavoro, limitazione della responsabilità professionale. Per quanto riguarda nello specifico il fattore retributivo, dal confronto con gli altri Paesi europei (fonte OECD) si rileva che la remunerazione dei medici specialisti italiani risulta inferiore del 4% rispetto al valore medio calcolato sulle retribuzioni degli altri Paesi europei; per gli infermieri la forbice è molto più ampia e lo stipendio di un infermiere italiano è di circa il 19% inferiore alla media europea”.



Fonte: OECD. Sono esclusi straordinari, alcune indennità e la libera professione

**GRAFICO 12 Benchmark internazionale remunerazione medici specialisti**



Fonte: OECD. Sono esclusi straordinari, alcune indennità e la libera professione

**GRAFICO 13 Benchmark internazionale remunerazione infermieri**



Fonte: OECD. Sono esclusi straordinari ed alcune indennità

### Cosa fare per invertire la rotta

Non solo analisi nell'audizione il Ministero traccia anche la rotta: "E' fondamentale far leva sulla motivazione dei professionisti, garantire l'autonomia e l'esercizio della responsabilità, investire sullo sviluppo delle competenze e sui percorsi di carriera, nonché promuovere il merito e riconoscere i risultati. Con l'avanzare

delle conoscenze scientifiche e delle tecnologie, infatti, molte delle competenze richieste dai contesti professionali sempre più complessi si sono ampliate, rendendo al contempo obsolete competenze connesse all'uso di strumentazioni e tecniche sanitarie superate. Occorre, quindi, con particolare riferimento al personale del comparto sanitario, riconoscere le c.d. "competenze avanzate". In quest'ottica "al fine di armonizzare tutti gli interventi normativi che si rendono necessari per attuare un riordino delle professioni sanitarie, si ritiene auspicabile la presentazione di un disegno di legge delega che impegni il Governo a porre in essere una riforma organica del personale sanitario, che affronti le problematiche esistenti, stabilendo un nuovo assetto delle professioni sanitarie, quale strumento cardine e guida di un nuovo SSN, caratterizzato da una forza lavoro moderna e al passo con i tempi, in grado di ricostruire un nuovo rapporto di fiducia con i cittadini".

[https://www.quotidianosanita.it/studi-e-analisi/articolo.php?articolo\\_id=127342](https://www.quotidianosanita.it/studi-e-analisi/articolo.php?articolo_id=127342)

**quotidianosanità.it**

## **Professioni sanitarie. Proia alla Camera: "Dall'istituzione di una categoria speciale alla depenalizzazione dell'atto sanitario, una proposta di riforma"**

*La contrattazione nazionale per la nuova categoria speciale avverrebbe presso il Ministero della Salute. Prevista una maggiore partecipazione delle rappresentanze sindacali e ordinistiche nella definizione del Patto per la Salute. Presenza di un presidio di pubblica sicurezza nei Dipartimenti di Emergenza e Accettazione e attivazione di strumenti di videosorveglianza in presidi a rischio. Divieto di ricorrere ad agenzie interinali o cooperative, salvo situazioni emergenziali. Queste alcuni dei contenuti della proposta illustrata*

**22 GEN -**

"Il testo della proposta offre la visione di una riforma significativa dello stato giuridico dei professionisti della salute in Italia, con l'obiettivo di migliorare la qualità del Servizio Sanitario Nazionale e garantire una determinante e strategica partecipazione più attiva da parte dei professionisti stessi nella programmazione e nell'erogazione delle cure, andando oltre il potere monocratico del Direttore Generale, con l'obiettivo che si sviluppino un loro soggettivo protagonismo tale da far sì che comprendano, condividano e concertino l'elaborazione, l'attuazione, il monitoraggio e l'eventuale modificazione delle scelte strategiche e tattiche della programmazione sanitaria e sociosanitaria e della sua attuazione in ogni fase nazionale, regionale ed aziendale".

Così **Saverio Proia**, intervenendo oggi in audizione in commissione Affari sociali alla Camera nell'ambito dell'indagine conoscitiva sul riordino delle professioni sanitarie, ha illustrato la sua proposta di riforma.

La proposta di legge inizia con una dichiarazione di valenza quasi costituzionale e cioè l'impegno della Repubblica, intesa come Parlamento, Governo e Regioni, a valorizzare questo personale garantendo loro diritti e aspettative sinora se non negati di sicuro non attuati a fronte di doveri sempre più richiesti e talora non attinenti alle funzioni proprie di una professione della salute.

**Gli assi portanti della proposta prevedono:**

**L'istituzione della Categoria Speciale dei Professionisti della Salute** al pari della altre categorie speciali che garantiscono l'attuazione di un diritto costituzionalmente sancito, per il personale del Ssn appartenente alle professioni della salute previsti dalla legge 3/18, il che permetterebbe una contrattazione collettiva specifica per questa categoria, mentre il personale amministrativo, tecnico e professionale del Ssn rimarrebbe nella contrattazione dei comparti pubblici presso l'Aran.

**La Contrattazione Nazionale e l'Accordo Quadro di Filiera in Sanità:** la contrattazione nazionale per la nuova categoria speciale avverrebbe presso il Ministero della Salute (ho apprezzato che il Presidente della Regione Lazio Francesco Rocca si sia già espresso per lo spostamento della contrattazione del personale del Ssn dall'Aran al Dicastero della Salute, mi auguro che anche altri Presidenti di Regione si esprimano in tal senso) con la partecipazione di rappresentanti del Ministero del Lavoro e della Solidarietà Sociale, della Funzione Pubblica e delle Regioni, propedeutico alla contrattazione per area (dirigenza medica e sanitaria, professionisti della salute dipendenti, medici e altre professioni convenzionati) sarebbe previsto un "Accordo Quadro di Filiera dell'insieme delle realtà pubbliche e private dei professionisti della salute" al fine di omogeneizzare gli istituti contrattuali e favorire la partecipazione sindacale nella programmazione della salute.

**La Riforma del Lavoro sanitario e la depenalizzazione dell'atto medico e di quello sanitario:** il rapporto di lavoro dei professionisti della salute andrebbe orientato e regolato per obiettivi di salute concordati e condivisi, si propone la depenalizzazione dell'atto medico, e di quello sanitario eccetto nei casi di colpa grave; andrebbero ridotti gli adempimenti non sanitari o clinici che non rientrano nelle competenze dirette dei professionisti della salute.

**La partecipazione e democratizzazione dell'attività professionale** garantendo una maggiore partecipazione delle rappresentanze sindacali e ordinistiche nella definizione del Patto per la Salute, e a democratizzare l'attività professionale attraverso la riforma del potere monocratico del Direttore Generale, la creazione di organi elettivi del personale realmente e diffusamente rappresentativi, prevedendo, di conseguenza, la non punibilità delle dichiarazioni e atti esercitati in virtù del mandato elettivo.

**La sorveglianza e sicurezza nei luoghi di lavoro** prevedendo la presenza di un presidio di pubblica sicurezza nei Dipartimenti di Emergenza e Accettazione, l'attivazione di strumenti di videosorveglianza in presidi a rischio, e la rimozione di ostacoli per garantire l'attuazione del diritto alla salute senza situazioni di disagio per i professionisti e l'attribuzione agli stessi della qualifica di pubblico ufficiale.

**La promozione dell'umanizzazione nei luoghi di assistenza** e la realizzazione di campagne mediatiche per sensibilizzare la popolazione sul ruolo strategico dei professionisti della salute e sulle modifiche legislative introdotte.

**La riforma del mercato del lavoro sanitario e sociosanitario** con il divieto di ricorrere ad agenzie interinali o cooperative, salvo situazioni emergenziali previa concertazione ed intesa con le rappresentanze sindacali, prevedendo al posto delle attuali borse di studio, sia per i medici che per gli altri professionisti sanitari specializzando uno specifico contratto di formazione lavoro, inserito all'interno del contratto della dirigenza, parimenti andrebbe realizzato un analogo contratto di formazione lavoro per gli studenti del secondo e terzo anno del corso di laurea abilitante degli infermieri e di altre professioni sanitarie, garantendo, quindi, i medesimi diritti normativi, previdenziali ed economici, tenendo conto della specificità dello status di specializzando o formandi, del personale già dipendente, evidenziando che costituiscono un valore aggiunto e una componente fondamentale nell'organizzazione del lavoro.

**Uno specifico articolato impegno per affrontare e risolvere l'emergenza infermieristica** e di altre professioni, essendo la cronica carenza di infermieri una se non la principale questione da risolvere attraverso una strategia complessiva.

**Una diversa Riforma della formazione specialistica e delle lauree delle professioni sanitarie** attraverso una maggiore responsabilizzazione e partecipazione del Ssn attraverso anche la realizzazione di una sede formativa speciale integrata Ssn e Università attraverso l'istituzione dell'"**Accademia di alta formazione delle professioni sanitarie**" un'idea che riprende contestualizzandola un'idea forza delle Scuole di Sanità pensata nello scorso secolo da più esponenti illuminati basata sul principio indiscutibile che i futuri professionisti sanitari vadano formati e specializzati nell'ambito di elezione privilegiata del loro esercizio professionale cioè nei servizi e presidi territoriali ed ospedalieri del Servizio Sanitario Nazionale.

"È, pertanto, una proposta di legge che riflette una visione ampia e articolata della riforma del settore della salute, mirando a coinvolgere attivamente i professionisti nella gestione del sistema sanitario e a migliorare le condizioni di lavoro e la qualità delle cure offerte e, insieme ad un miglioramento economico delle retribuzioni, la giusta risposta alle attese della categoria le quali dopo l'esaltazione del loro ruolo determinante nella tragedia del Covid hanno visto nella fase successiva alla fine dell'epidemia disatteso l'impegno "tutto non sarà come prima" restituendo così l'onore e la dignità a quei combattenti dell'unica guerra che vada fatta: quella per la tutela e la promozione della salute individuale e collettiva, *conditio sine qua non* per lo sviluppo economico, sociale e politico del Paese. Appare evidente che l'attuazione di una riforma di questa portata ha bisogno di un approfondito e partecipato dibattito e una valutazione dettagliata degli impatti e delle implicazioni", ha concluso Proia.

[Professioni sanitarie. Proia alla Camera: "Dall'istituzione di una categoria speciale alla depenalizzazione dell'atto sanitario, una proposta di riforma" - Quotidiano Sanità](#)



International Journal of Nursing Studies  
Volume 163, March 2025, 104996



## Valutazione delle restrizioni al rientro rapido sulle assenze per malattia nei dipendenti del settore sanitario: Uno studio sulle differenze

J. Turunen, K. Karhula, A. Ropponen, R. Shiri, K. Hämäläinen, J. Ervasti, A. Koskinen, O. Haavisto, M. Sallinen, J. Pehkonen, M. Härmä

Pubblicato: 10 gennaio 2025

<https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2025.104996>

**Premessa:** Intervalli brevi tra i turni, noti come rientri rapidi, sono stati collegati a effetti negativi sulla salute e a un aumento del rischio di infortuni sul lavoro, in particolare tra i dipendenti del settore sanitario. Per salvaguardare la salute dei dipendenti, la riforma del 2020 della legge sull'orario di lavoro in Finlandia ha limitato i periodi di riposo al di sotto delle 11 ore nel lavoro a turni irregolari.

**Obiettivo:** Valutare i cambiamenti nei rientri rapidi a seguito della riforma del 2020 della legge sull'orario di lavoro in Finlandia e la loro associazione con le assenze per malattia tra i dipendenti della sanità pubblica.

**Metodi:** Questo studio longitudinale osservazionale, analizzato come un quasi esperimento, ha utilizzato un'analisi di regressione difference-in-differences con effetti fissi di unità e tempo ed errori standard robusti. Abbiamo valutato i cambiamenti nelle assenze per malattia dal 2019 al 2021 tra le unità lavorative dell'ospedale. Lo studio ha confrontato le unità a cui è stato imposto di limitare i rientri rapidi (gruppo di trattamento; 416 unità, oltre 20.500 dipendenti, 72% nel settore infermieristico) con unità che avevano bassi livelli di rientri rapidi prima della riforma e non avevano bisogno di limitare i rientri rapidi (gruppo di controllo; 37 unità, oltre 1.700 dipendenti, 70% nel settore infermieristico).

L'analisi ha preso in considerazione gli accordi locali che consentono i rientri rapidi, utilizzando sia l'approccio intention-to-treat che quello per-protocollo. L'analisi di sensibilità ha incluso modelli di regressione con covariate a livello di unità e ponderazione inversa della probabilità per aggiustare le differenze iniziali.

**Risultati:** L'approccio per-protocollo e l'analisi di regressione semplice con effetti fissi per l'unità e il tempo nel periodo 2019-2020 hanno mostrato un aumento meno pronunciato delle assenze per malattia di - 0,7 punti percentuali (intervallo di confidenza [CI] al 95%: da - 1,3 a - 0,1) per il gruppo di trattamento rispetto al gruppo di controllo, indicando un tasso di assenze per malattia inferiore del 13%. Per il periodo 2019-2021, la stima era di - 0,5 punti percentuali (95 % CI: - 1,0 a 0,0).

Quando si incorporano le covariate e la ponderazione di probabilità inversa, le stime sono più consistenti con intervalli di confidenza più stretti: - 0,9 punti percentuali (95 % CI: da - 1,4 a - 0,3) per il 2019-2020 e - 0,6 punti percentuali (95 % CI: da - 1,2 a - 0,1) per il 2019-2021.

Le stime dell'approccio intention-to-treat sono coerenti con i risultati per-protocollo.

**Conclusioni:** La riforma della legge sull'orario di lavoro ha ridotto i rientri rapidi e, dopo la riforma, la riduzione è stata associata a un aumento minore delle assenze per malattia tra i dipendenti del settore sanitario. I responsabili politici e i dirigenti infermieristici dovrebbero valutare e regolare la frequenza dei rientri rapidi per ottenere i potenziali effetti sul benessere dei dipendenti, sulla salute e sull'efficienza operativa, che in questo studio è stata indicata dalla riduzione delle assenze per malattia.

<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0020748925000057>

## Arriva il codice ATECO per le professioni infermieristiche

Per questo risultato, FNOPI ringrazia l'Istat che da sempre si è mostrato attento alle osservazioni e agli spunti offerti negli anni dalla Federazione su questo tema.

