



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. 21 del 1.12.2024



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

Review realizzata in collaborazione con:

DIPARTIMENTO
DI SCIENZE SOCIALI
ED ECONOMICHE



SAPIENZA
UNIVERSITÀ DI ROMA

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



**UNIVERSITÀ
CATTOLICA**
del Sacro Cuore

Nota redazionale.

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

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

Per le Istituzioni:

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

Per i dati:

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

Criteri di selezione:

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

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

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

I curatori

Giorgio Banchieri

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

Antonio Giulio de Belvis

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

Maurizio Dal Maso

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

Emanuele Di Simone

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

Nicoletta Dasso

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

Lidia Goldoni

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

Francesco Medici.

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

Maria Piane

Socia ASQUAS, Associazione Italiana per la Qualità dell'Assistenza Sanitaria e Sociale. Laurea in Scienze Biologiche, Specializzazione in Genetica Medica, Dottorato in Genetica Medica e Master in Management E

Innovazione nelle Aziende Sanitarie, tutti conseguiti presso “Sapienza” Università di Roma. È ricercatore universitario SSD MED/03 presso il Dipartimento di Medicina Clinica e Molecolare della Facoltà di Medicina e Psicologia, “Sapienza” Università di Roma dove svolge la sua attività di ricerca in ambito di neurogenetica, cardiogenetica e oncogenetica. Svolge attività diagnostica presso l’Azienda Ospedaliera Sant’Andrea, UOD Genetica Medica, dove è strutturata come Dirigente biologo di I livello. Si occupa principalmente diagnosi di tumori eredo-familiari e di cardiopatie su base genetica.