L'Istat nella sua ultima revisione dei codici ATECO (nuovi codici delle attività economiche), ha finalmente sciolto il nodo delle professioni sanitarie non mediche, finora riunite sotto un unico generico codice: 89.90.29 "Altre attività paramediche indipendenti n.c.a."

Le professioni, divenute intellettuali con la creazione degli ordini professionali del 2018 e naturalmente con l'obbligo di laurea e di iscrizione all'albo per l'esercizio professionale, sono state quindi riclassificate, come chiesto dalla FNOPI. E in questo ambito, tra gli altri, è stato realizzato il nuovo codice specifico superando, appunto, il codice generico.

Il nuovo codice ATECO 86.94.01 "Attività infermieristiche" è quindi entrato in vigore con l'inizio del 2025.

ATECO è la classificazione delle attività economiche adottata dall'ISTAT per finalità statistiche, per la produzione e la diffusione di dati statistici ufficiali. Viene inoltre utilizzata dall'Agenzia delle Entrate ai fini fiscali, quale, per esempio, la definizione della redditività del forfettario o, nel periodo pandemico, a selezionare quali attività potessero proseguire la propria attività nonostante il lockdown. I codici ATECO sono necessari ai professionisti che, al momento dell'apertura della partita IVA, devono indicare quale sarà la propria attività economica, scegliendo il codice che fa a loro riferimento.

I [nuovi codici ATECO 2025](#) sostituiscono la classificazione del 2007 a partire dal primo gennaio 2025 e dal primo aprile saranno utilizzati in tutti gli adempimenti di tipo statistico, amministrativo e fiscale, e sono adeguati alla classificazione europea NACE, nella sua Revisione 2.1. Non sono previste, al momento, sanzioni per chi non dovesse variare il codice, ma sarebbe importante rettificarlo laddove descriva meglio la propria attività.

Per questo risultato, FNOPI ringrazia l'Istat che da sempre si è mostrato attento alle osservazioni e agli spunti offerti negli anni dalla Federazione su questo tema.

Già nel 2020, infatti, la FNOPI metteva in evidenza la necessità di rivedere la classificazione della professione infermieristica, intellettuale e non tecnica, incontrando la disponibilità dell'Istat a tenere conto delle interlocuzioni con FNOPI nel momento in cui sarebbero partiti i lavori per la predisposizione della nuova classificazione. Che oggi è realtà e permette di compiere un ulteriore passo avanti nel riconoscimento della professione e come supporto anche all'attività libero professionale degli infermieri.

[https://www.quotidianosanità.it/lavoro-e-professioni/articolo.php?articolo\\_id=126813&fr=n](https://www.quotidianosanità.it/lavoro-e-professioni/articolo.php?articolo_id=126813&fr=n)

quotidianosanità.it

## Scienza e Farmaci

### **L'alert di *The Lancet*: "Da disinformazione sanitaria effetti distruttivi per la salute pubblica. È una minaccia sociale"**

*"La disinformazione sanitaria è stata trasformata in un'arma di propaganda, sfruttando la paura, minando la fiducia del pubblico e ostacolando l'azione collettiva nei momenti critici. La disinformazione è diventata uno strumento deliberato per attaccare e screditare scienziati e professionisti della salute per ottenere vantaggi politici. Gli effetti sono distruttivi e dannosi per la salute pubblica".*

20 GEN -

"La disinformazione sanitaria (dati falsi o fuorvianti condivisi involontariamente) e la disinformazione (informazioni deliberatamente ingannevoli) non sono una novità, ma la pandemia di Covid-19 ha segnato una svolta. Il senso di ansia e urgenza, unito all'aumento dell'uso dei social media e alle interpretazioni politicamente cariche della pandemia, ha favorito la diffusione di una serie di affermazioni fuorvianti sul virus e sulle contromisure mediche. La disinformazione sanitaria è stata trasformata in un'arma di propaganda, sfruttando la paura, minando la fiducia del pubblico e ostacolando l'azione collettiva nei momenti critici". Questo l'allarme pubblicato dalla rivista *The Lancet*.

"Oggi, i contenuti fuorvianti dei social media pervadono le informazioni sulla prevenzione e il trattamento del cancro; possono indurre i pazienti ad abbandonare i trattamenti basati sulle prove in favore di alternative sostenute dagli influencer; minimizzano la gravità delle condizioni di salute mentale; e promuovono integratori non regolamentati che affermano di funzionare per tutto, dalla perdita di peso all'inversione dell'invecchiamento. La disinformazione è diventata uno strumento deliberato per attaccare e screditare scienziati e professionisti della salute per ottenere vantaggi politici. Gli effetti sono distruttivi e dannosi per la salute pubblica".

La sensazione, si spiega, è che questa minaccia non venga presa abbastanza sul serio dalle aziende tecnologiche. L'esempio è la recente decisione di Meta di porre fine al fact-checking. "Facebook (come altri social network) era già una delle principali fonti di disinformazione sulla salute, ma sebbene il fact-checking non possa eliminare completamente il materiale inesatto, fa la differenza e la sua rimozione apre le porte a contenuti dannosi. Poiché la disinformazione spesso si diffonde più velocemente dei fatti, è essenziale che i fatti vengano trasmessi in un modo che non lasci spazio a interpretazioni errate. L'annuncio di Mark Zuckerberg fa parte di una tendenza a ridurre la supervisione che può dare l'impressione che la battaglia sui fatti sia persa. Xavier Becerra, che ha guidato il Dipartimento della Salute e dei Servizi Umani degli Stati Uniti, afferma che le agenzie federali sono surclassate da 'informazioni e disinformazione istantanee'".

Non manca però alcuni esempi positivi. "L'Australia intende introdurre pesanti multe per le piattaforme che non impediscono la diffusione di disinformazione. La Commissione europea ha pubblicato delle

raccomandazioni per affrontare la disinformazione sul Covid-19 attraverso interventi comportamentali mirati. L'Oms ha adottato misure per incoraggiare una comunicazione responsabile delle informazioni sanitarie e per segnalare i contenuti fuorvianti. I social media possono essere una forza positiva e ci sono individui che lavorano per educare il pubblico in modo creativo ed efficace".

Combattere la disinformazione non è semplice come correggere i fatti; "implica anche affrontare la manipolazione intenzionale e il modo in cui gli algoritmi indirizzano l'attenzione delle persone, lasciando che gli individui si dedichino da soli a un complesso mix di scienza e finzione. I contenuti generati dall'intelligenza artificiale (IA) presentano sfide crescenti, ma l'IA può anche aiutare a segnalare i contenuti senza basi scientifiche, sebbene non possa sostituire l'insegnamento alle persone su come verificare i fatti e identificare fonti credibili. Combattere la disinformazione richiede un approccio sistematico simile a quello di frenare la diffusione di agenti infettivi: trovare e contenere la fonte; identificare proattivamente i più vulnerabili ai suoi effetti; e immunizzare la popolazione contro false affermazioni fornendo chiare risorse educative. Non può essere lasciato a sforzi individuali volontari".

"L'indagine Covid-19 del Regno Unito - prosegue *The Lancet* - ha pubblicato questa settimana il suo resoconto *Every Story Matters* sulle esperienze del pubblico con lo sviluppo e il lancio di vaccini e terapie Covid-19. Insieme, le testimonianze sottolineano non solo il valore di informazioni accurate, ma anche l'importanza centrale della fiducia e delle risposte emotive, dalla speranza e dal sollievo allo scetticismo e all'ansia, durante le crisi di salute pubblica. Comprendere e modificare le narrazioni che influenzano negativamente le decisioni sulla salute come determinanti emotivi della salute è essenziale. Invece di semplificare semplicemente fatti complessi, i governi e i comunicatori scientifici devono impegnarsi per garantire che i messaggi sulla salute pubblica siano pertinenti per l'individuo; non solo per fornire informazioni accurate, ma anche per promuovere un ambiente di fiducia e comprensione e per riconoscere aree di incertezza e incognite. Anche la comunità medica ha un ruolo chiave, attraverso commenti, ricerche e advocacy".

"La disinformazione e la cattiva informazione non possono più essere viste semplicemente come un fastidio accademico, ma piuttosto come una minaccia sociale. Solo se riconosciamo questa minaccia e agiamo proporzionalmente possiamo rispondere al pericolo e combattere l'ondata di cattiva informazione e disinformazione che ha il potenziale di minare seriamente la salute pubblica".

[https://www.quotidianosanita.it/scienza-e-farmaci/articolo.php?articolo\\_id=127080](https://www.quotidianosanita.it/scienza-e-farmaci/articolo.php?articolo_id=127080)



Europe

## **L'OMS/Europa lancia il progetto “Nursing Action”, finanziato dall'UE, per affrontare la carenza di infermieri nell'UE**

L'OMS/Europa, in collaborazione con la Commissione europea e la Presidenza polacca dell'Unione europea (UE), lancerà “Nursing Action”, una nuova iniziativa finanziata dall'UE per affrontare le carenze critiche di personale infermieristico nell'UE. L'evento di lancio si terrà il 17 gennaio 2025 a Varsavia, in Polonia, nell'ambito di una serie di eventi e attività organizzate dalla Presidenza polacca del Consiglio dell'UE.

All'evento parteciperanno il Ministro della Salute polacco, i partner che rappresentano gli infermieri nella regione europea e rappresentanti di alto livello dell'OMS e della Commissione europea.

### **Perché “Azione infermieristica”**

L'UE sta vivendo una significativa carenza di infermieri, esacerbata da un'elevata domanda e da problemi sistemici. Questa carenza fa parte di una più ampia crisi del personale sanitario in tutta Europa.

Le proiezioni indicano una carenza di circa 18 milioni di operatori sanitari a livello globale entro il 2030, compresi gli infermieri, come indicato nelle strategie dell'OMS in materia di forza lavoro. Molti Paesi dell'UE segnalano problemi nel trattenere gli infermieri, aumentando ulteriormente questo divario.

La forza lavoro infermieristica in Europa sta invecchiando. Un numero consistente di infermieri si sta avvicinando all'età della pensione, mentre i sostituti più giovani sono in numero limitato. Questo squilibrio mette ulteriormente a dura prova i sistemi sanitari.

Inoltre, il personale infermieristico si trova spesso ad affrontare condizioni di lavoro difficili, tra cui orari prolungati, rapporti elevati tra pazienti e personale e tensione emotiva, in particolare durante le crisi come la COVID-19. Molti infermieri riferiscono di essere affetti da burnout, con un impatto sulla salute. Molti infermieri dichiarano di soffrire di burnout, con conseguenti ripercussioni sui tassi di fidelizzazione.

Con il sostegno e i finanziamenti dell'UE, l'OMS/Europa mira a stimolare azioni concrete a livello nazionale e regionale per affrontare queste sfide e sostenere gli infermieri nell'UE come elemento chiave per il raggiungimento di sistemi sanitari sostenibili e resilienti.

### **Informazioni su “Nursing Action”**

Il progetto “Nursing Action” mira a sviluppare soluzioni basate su dati concreti per aumentare l'offerta di infermieri e migliorare la loro permanenza nell'UE. Facendo leva sull'esperienza delle associazioni infermieristiche europee e delle loro organizzazioni partner, l'iniziativa coinvolgerà anche i responsabili politici nell'attuazione delle misure necessarie per affrontare la crisi del personale infermieristico.

Lavorando con le autorità sanitarie nazionali e le associazioni infermieristiche di tutta Europa, l'OMS mirerà a trattenere l'attuale forza lavoro infermieristica e a reclutarne altra, anche rendendo la professione più attraente per le giovani generazioni.

Nell'arco di 36 mesi, l'“Azione infermieristica” porterà avanti attività mirate e personalizzate in base alle esigenze dei singoli Stati membri dell'UE. Le principali aree di intervento comprendono:

- sviluppo di strategie basate su dati concreti per migliorare il mantenimento e il reclutamento degli infermieri
- l'aumento dei programmi di tutoraggio per sostenere la prossima generazione di infermieri
- promuovere misure per proteggere la salute e il benessere degli infermieri
- sostenere i Paesi nell'implementazione di pratiche sicure per il personale
- migliorare l'integrazione delle soluzioni digitali nei flussi di lavoro degli infermieri.

**<https://www.who.int/europe/news-room/events/item/2025/01/17/default-calendar/who-europe-launches-eu-funded--nursing-action--project-to-address-nursing-shortages-in-the-eu>**

JAMA Network

Notizie mediche e prospettive | AI in medicina

FREE

27 dicembre 2024

# Un chatbot di intelligenza artificiale ha sovraperformato medici e medici più l'intelligenza artificiale in uno studio: cosa significa?

Yulin Hswen, ScD, MPH1; Rita Rubin, MA2

[> Affiliazioni dell'autore](#) | [Informazioni sull'articolo](#)

GIAMA. Pubblicato online il 27 dicembre 2024. doi:10.1001/jama.2024.23860



Hanno pubblicato uno studio clinico randomizzato su *JAMA Network Open* il 28 ottobre che ha scoperto che l'uso di un grande modello linguistico (LLM) non ha migliorato significativamente il ragionamento diagnostico dei medici al di là di quello delle risorse convenzionali.

Sorprendentemente, però, il solo LLM si è comportato meglio dei medici con l'LLM o le risorse convenzionali. Chen e Goh hanno recentemente parlato dell'uso dei chatbot nella pratica clinica con Yulin Hswen, ScD, MPH, un redattore associato di *JAMA* e del nuovo JAMA+ AI e un assistente professore di epidemiologia e biostatistica presso l'Università della California, San Francisco.

Questa intervista è stata modificata per chiarezza e lunghezza.

*Dott. Hswen: Come avete iniziato a lavorare insieme?*

*Dott. Goh: Ho conosciuto Jon perché stavo facendo un master a Stanford in informatica clinica e gestione.*

Jon è stato un oratore ospite. Ha tenuto uno dei suoi classici discorsi sul data mining e su come potrebbe migliorare i risultati e le qualità del processo decisionale. Sono un medico di medicina interna e avevo contribuito alla costruzione di una piattaforma di domande e risposte. Sono rimasto sbalordito da ciò che Jon ha condiviso: come si potevano usare i dati per migliorare le decisioni del medico e i risultati dei pazienti.

*Dott. Hswen: Jonathan, come hai iniziato in quest'area di ricerca? E cosa ti ha fatto portare Ethan nella tua squadra?*

*Dott. Chen: Ho un dottorato in informatica e sono stato uno sviluppatore di software molti anni fa.*

Ho cercato di combinare computer e medicine per più di 20 anni. Quando ero uno studente di medicina, ci hanno fatto ricordare 100 insetti e 100 droghe. Sono tipo,

"Questo non è un buon uso del tempo di un essere umano. Chiaramente, un computer potrebbe farlo meglio."

Per lo studio di cui stiamo discutendo oggi, la tecnologia dirompente è apparsa 2 anni fa.

ChatGPT è arrivato sulla scena. Questi grandi modelli linguistici erano molto più robusti di quanto molte persone si aspettassero. Anche se ho studiato algoritmi di raccomandazione, informatica e scienza dei dati in medicina per più di un decennio, quando questa tecnologia è uscita, è come,

"Penso che questo abbia appena fatto saltare metà del mio programma di ricerca. Dobbiamo davvero ripensare a come li integriamo e li usiamo, il che significa che abbiamo bisogno di un modo molto più deliberato per studiarli e valutarli".

Mentre le domande a scelta multipla sono facili da studiare, non significano nulla nel contesto della vera medicina. Quindi volevamo fare uno studio molto deliberato in modo rigoroso.

Ethan è venuto tramite il Clinical Excellence Research Center. Si stava candidando per un programma con [il direttore del centro] Arnie Milstein.

Arnie mi ha tirato da parte e ha detto: "Jonathan, guarda il curriculum di questo ragazzo. Dovremmo davvero trovare un modo per connetterci con lui."

Ha finito per essere un rapporto di lavoro molto efficace e molto produttivo, ed entrambi stiamo imparando molto l'uno dall'altro. Questa è la migliore sinergia, proprio come dovrebbero essere l'IA e la medicina. Quando ognuno di noi può fare cose che l'altro non può, stiamo tutti meglio.

*Dott. Hswen: Jonathan, fai informatica da più di un decennio. Stavi aspettando che arrivasse questo?*

*Chen: È forse ironico che il mio articolo più citato sia un prospettico che ho scritto sull'hype dell'apprendimento automatico in medicina.*

Ha molte più citazioni dei miei articoli di ricerca primaria perché avevo questa nozione molto provocatoria. Ho studiato questo tipo di tecnologie per decenni. Negli anni '80, abbiamo usato un sistema basato su regole. Se hai febbre, allora prevedi la sepsi. Questa è l'intelligenza artificiale, e in realtà è davvero buona. Lo usiamo nei nostri sistemi in questo momento, semplicemente non la pensiamo in questo modo.

E poi c'è l'apprendimento automatico. Puoi prevedere il rischio di avere un ictus o di essere riammessi in ospedale? È molto difficile per un essere umano calcolare queste cose. Puoi fare approcci molto più deliberati e basati sui dati. Questi modelli linguistici, queste cose in stile chatbot, la generazione precedente era davvero pessima. Avevo studenti che lavoravano su questo 5 anni fa, vediamo se un chatbot può rispondere a domande mediche, ed era solo il 35% preciso.

Era un piccolo progetto di classe divertente, ma era inutile. Ma il ritmo della tecnologia si è spostato rapidamente, cambiando il modo in cui tutti vivono la loro vita e fanno il loro lavoro.

*Dott. Hswen: Parliamo del tuo articolo in JAMA Network Open, che ha alcuni risultati davvero interessanti, uno dei quali è che i LLM da soli hanno fatto abbastanza bene. Pensi che ci sarà questo tipo di sostituzione dei fornitori?*

*Dott. Chen: I risultati non erano quelli che ci aspettavamo.*

L'abbiamo fatto prospetticamente, preregistrato su ClinicalTrials.gov, come studio randomizzato che potrebbe essere il più rigoroso possibile.

Nel nostro studio pilota, pensavamo che i medici che avevano accesso al chatbot avranno fatto molto meglio dei medici che avevano accesso solo a Internet: UpToDate, PubMed, Google, qualunque cosa. Poi, quando abbiamo effettivamente fatto lo studio randomizzato, non si è rise il caso, il che è davvero strano. Il chatbot da solo ha fatto sorprendentemente meglio di tutti i medici, compresi i medici che hanno avuto accesso al chatbot. Questo è volato contro il teorema fondamentale dell'informatica: l'uomo più il computer forniranno risultati migliori di quanto farebbe da solo. Sembra così bello, vero? L'ho detto come ultima riga nei miei discorsi per anni. Non lo dico più perché risultati come questi lo sfidano. Perché è successo e cosa significa questo per quanto riguarda il modo in cui pensiamo a questi strumenti e a come pratichiamo la medicina in futuro?

*Dott. Goh: C'erano già molti altri studi che avevano un metodo più semplice. Hanno mostrato agli studenti di medicina esami di domande a scelta multipla e hanno appena eseguito una sorta di API [interfaccia di programmazione delle applicazioni] per crearlo.*

Come medici siamo tipo, "Aspetti. Questo non è davvero rappresentativo." La medicina non è che i pazienti entrano, e A, B, C o D, qual è l'opzione giusta?

Abbiamo radunato un gruppo molto robusto di educatori clinici e abbiamo detto: "Quale potrebbe essere una struttura migliore?" Ad esempio, le domande erano aperte, non a scelta multipla. Era una rubrica basata sul consenso. Quello era il primo pezzo. Questo ha reso quello che abbiamo visto ancora più sorprendente.

I risultati parlano di dove dovrebbe essere diretta la prossima fase della ricerca. Ok, ora sappiamo che l'IA e i medici in realtà non lo fanno bene, ma l'IA fa bene da sola. Quale sarebbe il modo migliore per creare il set di strumenti per i medici?

*Dott. Hswen: Mancava qualcosa nello studio, Ethan, che avresti voluto fare?*

*Dr Goh: In realtà stiamo lavorando con i collaboratori per cercare di capire un chatbot.*

Molti anni fa, Eric Horvitz, [chief scientific officer] di Microsoft, aveva già lavorato su questo thread: un'IA dovrebbe dare prima una risposta o un medico umano dovrebbe dare una risposta e una critica? Questo è un esempio di come stiamo cercando di progettare e studiare quale sarebbe il modo migliore per l'uomo e l'IA di lavorare insieme. Questo è un thread attivo di cui siamo entusiasti.

Penso che Jon abbia detto che c'erano tutti questi strumenti consigliati che parlano di una tecnologia più predittiva, che puoi confrontare con quello che i medici farebbero. Potremmo eventualmente combinare alcuni di quelli che io chiamo questi strumenti più predittivi raccomandati dall'IA con strumenti di intelligenza artificiale generativa come aggiunta ai medici per il loro processo decisionale. Questo è un thread che mi eccita.

Dott. Chen: Abbiamo fatto questo studio per il ragionamento diagnostico, ma ne abbiamo anche uno che è in revisione - la pre stampa è ora fuori - che riguarda il ragionamento gestionale.

Non è solo tu che pensi di sapere qual è la diagnosi, ma cosa faresti per questo paziente? Pensi che valga la pena rischiare o no? Come comunicheresti con loro? Il chatbot ha aiutato i medici a fare meglio, ma non hanno ancora fatto meglio di un chatbot da solo.

Abbiamo più cose preliminari di cui non possiamo dire troppo in questo momento, perché è nelle fasi iniziali. Stavamo studiando GPT-4. Questa è la tecnologia dell'anno scorso. È piuttosto stantio a questo punto. Abbiamo usato versioni più aggiornate e il chatbot da solo sta migliorando notevolmente. Non vogliamo ancora dire troppo. Si pone davvero la domanda: qual è il ruolo giusto per gli esseri umani rispetto ai computer e il modo giusto per combinarli?

Un'altra cosa che stiamo facendo è analizzare i registri delle chat. È che il computer è più intelligente dell'uomo, quindi non dovremmo combinarli? Ovviamente non è la risposta. Ma significa che c'è un tipo completamente nuovo di tecnologia.

È come se Internet fosse appena stato inventato e non sappiamo ancora come usarlo correttamente. Un sacco di problemi era che l'anno scorso i medici trattavano il chatbot come un motore di ricerca. Non è quello che sono. Molti medici non si sono resi conto che puoi semplicemente copiare e incollare in un intero caso e ottenere risposte molto robuste da esso.

Sezionare i registri delle chat, intervistare le persone e comprendere le loro preoccupazioni e nuovi modi per formare e riqualificare un'intera generazione di operatori sanitari è ciò che è necessario dopo.

*Dott. Hswen: Questa faceva parte della mia domanda successiva, sulla formazione della prossima generazione. Jonathan, cosa dici ai tuoi studenti che arrivano su questi nuovi strumenti di intelligenza artificiale? Consigli che li usino?*

*Dr Chen: Quello che dico è: "Che lo raccomandati o meno, so che tutti voi lo state usando".*

C'è uno studio che dice che il 90% degli studenti lo sta usando. Gli insegnanti sono: "Oh mio Dio, bandisci questa tecnologia. Non possiamo lasciare che i nostri studenti lo tocchino." Anche se fosse una buona idea, è inapplicabile. Stavo insegnando ad alcuni membri del personale della casa medica su cosa fosse questa tecnologia. Mi hanno fermato a metà strada. "Aspetta, cosa? Stiamo usando totalmente i chatbot nei round di ICU [unità di terapia intensiva] in questo momento. Stai dicendo che non possiamo usarlo come riferimento medico?" Io sono tipo: "No, no. Non dovresti usarli come riferimento medico." Ciò non significa che non puoi usarlo. Puoi e probabilmente dovresti usare questi strumenti; basta capire cosa sono e cosa non lo sono. Un riferimento non è proprio quello che sono. Sono incredibilmente robusti nel comprendere il linguaggio e quello che sembra essere ragionamento, brainstorming, pratica del dialogo. Davvero potente. Ma non possono essere una fonte affidabile di informazioni di riferimento. Un argomento chiave di cui parlo è la confabulazione e l'allucinazione. Queste cose sono notevolmente robuste e stanno solo migliorando, ma anche solo insemintano cose. Il problema non è che a volte si sbagliano. I test di laboratorio a volte sono sbagliati. Gli esseri umani hanno sicuramente torto a volte. Il problema è che sembrano così convincenti, si confabulano così bene. "Il tuo paziente ha un problema con l'alcol, la sindrome di Wernicke-Korsakoff". È solo se ricontrolli, ti renderai conto: "Aspetta un minuto, in realtà non era vero. Non aveva senso." Finché sei vigile su questo e capisci cosa possono e non possono fare, penso che siano strumenti straordinariamente potenti che tutti nel mondo devono imparare a usare.

*Dott. Hswen: Ethan, è corretto? Il 90% dei tuoi colleghi utilizza questi strumenti di intelligenza artificiale? Cosa ne pensi di questo?*

*Dr Goh: Molti dei miei amici medici li stanno già usando in un modo o nell'altro. Penso che ci siano stati sondaggi da BMJ e da pochi altri che hanno detto che più della metà dei medici li sta usando.*

Ancora una volta, rilegandoci alla tua domanda sull'IA contro i medici, sui medici umani che sono l'unico backup affidabile...,

questo rende ciò che Jon ha detto sull'insegnamento agli studenti cosa [l'IA] è e non è molto più importante perché a meno che tu non sappia cos'è un'allucinazione, non ti renderai conto che hanno le loro carenze e difetti.

Se pensi a tutta questa faccenda del backstop, penso che sia vero. Perché per i medici oggi, c'è così tanto rumore. Tu interpreti i risultati dei test, un'infermiera ti porta le cose. Come si formula un piano al di sopra di tutto quel rumore? Se hai intenzione di fare clic su "firma" su tutto prima di controllare, allora spesso commetterai errori cattivi. Se medici e studenti oggi conoscono le carenze di questi strumenti, questo li equifiggerebbe meglio man mano che quegli strumenti inevitabilmente migliorano.

*Dr Hswen: Cosa vuoi come salvaguardia per questi nuovi strumenti di intelligenza artificiale? In altre parole, cosa vuoi dire, sapendo quello che sai, agli informatici che stanno sviluppando questo tipo di strumenti?*

*Dr Chen: Gli strumenti di intelligenza artificiale hanno capacità notevoli, ma ancora non praticano la medicina, né dovrebbero.*

Nessuno lascerà ancora che un robot si prenda cura di un paziente. La domanda molto più pertinente è cosa succede quando dai agli umani l'accesso a questi strumenti? Quello che abbiamo scoperto è che se metti uno strumento davanti a loro, non funziona così bene perché non sanno davvero cosa farne. Dobbiamo capire come tanta medicina e buona assistenza sanitaria sia quel problema dell'ultimo miglio: l'integrazione di cose molto complesse.

Stavamo solo parlando di questo. Il divertente processo decisionale, la risoluzione dei problemi, è una parte fondamentale della medicina. La tecnologia, il modello di intelligenza artificiale, è in realtà un pezzo molto piccolo di ciò che è veramente necessario per prendersi cura dei pazienti. Ma usiamo quel pezzo perché è una delle cose che dobbiamo fare.

Questo non è come giocare a Go o a scacchi o qualcosa del genere. Ci sono vite reali in gioco qui. Quando fai qualcosa di sbagliato, puoi ferire le persone. Puoi ferirli in modi cattivi. La posta in gioco è abbastanza alta, ma anche la posta in gioco è alta se non usiamo tutti i migliori strumenti che abbiamo a disposizione.

*Dr Goh: Non sono sicuro che tu stia alludendo a artisti del calibro di Claude e OpenAI e a cosa dovrebbero fare. Ma penso che stiano facendo molte delle cose giuste.*

Più recentemente, Google è stato uno dei primi con un team di medici interni. Ma OpenAI ha iniziato ad assumere medici, medici e ingegneri di ricerca perché l'assistenza sanitaria è chiaramente un'applicazione così grande e preziosa. Penso che sia un passo nella giusta direzione, ed è qualcosa di cui vorrei continuare a vedere di più. Più collaborazioni, più lavoro a stretto contatto con centri medici accademici e ricercatori perché questo è il modo migliore per realizzare alcuni di questi benefici comprendendo alcune delle carenze.