Mario Ronchetti

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

Andrea Vannucci

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

Contatti.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Indice

Articolo di apertura	9
4° Congresso Nazionale ASQUAS – “SSN: Salviamo il capitale umano”	9
Quotidiano sanità - Qualità delle cure. “Se non salviamo il capitale umano il Ssn rischia di scomparire”. L’appello di ASQUAS, CDN ASQUAS	10
4° Congresso Nazionale ASQUAS – I nuovi organismi dirigenti ASQUAS	11
G. Banchieri e A. Vannucci (coordinatori e co-autori con altri) Ebook “Fragilità, cronicità e diseguaglianze di salute” – Cultura e salute Editore Perugia	16
Quotidiano sanità - <i>Determinanti di salute digitali e diseguaglianze</i> – G. Banchieri e A. Vannucci.	18
Quotidiana sanità – <i>Chi paga il welfare?</i> – G. de Belvis, G. Banchieri, S. Scelsi e A. Vannucci	21
Scienza in rete.it - <i>Gli sprechi nel Servizio Sanitario Nazionale: è possibile fornire raccomandazioni per combatterli?</i> - <u>Claudio Maffei</u>	28
MES ISSUP – <i>20° Innovazione e cambiamento per la sanità del domani</i>	31
Scenari della sanità	32
The Lancet – <i>Ricchezza e salute: Il determinante economico trascurato</i> . R. Baloghi e S. V. Katikireddi	32
The Lancet – <i>Realizzare il potenziale di leadership della Germania nella salute globale ...</i> - N. Muller e altri	33
The Lancet – <i>10 Americhe: un’analisi sistematica delle disparità nell’aspettativa di vita negli USA</i> . L. Dwyer e altri	35
Science - <i>Quanto potere hanno Trump e Kennedy per riorganizzare le agenzie sanitarie?</i> <u>Meredith Wadman</u>	36
Science - <i>I dilemmi di un campo</i> . <u>Kai Kupferschmidt</u>	39
Quotidiano sanità - “Non possiamo restare in silenzio”. 52 Associazioni lanciano un appello per sostenere la sanità pubblica	46
Quotidiano sanità - <i>Cure in ospedale: ecco l’Italia delle disuguaglianze. Dall’ictus ai parti cesarei, provincia che vai assistenza che trovi</i> . Ester Maragò	48
Quotidiano sanità - <i>Sciopero medici e infermieri. “Adesioni fino all’85%”</i> .	52
Il Sole 24 Ore - <i>Summit Salutequità: 7 leve per un Servizio sanitario nazionale davvero equo e sostenibile</i>	53
Quotidiano sanità - <i>Spesa sanitaria. Nel 2022 in Italia si spendevano 2.978 euro a persona. Quindicesimi a livello di spesa, con oltre 700 euro in meno pro capite rispetto a media europea. I dati Eurostat</i>	56
Il Sole 24 Ore - <i>Ocse: in Italia spesa pro capite di -586 euro rispetto alla media Ue. I moniti: bene la speranza di vita ma prepararsi al 33% di over 65 entro il 2050. Medici: il 27% è anziano....</i>	58
Quotidiano sanità - <i>Tassi di mortalità evitabile più alti a Napoli.... Il report Best dell’Istat</i>	59
Il Sole 24 Ore - <i>Attivazione dei nuovi servizi territoriali e razionalizzazione della spesa</i> . Alberto De Negri	62
Scenari del SSN	64
AIFA – <i>L’uso dei farmaci in Italia, Anno 2023</i>	64
Il Sole 24 Ore - <i>XXVI Congresso Aiom/ Oncologia, la mancata prevenzione falcia 200 vite al giorno. Cure: gap di 1.300 letti in 10 anni e ‘out of pocket’ da 1.800 euro l’anno a paziente</i>	70
Il sole 24 Ore - <i>Roma l’Healthcare Summit del Sole-24Ore</i>	72
Manovra di bilancio 2025	74
Il Sole 24 Ore - <i>Manovra/ Ufficio Parlamentare di bilancio, tasso di crescita fondi Ssn sempre inferiore a quello del Pil nominale programmatico. Rischio significativo aumento disavanzi SSR</i>	74
Quotidiano sanità - <i>Manovra. UPB: “Rischio di un significativo aumento del disavanzo dei servizi sanitari regionali”</i>	75
Il Sole 24 Ore - <i>Le posizioni del ministro Schillaci sulla sanità, le verità sulla manovra e lo stato dell’arte sul payback dispositivi</i> . Stefano Simonetti	77
Quotidiano sanità - <i>Manovra. L’audizione del Cnel: “Mantenimento spesa sanitaria stabile in termini di Pil potrebbe risultare inadeguato rispetto ai fabbisogni reali”</i>	79
Quotidiano sanità - <i>Manovra. L’allarme della Corte dei Conti: “La spesa sanitaria su Pil torna ai livelli pre Covid. È urgente una chiara riscrittura di quali possono essere i servizi garantiti in sanità”</i> - Giovanni Rodriguez	80
Quotidiano sanità - <i>Manovra. Gimbe: “Rispetto a misure previste mancano 19 mld da qui al 2030. Nel 2027 si scende al 5,9% del Pil, minimo storico”</i>	83
Quotidiano sanità - <i>Incremento Fondo sanitario. Meloni a Porta a Porta: “Sto a sbaglia tutti i conti”. Ecco perché il presidente del Consiglio ha ragione</i> . Giovanni Rodriguez	85
Performance delle aziende sanitarie da AGENAS 2024	89

Il Sole 24 Ore - <i>Performance manageriali del Ssn: da Agenas la classifica delle aziende ospedaliere e delle Asl.</i> Barbara Gobbi	89
Quotidiano sanità - <i>Italia spaccata a metà. Le migliori performance manageriali di Asl e Ao tutte al Nord. E il Sud si conferma fanalino di coda. I dati di Agenas, Ester Maragò</i>	91
Liste di attesa	99
Il Sole 24 Ore - <i>Corte conti: nebbia fitta sulle azioni di contrasto e sull'impiego dei fondi anti liste d'attesa. Nel periodo Covid e post Covid risorse in funzione "tappa-disavanzi"</i>	99
Sostenibilità	100
Il Sole 24 Ore - <i>Schillaci, nessun taglio a sanità pubblica ma intenso lavoro riforma</i>	100
Il Sole 24 Ore - <i>Manovra/ Quando pagano in pochi sanità e pensionati soffrono.</i> Claudio Testuzza	101
Quotidiano sanità - <i>Il Servizio Sanitario delle disuguaglianze e delle iniquità.</i> Alessandro Giustini	103
Quotidiano sanità - <i>Ha ragione il Governo: in molte Regioni le risorse vanno allocate meglio.</i> Claudio Maria Maffei	104
Quotidiano sanità - <i>Povertà sanitaria. Banco farmaceutico: riguarda 463.000 persone in Italia, +8,43% rispetto al 2023. E 102.000 sono minori</i>	105
Rapporto SVIMEZ 2024	107
One Health e clima	107
Quotidiano sanità - <i>L'Oms chiede l'integrazione urgente della salute nei negoziati sul clima in vista della Cop29</i>	107
The Lancet – <i>Nessuna soluzione miracolosa, nessuna scorciatoia: affrontare i determinanti commerciali della crisi climatica.</i> B. Legno e altri	109
The Lancet – <i>Colmare il divario di genere, clima e salute: la strada verso la COP 29.</i> K. R. Dakaan e altri	111
Quotidiano sanità - <i>Aspettativa di vita di 80,6 anni in Ue nel 2022, e in Italia sale a 82,8. I dati Eurostat</i>	119
Il Magazine – <i>Leopolda salute: salute bene comune</i>	121
Il Sole 24 Ore - <i>Come studiamo i rapporti tra ambiente e salute: l'esposoma e gli effetti di acqua contaminata e cibo processato.</i> Paolo Vineis	122
The Lancet – <i>Il rapporto cinese del 2004 del Lance Countdown su salute e cambiamenti climatici.</i> W. Cai e altri	124
Sanità pubblica e privata	128
Salute Internazionale - <i>La sanità pubblica non è una priorità.</i> Nerina Dirindin e Enza Caruso	128
Il Sole 24 Ore - <i>Sanità integrativa: 2,8 mld di prestazioni ma solo il 20% dei lavoratori conosce gli strumenti di welfare aziendale</i>	131
The NEJM- <i>Celebrare la salute pubblica.</i> Eric J. Rubin	131
Quotidiano sanità - <i>Ddl concorrenza. Stop alle nuove regole per l'accreditamento e gli accordi contrattuali con il Ssn per le strutture private. Ok a sospensione per due anni</i>	133
Pandemie in essere e in arrivo	134
Quotidiano sanità - <i>MPOX. La malattia resta emergenza sanitaria internazionale. Oms: "Preoccupazione per impennata casi e loro diffusione geografica"</i>	134
Il Sole 24 Ore - <i>Vaccini, l'Oms individua 17 agenti patogeni prioritari su cui concentrare la R&S.</i> Barbara Gobbi	135
Salute Internazionale - <i>Trump, la salute e la scienza.</i> The Lancet	137
Salute Informazione - <i>Aderenza terapeutica, Aifa: "Non rispettarla costa al SSN due miliardi ogni anno".</i> I.Faggiano	139
Science - <i>Le principali linee guida globali sulla bioetica ricevono un aggiornamento "drammatico".</i> C. O'Grad	140
Science - <i>Le matrici di contatto generalizzate consentono di integrare le variabili socioeconomiche nei modelli epidemici.</i> Adriana Manna e altri	142
Science - <i>Le "protocellule" create in laboratorio forniscono indizi su come è nata la vita.</i> Mitch Leslie	146
Science - <i>Non ci crederai.</i> Kai Kupferschmidt	147
The Lancet – <i>Una salute, un'influenza: la ricomparsa della influenza aviaria.</i>	151
L'ospedale che cambia	152
ANAC - <i>Report Anac sui medici 'gettonisti', boom del fenomeno dopo la pandemia</i>	152
Il Sole 24 Ore - <i>SIMEU: carenza di personale, boarding e accessi impropri le emergenze del Pronto Soccorso</i>	153
Quotidiano sanità - <i>Emergenze sanitarie. Stati Oms Europa adottano due strategie per migliorare preparazione e risposte coordinate</i>	156
Quotidiano sanità - <i>Quello che c'è da sapere sulla classifica Agenas dei migliori ospedali-</i> Claudio Maria Maffei	158
Quotidiano sanità - <i>Specializzandi. Sono 14.615 quelli da formare per il 2024/2025 e 14.575 quelli per il 2025/2026.</i>	160