Dr Chen: Aggiungerei un guardrail veloce. I medici non dovrebbero semplicemente copiare e incollare le informazioni sui pazienti in un chatbot pubblico in questo momento. In realtà stai caricando le informazioni sui pazienti a un'azienda tecnologica quando lo fai. Ci sono percorsi sicuri per utilizzare questi strumenti o renderli anonimi abbastanza da essere efficaci. Ma questo è un altro guardrail chiave.

Per il brainstorming, un'altra potente applicazione che ho trovato è praticare conversazioni difficili e negoziare con un chatbot per vedere come va e come può essere quella conversazione. Trovo che in realtà sia un modo molto interessante per avere un dialogo. Quando si tratta di una decisione davvero importante che dipende da informazioni affidabili, probabilmente è giusta, ma ricontrolla con una fonte affidabile nel follow-up.

*Dott. Hswen: Qual era il termine che hai usato, la conversazione avanti e indietro?*

*Dott. Chen: Ho scritto un pezzo, "Chi sta addestrando chi?" nella rivista di medicina di Stanford. Ho descritto come ho dovuto fornire consulenza di fine vita alla moglie di un paziente, una conversazione difficile. Sono andato a parlare con il chatbot. "Ehi, chatbot, tu finge di essere il dottore, io farò finta di essere la moglie del paziente. Voglio vedere come gestiresti le domande difficili che mi ha fatto."*

La cosa strana è che in realtà ha dato alcune risposte abbastanza ragionevoli, empatiche e ponderate. Dopo alcuni turni, mi sentivo come se stesse iniziando a fornire una consulenza migliore di quanto non facessi nella vita reale. Per un momento, questo ci dà angoscia esistenziale. Empatia, connessione personale: pensavo che gli umani lo facessero e che i computer fossero pessimi. In realtà, i robot possono scrivere misure più empatiche di quanto possano fare i medici molto impegnati. Questo è molto avvincente. Significa che possiamo formare e utilizzare questi strumenti per aiutarci a praticare le nostre abilità più umane in medicina. Penso che se siamo creativi, possiamo usare questi strumenti in molti modi potenti per aiutarci a prenderci la migliore cura dei pazienti.

*Dr Hswen: Abbiamo avuto uno studio su JAMA Internal Medicine che mostrava che le chatbots erano più empatici degli esseri umani in termini di risposte valutate dai fornitori.*

Adoro questa idea di addestrare una chatbot in queste conversazioni, quindi lo stiamo usando per essere in grado di imparare.

Sappiamo che l'IA esiste da un bel po' di tempo. Penso che stiamo sempre aspettando che cambi l'assistenza sanitaria.

Pensi che sia questo, che ora stia rendendo l'assistenza sanitaria molto migliore rispetto a tutti i decenni precedenti?

*Dott. Goh: Molti dei miei colleghi ricercatori e amici e io siamo molto entusiasti della capacità di questa tecnologia. Penso che ci saranno molte cose interessanti nei prossimi 2 o 3 anni a cui fare l'occhiaia.*

*Dr Chen: Non risolverà nulla, ma potrebbe consentire molte cose nuove.*

Proprio come Internet non ha risolto la medicina, ma ha permesso ai medici di praticare in un modo molto diverso. Quando ci sono pazienti in liste d'attesa di più mesi, quando dobbiamo passare le nostre giornate a compilare appunti e documentazione che non ha quasi nulla a che fare con la cura del paziente, sì, per favore, l'IA arriva qui e aiuta solo ad automatizzare alcune delle nostre attività. Penso che ci sia molto potenziale per quello che può fare.

Le rivoluzioni industriali e le nuove tecnologie dirompenti tendono a renderci tutti migliori in media. Tuttavia, lungo la strada, spesso portano a danni prevedibili, cambiamenti dirompenti, disuguaglianze e pregiudizi di cui dovremmo essere consapevoli in modo da poterli mitigare.

*Dott. Hswen: Ha mostrato il suo documento ai pazienti che poi hanno detto: "Ok, ora voglio che l'IA mi tratti"?*

*Dott. Goh: Ci dovrò essere educazione sia dal lato medico che da parte del paziente su ciò che l'IA può o non può fare.*

Il nostro articolo, in una situazione molto limitata, mostra che è meglio dei medici. La domanda è: sarebbe irresponsabile per i medici non usare questo tipo di strumento? Come se stessi prendendo un aereo, e sapessi che ogni altro pilota stava usando una sorta di pilota automatico per il 90% del volo, e il mio pilota dice: "Sono della vecchia scuola. Piloterò con le mie abilità manuali." Direi: "Risassati. Forse non voglio salire su quell'aereo. Dammi un altro pilota invece." Penso che potremmo vedere una cosa simile nell'assistenza sanitaria. Questa sarà un'evoluzione per i medici: prima gli stetoscopi, ora un diverso tipo di strumento.

*Dott. Chen: C'è chiaramente un potenziale molto convincente qui, ma anche molti danni prevedibili che si presentano lungo la strada in termini di privacy, accesso, pregiudizi, ecc. Quando la tecnologia si guadagna la fiducia, penso che il suo uso sarà previsto.*

A volte quando vedo un paziente, voglio cercare rapidamente qualcosa, ma non voglio sembrare stupido di fronte al paziente. Ma forse i pazienti vorrebbero vedere che stai usando tutti gli strumenti disponibili, una volta che ha dimostrato di essere abbastanza credibile. Ci sono metodi, come abbiamo usato uno studio

prospettico randomizzato, per rispondere deliberatamente alle domande. Non si indovina solo se fa la differenza o meno. Poi ci sarà questa tensione.

Penso che ci sia molto potenziale dirompente. Cos'è un incontro medico? È medico più paziente in una stanza clinica. Chiaramente non può essere il modo in cui le cose continuano a questo punto. Per il bene e il male, probabilmente sta già accadendo.

I pazienti raggiungeranno un chatbot disponibile 24 ore su 24, 7 giorni su 7, anche se potrebbe non essere così robusto, potrebbe non avere un buon giudizio e potrebbe essere un po' fuori rispetto a ciò che un medico umano può fornire. Ma una forza lavoro guidata dall'uomo non potrebbe mai tenere il passo con la domanda di tutti i pazienti che hanno bisogno di noi.

Raggiungeranno una chatbot in un modo o nell'altro, e faremmo meglio a capirlo come comunità medica in modo da poter effettivamente incontrare i pazienti dove si trovano.

*Dott. Hswen: Come facciamo a far in modo che il pubblico si fidi dell'IA nell'assistenza sanitaria?*

*Dr Chen: I nostri studi non sono ancora sufficienti. Queste sono domande in scatola dei pazienti e vignette cliniche preparate.*

Ma alla fine, c'è un modo in cui possiamo rispondere alle cose in medicina.

Qualcuno sa come funziona il paracetamolo o come funziona l'anestesia? Non ho idea di come funzionino. Nessuno lo sa. Ma li usiamo ancora perché si sono dimostrati sicuri ed efficaci. Abbiamo un modo per farlo: studi controllati randomizzati deliberati in contesti del mondo reale. Quando lo avremo, penso che pazienti e medici si sentiranno più fiduciosi sull'IA. Stiamo lavorando per questi passaggi, ma c'è molto di più per capire come farlo definitivamente.

*Dott. Hswen: Qualcuno di voi vorrebbe l'intelligenza artificiale come medico?*

*Dr Goh: Penso che dipenda da quanto bene è implementato.*

Penso che il diavolo sia nei dettagli. Se il tempo di attesa sarà di 3 mesi, e questa è una cosa intermedia, forse. Ma ancora una volta, dipende davvero da quale scopo e da come viene eseguito.

*Dott. Chen: Ho usato queste cose per domande mediche per i miei pazienti e la mia famiglia.*

Non ho tempo di fissare un appuntamento con un oncologo, vediamo cosa dice a riguardo. Non perché mi affido ad esso come fonte di verità, ma come partner di dialogo. Ho praticato conversazioni con i pazienti, trattative commerciali con mia moglie. "Vammo solo come va. Sai una cosa? Non sei abbastanza duro. Agisci un po' più duro, vediamo come va questa conversazione." L'ho usato in molte impostazioni diverse.

Non perché mi affido ad esso. Ho avuto persone che pensano che sia come Dio, come l'oracolo, e ha la risposta. Non è corretto. Va bene parlarci, ma non puoi fare affidamento su di esso come unica fonte. Tuttavia, ci sono molti modi convincenti in cui puoi usarlo.

Dott. Hswen: Non ho mai pensato di usarlo come strumento di conversazione, ma lo adoro.

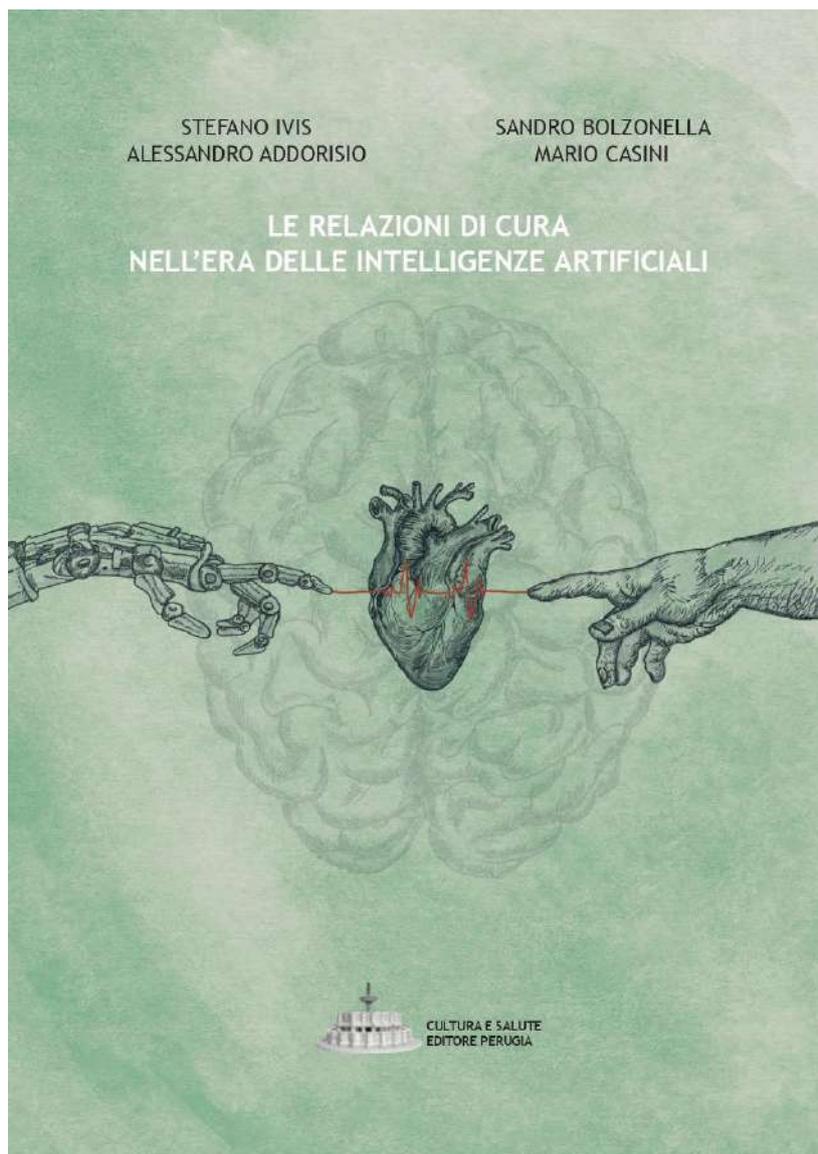
Il dottor Chen: Curt Langlotz, [direttore del Centro per l'intelligenza artificiale in medicina e imaging di Stanford] direbbe: "Guarda, l'IA non sostituirà nessuno, ma coloro che imparano a usarla potrebbero benissimo sostituire coloro che non lo fanno". Penso che questo sia lo spazio in cui ci troviamo: non sviluppiamo solo la tecnologia, ma riaffermeremo il modo in cui pensiamo di utilizzare questi strumenti in modo efficace, in modo da poter raggiungere tutti i pazienti che hanno bisogno di noi.

**Publicato online: 27 dicembre 2024. doi:10.1001/jama.2024.23860**

## Le relazioni di cura nell'era delle intelligenze artificiali

Stefano Ivis, Alessandro Addoriso, Sandro Bolzonella, Mario Casini

Le relazioni di cura fiduciarie e prolungate sono un potente strumento in grado di migliorare il processo ed i risultati della cura producendo benefici sia per i pazienti che per i medici e al tempo stesso possono divenire il luogo in cui riconciliare gli aspetti razionali, scientifici e tecnologici della moderna medicina con quelli umanistici e valoriali. Questi benefici producono effetti virtuosi che contaminano positivamente tutte le organizzazioni del sistema sanitario, migliorandone i risultati in termini di esiti di salute collettiva.



Vengono riportati i risultati di una indagine sociologica e le evidenze emerse da numerosi studi, che mostrano come una forte relazione fra medico e paziente, costruita nel tempo attraverso la continuità interpersonale, possa determinare un miglioramento della cura sia nei suoi parametri di valutazione qualitativa che quantitativa.

<https://mail.google.com/mail/u/0/?tab=rm&ogbl#inbox/FMfcgzQZSjirSmQsPMtcSCZqhXBRSmQW>

## Marx, le macchine e l'IA. Le lezioni di Napoleoni

Lelio Demichelis

La sinistra deve prendere atto del fatto che neppure i compromessi possono salvare la democrazia dal potere e dalla volontà di potenza del capitalismo e della tecnica. Rileggere Napoleoni può aiutare a trovare una via d'uscita dalla società tecnocratica.

Claudio Napoleoni (1924-1988), un altro grande intellettuale e politico della sinistra oggi sostanzialmente dimenticato dalla stessa sinistra. Da una sinistra, oggi ma come scriveva Napoleoni già allora, dove “non c'è più l'abitudine a ragionare in grande, cioè per grandi problemi, per grandi prospettive, soprattutto” – una sinistra incapace (a parte lodevoli eccezioni) non solo di pensare alla rivoluzione, a una (in realtà sempre più urgente) uscita dal tecno-capitalismo, o al “progressivo abbandono delle strutture in cui oggi vive il dominio” (soprattutto la tecnica), ormai lasciandosi sopraffare e quindi solo adattandosi o facendosi solo resiliente a ciò che il capitale e il neoliberalismo impongono come dati di fatto ineluttabili e imm modificabili.