Elsevir – <i>Experience of Hospital staffs during the Covid 19 pandemic: Phase of initial crisis to phase of adapation.</i> K. Aryal e altri	162
Salute Internazionale - <i>Ammalarsi in ospedale.</i> Federico Lattanzi, Betty Perticarini e Andrea Degano	162
Nursing	166
Il Sole 24 Ore - <i>Professioni sanitarie, frena a -3,8% il calo delle domande di ammissione ai corsi di laurea a fronte di un +3,3% di posti a bando. L'occupazione sfiora il 77%. Fisioterapisti primi per "appeal".</i> Angelo Mastrillo	166
Il Sole 24 Ore - <i>Revisione delle professionalità sfida ineludibile per un nuovo ecosistema lavorativo.</i> Renzo Ricci	171
Quotidiano sanità - <i>Infermieri di famiglia e comunità. Una risorsa strategica per il futuro dell'assistenza territoriale</i>	172
Quotidiano sanità - <i>In Italia la spesa sanitaria pro capite è di 586 euro più bassa rispetto alla media europea. Siamo il Paese con i medici più anziani e resta grave la carenza di infermieri. Il rapporto Ocse.</i>	174
IJNS – <i>Effetti degli advanced practice nurses sui costi dell'assistenza sanitaria ...</i> M. Fajarini e altri	179
Sanità, sociale e Long Term Care	180
WHO – <i>State of long-term care</i>	180
Sossanità.it - <i>Le centrali operative del 116117</i> - Franco Pesaresi	181
Welforum.it - <i>Gli anni guadagnati nell'invecchiamento sono in buona salute?</i> Franco Pesaresi	186
Welforum.it - <i>Cure domiciliari per i non autosufficienti: serve un aggiornamento del quadro normativo –</i> F.Pesaresi	187
Welfare Italia - <i>Rapporto 2024 del Think Tank "Welfare Italia".</i> Unipol-SAI e Studio Ambrosetti	190
Quotidiano sanità - <i>Servizi sociali. La spesa dei Comuni varia dai 37 euro pro capite della Calabria ai 429 euro del Trentino-Alto Adige</i>	202
IFEL – Federsanità ANCI – <i>Salute e territorio. I servizi socio-sanitari dei Comuni italiani, 2023</i>	204
Quotidiano sanità - <i>Tossicodipendenze. Più richieste ai Ser.D, ma personale in calo del 6% in 5 anni. Eroina e cocaina le sostanze più utilizzate. Il Rapporto</i>	205
Quotidiano sanità - <i>Caregiver, un ruolo difficile.</i> Marina Vanzetta	208
Quotidiano sanità - <i>Nelle aree interne del Paese si gioca la vera sfida della casa come primo luogo di cura.</i> Gennaro Sosto	208
Digitalizzazione e telemedicina	210
The Lancet – <i>Atteggiamenti e percezioni dei ricercatori medici nei confronti dell'uso di chatbot di intelligenza artificiale nel processo scientifico: un'indagine trasversale internazionale.</i> J. Y. Ng e altri	210
Quotidiano sanità - <i>Un ospedale su tre subisce cyberattacchi. E il fenomeno è in aumento. L'allarme Onu e Oms</i>	222
Economia e sanità	224
Almalaurea – <i>Un neolaureato italiano se si trasferisce all'estero guadagna quasi il 60% in più</i>	224
Idealista news.it - <i>A quanto ammonta la pressione fiscale nei Paesi europei nel 2024?</i> Flavio Di Stefano	225
Il Sole 24 Ore - <i>La ricchezza degli italiani raccontata con mappe e grafici.</i> Infodata	226
Fisco Equo.it - <i>Contraddizioni, debolezze e paure elettorali della politica fiscale del governo Meloni.</i> V. Visco	230
Fisco Equo.it - <i>L'Italia spaccata dell'Irpef: il 15% dei contribuenti paga i servizi per tutti gli altri (Sole24Ore)</i>	232
Fisco Equo.it - <i>Gli scaglioni "effettivi" dell'Irpef per i dipendenti ora sono sei: situazione non equa e poco seria.</i> Vincenzo Visco	233
La Voce.info - <i>Tre grafici sull'evasione fiscale e contributiva.</i> Eleonora Trentini	234
Domani - <i>L'Ue non risponda a Trump con Draghi: serve una nuova politica del desiderio.</i> Fabrizio Barca	236



RAZIONALE

- Dalla salute del SSN dipende la salute e il benessere dei cittadini e di tutta la popolazione. Da anni, si riscontra un impoverimento continuo sul piano economico, organizzativo, quantitativo e qualitativo delle prestazioni del nostro sistema. Il personale del SSN rappresenta l'elemento centrale nella produzione del bene salute e ha dimostrato, con la sua resilienza, di saper affrontare anche crisi molto gravi come la recente pandemia COVID 19. Il sistema ha retto ma con forti contraccolpi una volta terminata l'emergenza. È mancato il riconoscimento effettivo dei ruoli e delle professionalità che avevano permesso, ad alti costi umani, la sopravvivenza della popolazione. L'impegno di ASQUAS è oggi quindi mirato a sostenere gli investimenti necessari ad irrobustire il SSN e il suo capitale umano e in questa prospettiva il Convegno approfondirà i diversi aspetti e le criticità emergenti per cercare di individuare e proporre soluzioni comuni percorribili. (Scenario di fondo, numero dei professionisti, aspettative di vita, periodo di sopravvivenza nel sistema, prospettiva di carenza di medici e soprattutto infermieri).
- Complessità dei modelli organizzativi e delle risorse coinvolte a tutti i livelli nell'operatività e nel governo del sistema. Il modello di integrazione delle professioni sperimentato e attivato sul campo durante la pandemia non è entrato a regime nel sistema, con difficoltà di integrazione professionale e di organizzazione/gestione del quotidiano, ignorando la centralità del paziente.
- Stress continuo, burn out dovuto a ritmi incalzanti, tempi di lavoro eccessivi (a detrimento dei tempi di vita), liste di attesa discriminanti, fuga dalle aree più esposte come il pronto soccorso e ricerca di maggiori spazi di qualificazione e soddisfazione lavorativa, rischi di aggressioni ecc. Quali le risposte possibili.

7 Novembre 2024

Sala Giorgio Fregosi - Via IV Novembre 119/A - Roma

Qualità delle cure. “Se non salviamo il capitale umano il Ssn rischia di scomparire”. L’appello di ASIQUAS

Implementare un’assistenza al paziente sempre più sicura e di qualità, per ridurre il divario tra conoscenze e pratica clinica e le diseguaglianze nel Paese. Queste le urgenze segnalate dall’Associazione Italiana per la Qualità dell’Assistenza Sanitaria e Sociale durante il Congresso nazionale per salvaguardare il Ssn e il suo capitale umano. Antonio Giulio de Belvis è il nuovo Presidente

“Il futuro del Sistema Sanitario Nazionale passa per il benessere e la soddisfazione dei professionisti che lo animano. Occorre salvaguardare la forza lavoro presente e futura, puntando sul capitale umano, assistenziale ed amministrativo, del Ssn, ricchezza di conoscenze, competenze, abilità, emozioni e relazioni”.