Una abitudine a ragionare che invece dovrebbe essere ancora più necessaria oggi – ragionare in grande, cioè per grandi problemi, per grandi prospettive, soprattutto mentre capitalismo e tecnica (il nuovo Principe del mondo, con i suoi intellettuali organici, altro che partito gramsciano ed egemonia del proletariato) stanno costruendo un nuovo *tecno-fascismo* (Musk & Trump e i loro emulatori in giro per il mondo), e/o una *tecno-destra* apparentemente libertaria e anarchica (definizione tautologica, quella di *tecno-destra*: per come si impone appunto come dato di fatto sulla società, l'innovazione tecnologica è sempre industrialista/positivista e di destra per sua essenza, comunque anti/a-democratica), e/o una *tecno-oligarchia reazionaria* a dominio e a egemonia (sempre nel senso di Gramsci) globale, risvegliando/riattivando *con la* tecnologia quel *fascismo potenziale* e quella fascinazione di massa per la personalità autoritaria di cui scrivevano settant'anni fa Adorno e la prima Scuola di Francoforte – o quell'*Ur-fascismo* di cui aveva scritto Umberto Eco nel 1997.

A rileggere Napoleoni – economista, filosofo, politico, intellettuale poliedrico, sempre impegnato a ragionare sull'economia (mentre oggi l'economia è chiusa nei propri modelli autoreferenziali, avalutativi e senza confronto con la realtà reale) e sulla politica, su Marx, su Sraffa, su Heidegger, con Rodano e con Del Noce, sulla religione. Impegnato soprattutto a *cercare ancora e sempre* e quindi attualissimo ancora di più oggi, ponendosi soprattutto domande (“la nostra condizione ideale e politica presente è tale che già la formulazione di domande determinate può essere considerato un passo avanti”), partendo da un “guardare in modo diverso al rapporto tra l'uomo e il mondo, diverso cioè da quello stabilito dalla prospettiva della produzione-appropriazione-dominazione” e dalla “riduzione di ogni realtà, *soggettiva* e *oggettiva*, a elemento di una disposizione generale alla manipolazione tecnologica di una produzione in cui mezzo e fine coincidono”.

A rileggere Napoleoni ci aiuta la riedizione (benvenuta!) delle sue [Lezioni sul capitolo sesto inedito di Marx](#), appena uscite con Rogas Edizioni, per volontà e per l'ottima cura di Gabriele Guzzi e pubblicate la prima volta nel 1972 da Boringhieri; *Lezioni* tenute da Napoleoni alla Facoltà di Scienze politiche dell'Università di Torino nel 1971.

*Lezioni* che qui, anche se brevemente e concentrandoci su alcuni spunti, rileggiamo a nostra volta, per poi allargare il campo, anche noi ponendo domande. Rileggiamo dunque Marx, con Napoleoni.

E partiamo da qui: il processo lavorativo non è che un mezzo al fine del processo di valorizzazione, scriveva Karl Marx, e nel processo di valorizzazione “non è l'operaio che utilizza i mezzi di produzione, ma sono i mezzi di produzione che utilizzano l'operaio. Infatti, il lavoro, in quanto *lavoro astratto* – e nel processo di *valorizzazione* il lavoro è *lavoro astratto* – non ha che una funzione da svolgere: *conservare e aumentare il valore del capitale*, producendo un valore che contiene il valore del capitale e un plusvalore”.

E come correttamente sottolineava Napoleoni, “non si tratta qui di una merce posseduta dall'operaio, ma si tratta *dell'operaio stesso*, quindi si tratta della *alienazione della soggettività stessa del lavoratore*”; e il lavoro,

come Napoleoni legge in Marx, è usato dai mezzi di produzione, che ne assorbono, ne succhiano la quantità occorrente a tale valorizzazione. E tali mezzi diventano fini e il lavoro diventa mezzo per la loro valorizzazione. Perché – continuava Napoleoni – “come nella religione gli uomini sono dominati dai loro prodotti mentali, perché si ritengono creature di ciò che essi stessi hanno creato nell’immaginazione, così nella produzione mercantile capitalistica gli uomini sono dominati dai loro prodotti materiali, le merci [...].

Quindi, come nella religione l’oggetto, la divinità, è posto come soggetto e i soggetti che l’hanno prodotto si pensano come suoi oggetti, così nella produzione capitalistica l’oggetto, la merce, il capitale è realmente posto come il soggetto a cui i produttori sono sottoposti come suoi oggetti”.

Di più: l’impiego della macchina e la diffusione della macchina, secondo un principio di accrescimento del sistema delle macchine, “giacché l’impiego della macchina in un luogo, da un lato *consente*, dall’altro *pretende* l’impiego della macchina altrove, perché tra i vari settori esistono rapporti di *complementarietà tecnica* [...]; cioè è *impossibile che un settore sia meccanizzato e un altro no; alla fine lo saranno tutti*” – come accade oggi ancora di più con il digitale e la convergenza delle macchine (Anders) in macchine sempre più integrate, e gli uomini con loro – cui si aggiunge l’IA. Perché “la pienezza della produzione capitalistica si ha soltanto quando il capitale determina la tecnologia”. Cioè il lavoro non è più al punto di inizio di un processo tecnico, ma è soltanto inserito in un luogo intermedio di questo processo e riceve le sue specificità non da se stesso, ma dalle macchine.

Quindi, scriveva Marx, l’attività dell’operaio è ridotta a una semplice astrazione di attività, essendo in realtà regolata – come oggi, aggiungiamo, via digitale/IA, ma la natura del processo non cambia, semmai si aggrava la dipendenza dell’operaio, come di ciascuno di noi, dalle macchine e dai loro automatismi/machine learning/IA – da tutte le parti del movimento del macchinario, oggi diventato appunto algoritmico/digitale. Imponendo all’operaio (noi diciamo: a tutti noi forza-lavoro di produzione, di consumo, di generazione di dati, a *pluslavoro* crescente, ben più di ieri e dell’Ottocento) le qualifiche necessarie, che non sono più provenienti dalla soggettività dell’operaio e dal suo lavoro (e dalle sue conoscenze), ma provengono direttamente dalle esigenze della struttura e dalla macchina, che si pone ora all’inizio del processo produttivo – e che chiede solo competenze a fare, avendo espropriato ciascuno della conoscenza e avendola centralizzata nelle macchine, dal taylorismo alla intelligenza artificiale, anch’essa, aggiungiamo, organizzata tayloristicamente.

La conoscenza quindi “si trova incorporata nella macchina, la quale – appunto perché ha in sé incorporata la scienza – può dominare l’operaio”, producendo conseguentemente “l’inversione anche del rapporto tra lavoratore e conoscenza, tra lavoratore e scienza”.

E dare alla produzione carattere scientifico, scriveva Marx, “è la tendenza del capitale e il lavoro immediato è ridotto a un semplice momento di questo processo”. E quindi il lavoro è diventato una mera *azione meccanica* – oggi diciamo *algoritmica/digitalizzata*, ma il processo è il medesimo.

Il problema è che Marx distingueva tra macchine e loro *uso capitalistico* – una “distinzione insostenibile” secondo Napoleoni, proponendo una critica della tecnica che svilupperà sempre di più partendo proprio da Heidegger (per il quale la macchina esiste solo in base all’impiego dell’impiegabile, cioè diviene produttiva e impiegabile per uno scopo che tuttavia cessa progressivamente di essere uno scopo umano e diventa lo scopo dell’impiegabilità della macchina, dove soggetto e oggetto si confondono definitivamente). “Se con la macchina si compie fino in fondo il processo della sottomissione reale del lavoro al capitale [...] una macchina non capitalisticamente usata dovrebbe essere una macchina *diversa* da quella usata capitalisticamente. In altri termini, le macchine, così come noi le conosciamo, sono il frutto di una tecnologia (e fors’anche di una scienza) che è stata pensata tutta sulla base del presupposto del lavoro alienato. In una situazione diversa, il mutamento dovrebbe interessare lo stesso processo di conoscenza e di realizzazione tecnologica al cui termine la macchina si trova”. E quindi l’alienazione è “il *piano* in cui si riprende la tematica dell’inclusione dell’uomo moderno dentro *meccanismi*, non importa se pubblici o privati, che lo *dominano*, ne *espropriano l’autonomia*, ne fanno *l’elemento di una macchina*; [ma] è anche il piano in cui si parla di distruzione della natura e di questione femminile”. Conseguentemente, non basta un *uso socialista* della tecnica e della scienza capitalistiche – è da sempre il tragico errore dei marxismi novecenteschi – ma occorre appunto, con Napoleoni, un mutamento dello stesso processo di conoscenza e di realizzazione tecnologica. Ovvero, non basta mutare la proprietà dei mezzi di produzione, occorre mutare la razionalità utilizzata. Perché è proprio qui – come sottolineava Napoleoni e come anche noi sosteniamo – che si gioca il futuro della libertà e della democrazia. E della biosfera. Soprattutto, di nuovo, quando oggi le oligarchie/plutocrazie del capitale e della

tecnica rivendicano esse stesse, esplicitamente e in prima persona e non più nascostamente come ieri, il governo del mondo e della vita.

E cioè, Napoleoni: “Il dominio va guardato in faccia per quello che è, non per quello che noi immaginiamo che sia”; perché “c’è una malizia fondamentale della tecnica, una malizia intrinseca”; e il dominio delle cose sull’uomo acquista una forma diversa, “culminante nel modo in cui si presenta e viene esercitata la tecnica”. Per cui la questione è proprio ragionare prima sulla tecnica e sulle macchine (allora e ancor più oggi), che non solo sostituiscono l’operazione fisica del lavoro ma anche quella mentale (questo è, soprattutto, l’IA), e poi su come “sistemarla [la questione della tecnica] sul piano teorico”. Ma le sinistre e i marxismi non vedono la tecnica come potere e come volontà di potenza. Non vedono che oggi, diceva Napoleoni nel 1987, “l’*espropriazione della soggettività* è molto più radicale di quanto Marx non pensasse. Il punto decisivo, dove lui si arresta nella deduzione rigorosa delle conseguenze che si debbono trarre dalla figura dell’alienazione, è la questione delle macchine [...] la distinzione tra macchine e uso capitalistico delle macchine. A quel punto, Marx invece di portare la questione alle sue conseguenze estreme, si arresta. E allora la macchina usata non capitalisticamente diventa il punto di forza su cui far leva per sollevare il mondo. Solo che questo punto, secondo me, non regge”. Neppure per noi. Appunto, occorre altro.

Certo, Marx aveva capito come funzionano le macchine e a cosa si riduce il lavoro umano in un sistema di macchine – cioè “riesce a dare la rappresentazione di una società di pura oggettivazione, e quindi riesce a prevedere con assoluta esattezza la società tecnocratica”, scriveva Napoleoni in una lettera ad Augusto Del Noce – ma poi, pur vedendo le leggi della tecnica, le legava/subordinava al solo capitalismo sfruttatore. Ovvero, Marx “che pure fornisce le categorie occorrenti alla comprensione di questo processo, non spinge la sua comprensione fino a rappresentarsi l’esito del processo stesso”, tanto è vero che egli “immagina la presenza, nel processo, di un soggetto capace di riconoscere nell’oggetto la propria negatività” e quindi di sollevarsi/ribellarsi a questa oggettivazione; e pensa poi l’uscita da tale condizione solo in un ulteriore sviluppo delle forze produttive, “in termini di rafforzamento e compimento di quel dominio dell’uomo, del soggetto, sul mondo che sta [invece proprio] all’origine della conversione del soggetto stesso in oggetto producibile”. La contraddizione marxiana è evidente (per Napoleoni e per noi), ma in realtà non lo è mai stata, per la sinistra che oggi guarda affascinata e sedotta al digitale e all’IA (pellegrinando alla nichilistica e antidemocratica/reazionaria Silicon Valley), incapace di proporre una diversa razionalità e un governo democratico dell’innovazione tecnologica (capitalistica o meno che sia), incapace anche oggi di vedere il sistema tecno-capitalista, secondo Napoleoni “nella sua globalità (...) e di darsi il compito di uscire da esso *in linea di principio*”. Di uscire “dalla società tecnocratica”.

Per costruire una storia altra rispetto a quella capitalista e tecnica. Altrimenti l’uomo diviene egli stesso e sempre più un prodotto/merce, ma soprattutto diviene “disponibile per essere impiegato nel processo, e dunque non domina il processo ma ne è dominato”, come oggi nel digitale e nella digitalizzazione della vita. Di più: la sinistra ha ormai messo da parte, come detto, la questione dell’uscita dal capitalismo “non riuscendo mai a definirla in termini positivi, ma solo in termini negativi” – mentre Napoleoni credeva invece che “il processo storico fosse giunto [si era a fine anni Ottanta] a un punto in cui una *definizione in positivo di questa uscita* potesse essere data”. E il tema oggi si ripropone, *n* volte maggiore.

Ma nel silenzio catatonico della sinistra o di quello che ne resta.

Ma allora – e diversamente da Napoleoni, per il quale “capitalismo e democrazia non sono tra loro compatibili e se mai possono coesistere solo mediante compromessi”; e quindi “si tratta di allargare nella massima misura possibile la *differenza* tra società e capitalismo” – si tratta oggi di prendere atto del fatto che neppure i compromessi possono salvare la democrazia dal potere e dalla volontà di potenza del capitalismo e della tecnica (ancora Musk e Trump e Zuckerberg e Bezos, eccetera); e che la *differenza* tra società e capitalismo è stata sostituita dalla *identificazione* di capitalismo/sistema tecnico e società, cancellando la società umana.

E quindi l’unico modo di salvare la democrazia e l’autonomia della società dal capitalismo e dal sistema tecnico reciprocamente totalitari sembra essere solo quello di uscire radicalmente dalla tecnica e dal capitalismo. E dunque, le *Lezioni sul capitolo sesto inedito di Marx* – ma anche le molte *Lezioni* di Napoleoni alla sinistra – tornano di doverosa e urgente attualità. Sinistra, sinistre, economisti, sociologi – soprattutto i giovani: rileggete Napoleoni.

<https://centroriformastato.it/marx-le-macchine-e-lia-le-lezioni-di-napoleoni/>



OECD Health Working Papers No. 173

Beyond the Pandemic:  
Leading Practices for the  
Future of Telemedicine

**Rishub Keelara,  
Eric Sutherland,  
Margarita Almyranti**

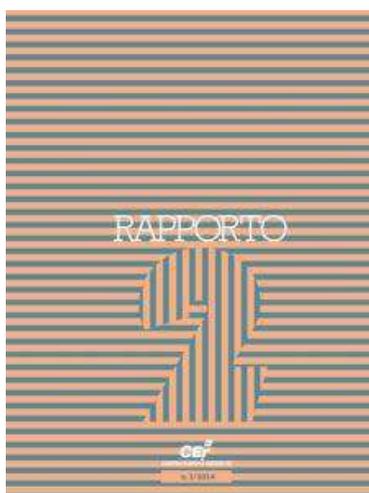
<https://dx.doi.org/10.1787/98863928-en>

[https://www.oecd.org/content/dam/oecd/en/publications/reports/2025/01/beyond-the-pandemic\\_0b39f409/98863928-en.pdf](https://www.oecd.org/content/dam/oecd/en/publications/reports/2025/01/beyond-the-pandemic_0b39f409/98863928-en.pdf)



### Rapporto CER 2/2024

Publicato il [30 Dicembre 2024](#) Archiviato in: [Rapporti CER 2024](#)



Il rallentamento in cui è incorsa l'economia italiana a partire dalla seconda metà del 2024 può avere diverse chiavi di lettura. Una prima interpretazione rimanda al venire meno degli impulsi straordinari forniti dal super bonus agli investimenti in costruzioni e dunque al rientro del ciclo di crescita verso valori in linea con il potenziale, che seppure in rafforzamento rispetto al precedente decennio rimane comunque inferiore all'uno per cento.

Una seconda lettura può invece mettere in rilievo la flessione degli investimenti diversi dalle costruzioni, associandola alle difficoltà che da quasi due anni incontra il settore manifatturiero, nonché all'aumento dei tassi di interesse. Da questo punto di vista potrebbe prefigurarsi un tipico arretramento recessivo, indotto dalla politica monetaria e portatore dei consueti problemi legati al ritardo con cui l'economia reale risponde agli stimoli della banca centrale.

Una terza valutazione può considerare come elemento centrale la difficoltà che le famiglie incontrano nell'adattare le proprie decisioni di spesa alle conseguenze dello shock inflazionistico del passato biennio.

Se è infatti vero che lo shock è in media pienamente rientrato, è anche vero che il prezzo di alcune categorie di beni e servizi, con riferimento in particolare agli alimentari e all'abitazione, hanno registrato un vero e proprio salto di livello per cui, pur a fronte di un recupero del potere d'acquisto, le famiglie si trovano a fronteggiare una aumentata rigidità nella composizione dei consumi.

Un'ultima lettura può infine mettere in risalto l'impatto legato al ritorno della politica di bilancio su un sentiero di contenimento del deficit, che determina il definitivo esaurirsi degli spazi di manovra di cui si era venuti a disporre a seguito della pandemia e che hanno beneficiato l'economia italiana con un temporaneo allontanamento dal consueto ambiente di restrizione fiscale.

Tutte queste interpretazioni contengono naturalmente elementi di verità, senza che nessuna escluda l'altra, e a seconda della lettura che si ritiene prevalente, l'attuale stato della congiuntura può essere considerato sintomatico di una normalizzazione degli andamenti di fondo o piuttosto di una nuova crisi strutturale.

Le valutazioni proposte in questo Rapporto vanno in direzione della prima interpretazione, prospettando un ciclo di crescita leggermente espansivo intorno a un valore di potenziale collocato fra lo 0,5% e lo 0,7%.

<https://www.centroeuroparicerche.it/rapporti/rapporto-cer-2-2024/>



The screenshot shows the top section of the CER website. At the top left is the CER logo, consisting of the letters 'CER' in a bold, blue, sans-serif font with an orange square above the 'E'. Below the logo, the text 'CENTRO EUROPA RICERCHE' is written in blue, and 'STUDI E ANALISI DI ECONOMIA APPLICATA' is written in orange. To the right of the logo is a faint, light blue map of Europe. Below the header is a navigation menu with three items: 'Il CER' with the subtitle 'chi siamo', 'Attività' with the subtitle 'cosa facciamo', and 'Comunicazione' with the subtitle 'tutti gli aggiornamenti'. Each item has a small downward-pointing arrow below it. At the bottom of the navigation menu is a breadcrumb trail: 'HomePage > Articoli > News > La congiuntura italiana'.

## La congiuntura italiana

Publicato il 27 Dicembre 2024

Articolo pubblicato in News. Salva il [permalink](#).

- **Produzione industriale in calo da due anni**
- **Il tasso di disoccupazione scende al 5,8%**
- **Investimenti in calo dopo 16 trimestri di crescita**
- **L'indice Markit torna sotto la soglia di espansione**
- **Stock del debito si avvicina ai 3000 miliardi di euro**

## L'industria europea è senza futuro?

*Nel 2023 l'Europa ha registrato il 6,7% degli investimenti industriali mondiali, contro il 54,5% dell'Asia e il 28,5% degli USA. La bassa crescita e l'alto costo dell'energia comprimono le risorse disponibili, che andrebbero impiegate in settori dove si è ancora competitivi collaborando con le nuove realtà asiatiche.*

[Vincenzo Comito](#)

### Premessa

Il citatissimo rapporto Draghi ha certamente il merito di analizzare in dettaglio la profonda crisi in cui si dibatte l'industria europea, in particolare nel campo delle tecnologie avanzate.

Per contro, alcune proposte dell'ex-banchiere per andare avanti ci appaiono veramente indigeste, quale quella di aumentare fortemente le spese militari, creando tra l'altro un fondo comune di finanziamento sulla base di uno schema grosso modo come quello del *NextGenerationEU*.

Paradossalmente si tratta forse dell'unica proposta che del citato rapporto quelli di Bruxelles stanno prendendo seriamente in considerazione.

L'idea invece, sempre di Draghi, di stanziare almeno 800 miliardi di euro all'anno per cercare di rincorrere la Cina e gli Stati Uniti nel campo delle tecnologie avanzate appare certamente impossibile da portare avanti per ragioni politiche, finanziarie e organizzative.

Peraltro non è il solo Draghi a lanciare gli allarmi sullo stato di salute dell'industria del nostro continente; negli ultimi tempi altri esperti, molti politici, nonché la grande stampa si uniscono a quello che è ormai diventato un coro fragoroso.

Intanto nell'ultimo periodo la produzione industriale nell'area mostra una flessione.

Da segnalare inoltre che nel 2023 l'Europa ha registrato soltanto il 6,7% degli investimenti industriali mondiali, contro il 54,5% dell'Asia e il 28,5% degli Stati Uniti. Peraltro va considerato che le imprese europee tendono da parte loro a collocare all'estero, dagli Stati Uniti alla Cina e oltre, una quota sempre più elevata dei loro investimenti.

Più in generale il Pil delle principali nazioni europee, dall'Italia (da più di trenta anni), alla Gran Bretagna (da quattro o cinque), dalla Germania alla Francia (più di recente), sembra tendere alla stagnazione, dando forse in qualche modo ragione alla ipotesi di "stagnazione secolare" avanzata diversi anni fa da Lawrence Summers per i paesi sviluppati.

Può essere comunque utile analizzare qualche attività specifica per mettere meglio a fuoco la situazione di crisi quasi disperata dell'industria europea.

Draghi sottolinea nel suo rapporto in particolare quella relativa ai settori avanzati, ma la crisi tocca alla base anche quelli più maturi, nuclei centrali oggi dell'economia dell'UE.

### I settori avanzati

Per quanto riguarda i primi, basta fare il caso dei chip, essendo la situazione nel campo dell'intelligenza artificiale, oggi la tecnologia di punta dell'innovazione tecnologica, molto evidente a tutti.

Ricordiamo soltanto che gli Stati Uniti e la Cina stanno impegnando nel campo dell'ia risorse finanziarie ed energie imprenditoriali elevatissime (nel 2023 le spese di ricerca nel settore sono state pari a 67 miliardi di dollari negli Stati Uniti e solo di 11 miliardi nei paesi dell'UE; le prime quattro società USA stanno investendo nel solo 2024 ben 200 miliardi di dollari per la messa in opera dei grandi *data center*, oggi strumenti di base dell'operatività della stessa ia; intanto in Cina la produzione nel settore, secondo le prime stime, ha raggiunto nello stesso anno il valore di 412 miliardi di dollari).

Nel settore dei chip alcune decine di anni fa i produttori europei controllavano circa il 35% del mercato mondiale, mentre oggi siamo anche al disotto del 10%.

Certo abbiamo alcune imprese di una certa dimensione, la franco italiana STMicroelectronics, la tedesca Infineon e l'olandese NXP; ma esse sono del tutto al di fuori delle produzioni tecnologicamente avanzate, dominio di Taiwan, soprattutto con TSMC, nonché della Corea del Sud con Samsung e ora, con il ritorno in forze con i chip per l'intelligenza artificiale, anche degli Stati Uniti.

I gruppi europei citati sono concentrati nel nostro continente sulle produzioni più mature, che sembra sostanzialmente impossibile possano fare il salto tecnologico necessario per collocarsi a loro volta all'avanguardia.

Anche in tale mercato maturo, peraltro, essi sono ora insidiati dalla crescente concorrenza cinese, che tra l'altro li spinge a investire nel paese asiatico, trascurando l'Europa. Bruxelles ha cercato recentemente di fare qualcosa stanziando, con il *Chip Act*, delle risorse per il settore, ma troppo poco, troppo tardi.

Ci si è anche ripromessi, con tale intervento, di arrivare a produrre da qui al 2030 il 20% del totale mondiale, ma tale obiettivo appare sostanzialmente irraggiungibile e velleitario.

### **E quelli maturi**

Ma l'UE appare poi colpita al cuore in quelli che erano sino a poco tempo fa i settori di punta della produzione industriale del nostro continente, l'auto, la chimica, la meccanica. Concentriamo l'attenzione sui primi due.

L'auto è stata dalla fine della guerra a oggi il settore più importante dello sviluppo economico europeo, trascinando nella sua crescita molte altre attività. Oggi esso impiega, secondo alcune stime, 14 milioni di addetti tra diretti e indiretti, mentre altre valutazioni parlano di 15 milioni per la sola Germania.

Ricordiamo intanto che oggi ormai il 60% della produzione di vetture si concentra in Asia, che ha fatto suo il primato che una volta era degli USA e dell'Europa. Quello che era il vanto dell'industria europea nel settore, la prodezza tecnologica dei produttori tedeschi, oggi vale sempre meno con l'arrivo delle innovazioni relative all'auto elettrica. In effetti il valore del software e della batteria costituiscono ormai il 75% del costo totale dell'auto e i produttori europei, quelli tedeschi come quelli francesi, sono molto indietro rispetto alla Cina e all'americana Tesla. Intanto sta arrivando anche l'auto a guida autonoma, dove di nuovo i produttori della UE appaiono abbastanza distanziati.

I produttori tedeschi e le stesse case USA, che traevano grandi vendite e ancora più grandi profitti dalla loro presenza in Cina, stanno perdendo forti quote di mercato nel paese asiatico. Particolarmente precaria appare in generale la situazione di quelli francesi, cui apparentemente non resta altra scelta che quella di giungere ad accordi molto stretti con i produttori cinesi, cosa che stanno facendo, ma almeno per il momento troppo poco; e comunque troppo tardi. Probabilmente Stellantis e Renault saranno alla fine costrette a essere assorbite da qualche altro produttore.

Per quanto riguarda la chimica essa è stata all'origine una creazione tutta europea, in particolare tedesca.

E la preminenza europea è rimasta a lungo indiscussa, anche se con il tempo sono arrivati anche gli Stati Uniti. Ricordiamo incidentalmente che la chimica tedesca ha dovuto cedere per due volte le sue competenze tecnologiche agli alleati dopo la sconfitta nelle due guerre mondiali, anche se comunque è riuscita a mantenere la sua forte presenza sul mercato sino a poco tempo fa.

Due sono stati gli eventi recenti che hanno contribuito a piegarla fortemente: da una parte la crescita molto più forte dei mercati non-europei – mentre la quota del nostro continente si aggira ormai su di un misero 10% del totale, quella cinese tende al 50% –; dall'altra, la forte crescita del costo dell'energia nella UE dopo lo scoppio della guerra in Ucraina.

Oggi tale costo è un multiplo di quello USA e cinese: un grave problema, visto il grande consumo di energia richiesto dalle attività. Le fabbriche tedesche riducono gli effettivi, chiudono gli stabilimenti in patria e spostano i loro investimenti verso la Cina. Ha fatto clamore, qualche tempo fa che la BASF abbia avviato un investimento da 10 miliardi di dollari nel paese asiatico, mentre bloccava quelli in patria.

### **Conclusioni**

Anche guardando al futuro, la situazione e le prospettive del settore industriale nei paesi dell'UE non appaiono certamente brillanti. Mancanza di unità politica tra i vari Stati dell'Unione, carenza di risorse finanziarie adeguate, debolezza degli investimenti, sono soltanto alcuni dei problemi cui si trova di fronte il nostro continente.

Appare difficile individuare cosa fare. Si può comunque avanzare qualche suggerimento senza farsi soverchie illusioni. Almeno per quanto riguarda i settori tecnologicamente avanzati, bisognerebbe concentrare le relativamente ridotte risorse disponibili su pochi comparti, quelli in cui le imprese del nostro continente hanno qualcosa da dire. Così, ad esempio, per quanto riguarda la robotica, alcuni comparti del settore del software in cui sono presenti alcune imprese competitive, dalla tedesca Sap alla francese Capgemini; per quanto riguarda le energie verdi, il comparto dell'eolico; infine qualche segmento delle attività spaziali. In questi settori, poi, ancora di più che in quelli tradizionali, dalla chimica all'auto, bisogna aprirsi al mondo e, invece di mettere dazi controproducenti, tendere a collaborare in tutti i modi con altri paesi, in particolare con le nuove realtà asiatiche. Ma se si pensa all'attuale gruppo dirigente di Bruxelles le speranze si fanno più tenui.

<https://centroriformastato.it/lindustria-europea-e-senza-futuro/>



## L'Ue: "Nel 2023 evasione Iva in forte aumento". I dubbi sul miglioramento registrato dopo la pandemia: rischio illusione ottica

Chiara Brusini

(IL Fatto Quotidiano web)

Nel 2023 l'**evasione dell'Iva**, dopo cinque anni in cui [le stime la davano in forte calo](#), ha rialzato la testa. La differenza tra l'**imposta** attesa in un universo virtuoso in cui tutti pagano il dovuto e il **gettito** effettivamente raccolto dall'Italia sarebbe salita a **24,2 miliardi**. Ben **7,8 miliardi** rispetto all'anno prima e **9,5 in più rispetto** al 2021. Il pessimo dato arriva dal report "Vat gap in the Eu" pubblicato a dicembre dalla **Commissione europea**.

Le tabelle con le stime preliminari confermano la "**battuta d'arresto**" nel [miglioramento della fedeltà fiscale registrata dal ministero dell'Economia nel primo anno pieno di governo Meloni](#), ma mostrano come il problema riguardi anche altri grandi Paesi europei. Tanto da far sospettare che i buoni dati sul 2020 e 2021 siano stati in qualche modo **falsati** dallo choc della **pandemia**.

### L'evasione nel 2022 sale, ma sotto i livelli pre Covid

L'**imposta** sul valore aggiunto vale potenzialmente oltre 1000 miliardi l'anno. È una delle principali fonti di introiti per i governi e contribuisce al **bilancio** dell'Unione, che quindi tiene sotto stretta osservazione l'andamento del cosiddetto **tax gap**, cioè il divario tra gli incassi teorici e quelli effettivi, monitorandolo con rapporti annuali. L'ultimo si concentra sui dati relativi al 2022, che si è chiuso a livello europeo con un gap Iva di **89,2 miliardi**. È un peggioramento di **13,3 miliardi** rispetto all'anno prima, ma la Commissione stessa avverte che il confronto va preso con le pinze perché – come vedremo – c'è un "grado di incertezza" sulle stime relative a 2020 e 2021. Più significativo il confronto con il 2019, prima del Covid, quando le somme evase superavano i **124 miliardi**.

Il bicchiere dunque è mezzo pieno.

L'Italia, da sempre il Paese con la **maggiore evasione Iva tra i 27**, stando ai calcoli della Commissione l'ha vista aumentare da 14,7 a **16,3 miliardi**. Ma in termini percentuali l'incidenza sull'**imposta** attesa (che nel 2022 è salita notevolmente insieme al pil) si è ridotta dal 10,87 al **10,55%**: poco più della metà rispetto al 2019, quando l'Iva evasa superava i 29 miliardi e il gap, in percentuale, **sfiorava il 21%**.

Anche in **Germania, Francia e Spagna** l'Iva evasa è cresciuta in valore assoluto. In **Belgio** è quasi raddoppiata. **L'allarme sul 2023** – A far suonare il campanello d'allarme sono le prime stime provvisorie sul 2023. Parziali visto che per diversi Paesi mancano i dati completi necessari per determinare l'**imposta** teoricamente incassabile. Per l'Italia si prefigura (*vedi tabella sotto*) un aumento a 24,2 miliardi dai 16,3 del 2022 e 14,7 del

2021. L'incidenza del tax gap si attesterebbe al **14,7%**, con un incremento di oltre 4 punti percentuali sull'anno prima. La conferma di una tendenza emersa già lo scorso autunno da una tabella del Mef inserita nel **Piano strutturale di bilancio**, pur con una variazione negativa inferiore (la metodologia utilizzata è diversa e in più la Commissione non tiene conto dell'andamento dei crediti Iva). Le tabelle dell'esecutivo Ue mostrano però che si tratta di un problema generalizzato. Tanto che sommando le previsioni disponibili, che riguardano solo 17 Stati, si arriva a un'evasione complessiva di **89,4 miliardi. Superiore a quella calcolata per tutti i 27 sul 2022**. Basti dire che in **Francia** il gap passa da 12,7 miliardi a **21,9**, un'esplosione che fa superare di slancio i livelli pre pandemici e gonfia il rapporto con l'Iva potenziale dal 6 al 9,6%. Per la Spagna il gap sale da 4,4 a **7,2 miliardi**, il 7,12% dell'Iva potenziale.

### **Il calo è stato un'illusione ottica?**

Il rapporto non avanza spiegazioni. Si può però ipotizzare che il problema stia a monte.

È la Commissione stessa a suggerirlo, notando che a causa delle "condizioni turbolente" attraversate dalle economie europee nel 2020 e 2021 la **qualità** dei dati per quegli anni è **inferiore** allo standard, come dimostrano le forti revisioni dei conti nazionali pubblicate in seguito da molti istituti statistici nazionali. I metodi standard potrebbero non aver catturato in maniera adeguata le discontinuità causate dal Covid: l'Iva potenziale in pratica potrebbe esser stata **sottostimata** a causa della difficoltà di registrare con precisione gli effetti delle norme emergenziali che hanno sospeso i pagamenti o ridotto le aliquote.

Ne sarebbe risultata una riduzione del gap in realtà inesistente. Oppure, ipotesi meno dirompente, il calo ci sarebbe stato ma a determinarlo sarebbero stati **temporanei cambiamenti nel comportamento** dei consumatori: per esempio il maggior ricorso ad **acquisti online tracciabili** e la riduzione della spesa per servizi in cui il nero è particolarmente diffuso. Con il ritorno alla normalità, l'evasione è tornata a crescere.

Un ruolo, stando al report, l'ha poi avuto anche la ripresa delle dichiarazioni di **bancarotta** – che tende a ridurre la riscossione dell'Iva – dopo il congelamento dovuto alla pandemia. Il rischio, in ogni caso, è che le buone performance registrate nel 2020 e 2021 siano state un'**illusione ottica**.

Ora la realtà riprende il sopravvento e risultati che erano stati dati per acquisiti vanno rimessi in discussione.

<https://www.fiscoequo.it/lue-nel-2023-evasione-iva-in-forte-aumento-i-dubbi-sul-miglioramento-registrato-dopo-la-pandemia-rischio-illusione-ottica/>



## **Irpef, dove vanno le tasse pagate dagli italiani**

**Marco Mobili**

*Il 21% serve per pagare pensioni e assistenza, alla sanità il 19% (2,1 miliardi) e l'11% serve per saldare gli interessi del debito pubblico. Alla cultura e allo sport finiscono solo 262 milioni (2,3%).*

(Il Sole 24 Ore) Pensioni e assistenza, sanità, debito pubblico e istruzione. Queste quattro voci da sole assorbono oltre il 61% delle tasse pagate dagli italiani e che emergono dalle dichiarazioni dei redditi delle persone fisiche. Il 21% finisce per pagare pensioni e assistenza, alla sanità il 19% (2,1 miliardi) e l'11% servono per saldare gli interessi del debito pubblico. Per sostenere l'istruzione i contribuenti italiani contribuiscono per 1,2 miliardi di imposte versate (10,8%). A sport e cultura arrivano solo 262 milioni, il 2,3% del totale. È quanto emerge dall'ultima fotografia sulla destinazione delle imposte contenuta nel documento lasciato da Ernesto Maria Ruffini dopo le sue dimissioni da direttore dell'agenzia delle Entrate e aggiornato a novembre 2024.

### **Le imposte monitorate**

Si tratta complessivamente di poco più di 11 miliardi le imposte monitorate dal ministero dell'Economia e delle Finanze e la cui destinazione viene definita dalla Ragioneria generale dello stato sulla base di dati analitici. Una somma che potrebbe anche essere di gran lunga più alta visto che l'ultimo dato sull'evasione Irpef reso noto a ottobre 2024 e relativo agli anni 2017-2021 ha fatto emergere ben 29,5 miliardi di [imposta](#) attesa dallo Stato ma non versata dai contribuenti.

Il monitoraggio e la ripartizione riguarda l'Irpef e, se dovute, le imposte relative alle addizionali regionali e comunali Irpef, alla cedolare secca sugli affitti, ai contributi di solidarietà, all'acconto per somme assoggettate a tassazione separata, alle imposte sostitutive sui premi di risultato e alla [tassa](#) piatta del 15% per i forfettarie chi è ancora nel regime agevolato di vantaggio.

### **La destinazione per i principali settori**

Il sistema di controllo su cosa fa lo Stato con le nostre tasse è alla portata di tutti nel proprio cassetto fiscale. Il meccanismo, voluto dallo stesso Ruffini, calcola per ogni soggetto che presenta la dichiarazione precompilata le imposte versate dovute. Queste ultime vengono poi attribuite con una tabella bei diversi settori pubblici che lo Stato è chiamato a finanziare.

Come accennato il 21,2% serve allo Stato per liquidare le pensioni e a sostenere le politiche di assistenza sociale come le pensioni di invalidità, i sussidi e gli aiuti alle famiglie. Questa voce assorbe oltre 2,3 miliardi di euro l'anno. A seguire c'è la sanità e in particolare il Servizio sanitario nazionale per assicurare l'assistenza sanitaria pubblica a tutti cittadini. Rispetto a quattro anni d'[imposta](#) fa la destinazione per la sanità è in leggera flessione attestandosi al 19,3% (2,1 miliardi) contro il 20% del 2020.

Una parte significativa delle entrate fiscali 1,2 miliardi (19,3%) è anche destinata a coprire il debito pubblico, che pesa sulle finanze dello Stato, per saldare gli interessi sul debito e altre spese finanziarie. C'è poi l'istruzione che ricomprende scuole, università e istituti di ricerca. Per sostenere questa voce le tasse degli italiani contribuiscono con poco più di 1,2 miliardi, pari all'11% del totale.

### **Chi prende meno**

Tra i settori che scendono sotto il 10% della destinazione delle tasse pagate spicca un settore particolarmente caldo, almeno nel dibattito politico degli ultimi due anni, come può essere quello della difesa, ordine pubblico e sicurezza. Alle forze armate, alla polizia e alle altre agenzie di sicurezza vengono riconosciuti complessivamente 975 milioni pari all'8,8%. Percentuale che scende di qualche decimale all'8,3% per i servizi generali delle pubbliche amministrazioni a cui vengono riconosciuti dallo Stato 921 milioni.

A seguire nella speciale classifica spicca anche la voce "Economia e lavoro" che nel dettaglio ricomprende comunicazioni, agricoltura e attività manifatturiere: a questi settori arrivano 726 milioni, il 6,5% del totale. Ancora meno, poi ai trasporti altro settore finito sotto i riflettori negli ultimi tempi.

Complessivamente dell'Irpef versata e delle relative addizionali la voce trasporti assorbe il 4,4% pari a 490 milioni di euro. La protezione dell'ambiente (2,4%), sport e cultura (2,3%) e le abitazioni con assetto del territorio (1,8%) assorbono complessivamente dalle imposte dichiarate e versate 738 milioni.

<https://www.fiscoequo.it/>

## LA DENUNCIA

# La beffa del taglio del cuneo, i redditi bassi perdono 1.200 euro netti: “Ingiustizia intollerabile”

di Valentina Confe

| Anno 2025                                 |                 |                  |                  |
|---|-----------------|------------------|------------------|
| (A) Imponibile previdenziale annuo        | 8.500,00        | 15.500,00        | 27.500,00        |
| (B) Contributi (9,19%)                    | 781,15          | 1.424,45         | 2.527,25         |
| <b>(C) Imponibile fiscale annuo (A-B)</b> | <b>7.718,85</b> | <b>14.075,55</b> | <b>24.972,75</b> |
| (D) Imposta lorda                         | 1.775,34        | 3.237,38         | 5.743,73         |
| (E) Detrazione lavoro dipendente*         | 1.955,00        | 1.955,00         | 2.187,11         |
| <b>(Y1) Ulteriore detrazione/Décalage</b> | -               | -                | 1.000,00         |
| <b>(F) Imposta netta (D-E-Y1)</b>         | -               | <b>1.282,38</b>  | <b>2.556,62</b>  |
| <b>(Y2) Bonus</b>                         | 548,04          | 746,00           | -                |
| (G) Trattamento integrativo               | -               | 1.200,00         | -                |
| <b>(H) Salario netto annuo (C-F+Y2+G)</b> | <b>8.266,89</b> | <b>14.739,18</b> | <b>22.416,13</b> |

senza IRPEF richiesta per il riconoscimento del trattamento integrativo, l'imposta lorda sui minimi di € 75 (1.955 - 75 = 1.880). Inoltre, questa voce include un'ulteriore detrazione pari

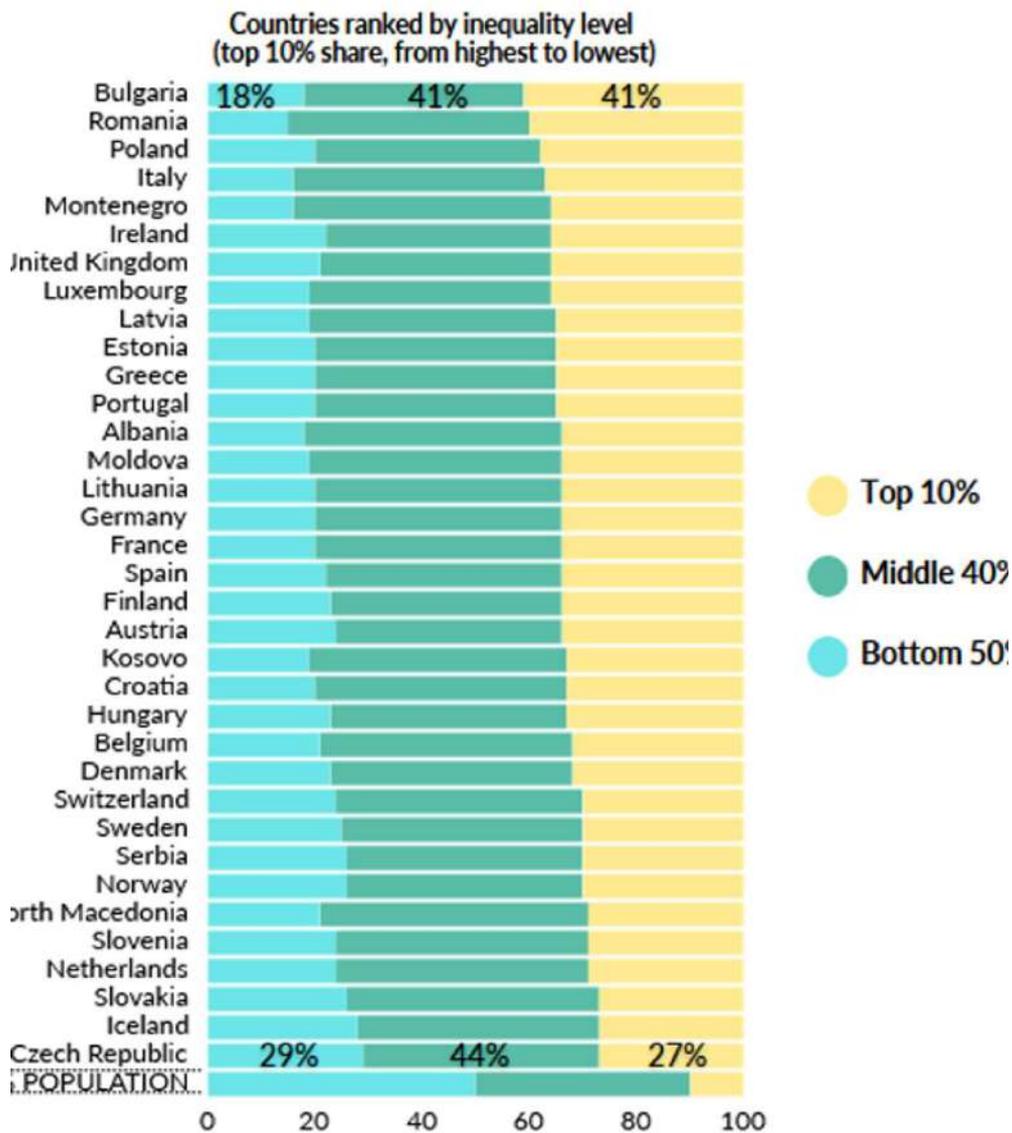
## la Repubblica

### Italia, record disuguaglianze in Europa. Nei paradisi fiscali 10 miliardi in fuga dall'Erario

[a cura della redazione Economia](#)

I dati del World Inequality Lab rielaborati dalla Cgia di Mestre. E i primi 4 paradisi sono vicini ai confini europei  
MILANO – Dopo Bulgaria, Romania e Polonia, l'Italia è il quarto Paese in Europa con la distribuzione più disuguale dei redditi.

È quanto ha messo in luce un recente studio del World Inequality Lab, che ha evidenziato come il 10% più ricco, in termini di redditi, intaschi il 37,1% del reddito mentre il 50% percepisce il 16,6% del reddito complessivo.



Data source: World Inequality Database (2024) | CC BY

Ad alimentare le disuguaglianze tra fasce più ricche e fasce più povere contribuisce l'alto livello di elusione ed evasione fiscale che da sempre contraddistingue il nostro Paese. Sempre secondo i dati World inequality Lab, citati oggi dalla Cgia di Mestre, i primi 5 paradisi fiscali al mondo sono il principato di Monaco, il granducato del Lussemburgo, il Liechtenstein e le Channel Islands nel canale della manica. Tutti Paesi all'interno o nei pressi dei confini europei.

Molti contribuenti italiani, persone fisiche o società, si sono trasferiti in particolare a Montecarlo e in Lussemburgo: in particolare circa 8mila connazionali hanno deciso secondo l'associazione degli artigiani di trasferire la residenza nel principato di Monaco per via delle tasse zero sul reddito e sugli immobili.

In Lussemburgo, invece, si possono trovare ben sei banche italiane, una cinquantina di fondi d'investimento, vari istituti assicurativi e molte multinazionali italiane e straniere che operano nel nostro territorio.

Si stima – scrive ancora la Cgia – che “grazie ai super-ricchi con la residenza all'estero, alle manovre borderline delle multinazionali e dei grandi gruppi industriali che si rifugiano nei paradisi fiscali di tutto il mondo, ogni anno 'sfuggono' all'erario italiano circa 10 miliardi di euro”.

Per contrastare quei paesi che applicano alle big company politiche fiscali compiacenti, dal 2024 è entrata in vigore la global minimum tax (gmt).

Secondo il dossier curato dal servizio Bilancio della Camera dei deputati, il gettito previsto dalla sola applicazione dell'aliquota del 15% sulle multinazionali sarà molto contenuto.

Si stima che nel 2025 il nostro erario incasserà 381,3 milioni di euro, nel 2026 427,9 e nel 2027 raggiungerà i 432,5. Nel 2033, ultimo anno in cui nel documento si stimano le entrate, le stesse dovrebbero sfiorare i 500 milioni di euro.

[https://www.repubblica.it/economia/2025/01/04/news/italiadisuguaglianze\\_paradisi\\_fiscali-423919907/?ref=-BH-IO-P-S1-T1](https://www.repubblica.it/economia/2025/01/04/news/italiadisuguaglianze_paradisi_fiscali-423919907/?ref=-BH-IO-P-S1-T1)

## la Repubblica

### **Il Fondo Monetario taglia le stime sul Pil dell'Italia. Bankitalia: "Crescita stenta"**

MILANO – Doppia doccia fredda per il Pil italiano. Il Fondo monetario ha rivisto al ribasso la crescita dell'Italia per il 2025, riducendola a +0,7%, ovvero 0,1 punti percentuali rispetto alle previsioni precedenti.

Fredda anche la lettura di Banca d'Italia, che nel proprio bollettino economico conferma per l'anno in corso un +0,8% di crescita, rimarcando poi che - in Italia "la crescita dell'economia stenta a recuperare vigore".

PUBBLICITÀ

#### **Le stime del Fondo Monetario**

Nelle sue nuove previsioni economiche, l'istituto di Washington ha comunque rivisto al ribasso le previsioni di crescita per il 2025 e il 2026 anche di Germania e Francia. La locomotiva tedesca è attesa crescere quest'anno dello 0,3% (-0,5 punti percentuali) e il prossimo dell'1,1% (-0,3 punti). Il Pil francese segnerà invece un +0,8% nel 2025 (-0,3 punti) e un +1,1% nel 2026 (-0,2).

#### **Bankitalia: "Attività debole"**

"Nel quarto trimestre del 2024 l'attività economica si è mantenuta debole, risentendo come nel resto dell'area dell'euro della persistente fiacchezza della manifattura e del rallentamento dei servizi", scrive ancora Banca d'Italia. "Nelle nostre proiezioni, elaborate nell'ambito dell'esercizio coordinato dell'Eurosistema (diffuse a dicembre ndr), la crescita acquisirebbe slancio nel corso di quest'anno, collocandosi intorno all'1 per cento in media nel triennio 2025-27", con +0,8% nel 2025 e +1,1% nel 2026.

#### **"Con dazi Usa effetti significativi per aziende"**

Via Nazionale mette poi in guardia sulle possibili conseguenze delle restrizioni commerciali annunciate da Trump. "Un inasprimento dei dazi" da parte dell'amministrazione Trump "avrebbe effetti significativi sulle aziende italiane che esportano verso il mercato statunitense, soprattutto le piccole e le medie", scrive Bankitalia ricordando come "il nostro paese è significativamente esposto verso gli "Stati Uniti, che rappresentano la seconda destinazione, dopo la Germania, delle vendite estere di beni dell'Italia". Con gli Usa il nostro Paese vanta "cospicuo surplus negli scambi di beni" pari al 2% del Pil, frutto di un export di 53 miliardi e import per soli 20 miliardi.

[https://www.repubblica.it/economia/2025/01/17/news/fondo\\_monetario\\_stime\\_italia\\_bankitalia-423945060/?ref=RHLM-BG-P9-S1-T1](https://www.repubblica.it/economia/2025/01/17/news/fondo_monetario_stime_italia_bankitalia-423945060/?ref=RHLM-BG-P9-S1-T1)

### Quella mentalità a somma zero che frena la crescita

Rony Hamau, 16 gennaio 2025

*Nel pensiero a somma zero non c'è spazio per la creazione di maggior valore, ma si può solo redistribuire una ricchezza data. È spesso diffuso nei paesi che hanno registrato anni e anni di crescita bassa, come l'Italia. E ha pesanti conseguenze.*

#### Le conseguenze di decenni di bassa crescita

Con ogni probabilità il 2024 chiuderà con un tasso di crescita del Pil dello 0,7 per cento, mentre il 2025 dovrebbe registrare uno 0,8 per cento. Esattamente in linea con quanto mediamente osservato negli ultimi trentacinque anni. Nello stesso periodo anche la crescita in termini pro-capite è risultata più bassa, dato il leggero aumento della popolazione nei primi due decenni.

È lecito chiedersi, allora, se anni e anni di bassa crescita abbiano trasformato gli italiani in persone a *zero-sum thinking*. Ovvero, la gente si è convinta che la produzione e la ricchezza siano date e che i guadagni di alcuni siano invariabilmente pari alle perdite di altri.

Gli sforzi e gli scambi porterebbero solo a una riallocazione del Pil e non alla creazione di maggior valore, con conseguenze socioeconomiche rilevanti, che spiegano molti comportamenti e preferenze politiche.

Peraltro, il problema non riguarda solo l'Italia, ma tutto il mondo occidentale, che negli ultimi decenni ha visto una significativa riduzione della crescita e soprattutto della fiducia che il futuro possa essere migliore del passato.

Il concetto di *zero-sum thinking* o meglio l'*"image of limited good"* è stato introdotto dall'antropologo americano George Foster negli anni Sessanta per descrivere le credenze economiche e le relazioni sociali di alcune comunità rurali del Messico.

Esprime la convinzione che non solo le terre fertili, la ricchezza e il benessere siano beni limitati, ma anche il potere e persino l'amicizia esistano in quantità date.

Per molti versi atavico, il concetto trova le sue radici nel pensiero mercantilistico preindustriale, ma sembra oggi emergere in molti contesti e parti del mondo.

#### Un concetto molto diffuso

Un recente lavoro di quattro economisti dell'università di Harvard e della London School of Economics, misurano questo orientamento cognitivo attraverso un questionario su un vasto campione di residenti statunitensi, esplorano le sue cause, anche ancestrali, e soprattutto le sue conseguenze in termini politici.

Un'approfondita analisi internazionale mostra anche che una mentalità a somma zero è particolarmente diffusa nei paesi e nelle generazioni che hanno registrato negli anni una crescita bassa.

I poveri, i meno istruiti e i giovani sono poi coloro che più tendono ad avere un pensiero a somma zero.

In linea generale, gli studi mostrano come gli individui più *zero-sum thinking*, oltre che essere più invidiosi, sensibili al concetto di fortuna, al fatalismo e meno inclini allo sforzo, tendono a preferire politiche redistributive, quali la tassazione, i sussidi e un servizio sanitario universale.

Inoltre, questo modo di vedere il mondo e la sua conseguente sfiducia nella crescita si accompagnano ad azioni attive contro le disparità di

genere e razza e soprattutto a politiche migratorie restrittive.

In altri termini, se la torta è data, è meglio dividerla tra pochi e in parti eguali.

Negli Stati Uniti, la mentalità a somma zero è tradizionalmente più radicata nei sostenitori del partito Democratico che in quello Repubblicano, e più in generale nei partiti di sinistra.

Oggi però atteggiamenti simili sembrano diffusi in maniera bipartisan in tutte le formazioni. Infatti, un numero sempre maggiore di elettori, sia di destra che di sinistra, appare favorevole a imporre politiche protezionistiche per i settori, le aree e gli individui più colpiti dalla crisi e a prevedere pesanti vincoli all'immigrazione.

Donald Trump lo ha perfettamente capito, o forse solo intuito, facendone una bandiera del proprio programma politico.

Questo spiega perché molti giovani, minoranze di colore e poveri hanno deciso di votarlo.

## Politiche protezionistiche più che di crescita

L'Italia, come altri paesi europei, ha registrato decenni di bassa crescita e non è certamente immune a questo tipo di mentalità e alle sue conseguenze socioeconomiche. Anche il quadro politico sembra essere influenzato da uno *zero-sum thinking*.

In particolare, la destra oggi al potere, abbandonata ogni parvenza di liberalismo, che forse non ha mai avuto, si è fatta sempre più paladina non solo di un approccio contrario all'immigrazione, ma anche di misure protezionistiche volte più alla redistribuzione del reddito e della ricchezza che alla loro crescita.

Si pensi alla difficoltà di portare avanti leggi che favoriscono la concorrenza o il merito, mentre la difesa delle varie corporazioni finiscono per avere la meglio anche a discapito del benessere della maggioranza dei cittadini.

Lo stesso sviluppo tecnologico trova pesanti ostacoli alla sua diffusione. Il continuo peggioramento relativo del livello d'istruzione, il basso numero di laureati specie in materie scientifiche, la scarsa diffusione della digitalizzazione come delle auto elettriche e delle energie rinnovabili, nonché lo scetticismo che accompagna lo sviluppo dell'intelligenza artificiale non sarebbero altro che le conseguenze di una diffusa e crescente mentalità di *zero-sum thinking*.

Combattere questo trend non è affatto semplice ma, a tre secoli dalla nascita dell'illuminismo riecheggiano le parole di Immanuel Kant, "Abbi il coraggio di servirti della tua propria intelligenza!".

[/archives/106828/quell-a-mentalita-a-somma-zero-chefrena-la-crescita/](#)

The image shows the top section of the CER website. At the top center is the CER logo, which consists of the letters 'CER' in a bold, blue, sans-serif font, with three orange horizontal bars above the 'R'. Below the logo, the text 'CENTRO EUROPA RICERCHE' is written in blue, and 'STUDI E ANALISI DI ECONOMIA APPLICATA' is written in orange. To the right of the logo is a faint, light blue map of Europe. Below the header is a navigation menu with three items: 'Il CER' (with the subtext 'chi siamo'), 'Attività' (with the subtext 'cosa facciamo'), and 'Comunicazione' (with the subtext 'tutti gli aggiornamenti'). Each item has a small downward arrow below it. At the bottom of the navigation menu is a breadcrumb trail: 'HomePage > Articoli > News > La congiuntura italiana'.

## La congiuntura italiana

Publicato il 27 Gennaio 2025

Articolo pubblicato in News. Salva il [permalink](#).

- **Produzione industriale in calo su base annua da 25 mesi**
- **Il tasso di disoccupazione scende al 5,7%**
- **Inflazione stabile al +1,3%**
- **Peggiorano le attese su produzione e situazione economica**
- **Il debito pubblica supera i 3000 miliardi di euro**