Questo il monito emerso dal Congresso nazionale di ASIQUAS, l’Associazione Italiana per la Qualità dell’Assistenza Sanitaria e Sociale.

“Senza una solida base di capitale umano nell’erogazione dell’assistenza, nella gestione delle strutture e nei servizi di supporto – segnala l’Associazione –, i Sistemi sanitari non potranno garantire i risultati finora conseguiti. Non saremo in grado di assicurare una buona tenuta di qualità e sicurezza delle cure, i pazienti attenderanno sempre più a lungo per gli appuntamenti, con maggiori rischi di incorrere in complicanze ed errori medici. Per il personale stesso, sta già da ora aumentando il rischio di burnout, di insoddisfazione e di carichi di lavoro eccessivi tra gli operatori sanitari, specie tra quelli impegnati in prima linea”.

“La centralità della sanità pubblica – prosegue ASIQUAS – vuol dire anche costruire percorsi di carriera, attività di aggiornamento e di ricerca, di implementazione digitale e tecnologica, di ridefinizione dei ruoli, delle mansioni, delle competenze garantendo non solo il “turn over” del personale, ma anche il suo sviluppo e la sua qualificazione. Bisogna far crescere le motivazioni di scelta per il servizio pubblico tra i giovani professionisti ed operatori in una logica di appartenenza ad un sistema riconosciuto e apprezzato dal resto del sistema Paese”.

ASIQUAS, l’Associazione Italiana per la Qualità dell’Assistenza Sanitaria e Sociale, già SIQUAS - VQR, è la prima associazione italiana sui temi del Miglioramento Continuo della qualità e della sicurezza ed ha fondato 25 anni fa ad Udine l’associazione mondiale ISQUA (International Society for Quality in Healthcare) e quella europea ESQUA (European Society for Quality in Health Care).

Antonio Giulio de Belvis nuovo Presidente Il Congresso ha anche rinnovato all’unanimità gli Organi elettivi di ASIQUAS. Del nuovo Consiglio Direttivo Nazionale, che quest’anno ha privilegiato l’ingresso di giovani professionisti, non solo medici ed infermieri, ma anche economisti sanitari e matematici, fanno parte: Caterina Elisabetta Ammodeo, Giorgio Banchieri, Silvia Boni, Mara Cazzetta, Antonio Giulio de Belvis, Maurizio del Maso, Emanuele Di Simone, Francesco Medici, Filippo Paoletti, Maria Piane, Silvia Scelsi, Susanna Sodo.

Il Nuovo Direttivo ha eletto Antonio Giulio de Belvis nuovo Presidente di ASIQUAS, Caterina Elisabetta Ammodeo è stata confermata come Vice-presidente e Giorgio Banchieri come Segretario. Roberto Kowalik, Egidio de Mattia e Susanna Greghini costituiscono il nuovo Collegio Sindacale, che ha scelto come suo Presidente Stefania Greghini. Il Direttivo ha inoltre rinnovato l’incarico di Direttrice della Rivista QA a Mara Cazzetta, che sarà coadiuvata da Piergiorgio Salerno nella cura del sito aziendale e delle attività social.

Nel suo intervento programmatico, Antonio Giulio de Belvis, Professore alla Cattolica e Clinical Governor del Policlinico Gemelli, si è soffermato su una parola-chiave: implementazione: “C’è ormai diffuso consenso sugli strumenti di miglioramento continuo di qualità e sicurezza nelle organizzazioni socio-sanitarie (Pdta e reti di patologia, best practices, lean, Audit&Feedback, value based healthcare...). ASIQUAS si impegna ad aiutare fattivamente le organizzazioni e i professionisti ad implementarli con interventi di formazione e di supporto rigorosi, sostenibili ed innovativi”.

https://www.quotidianosanita.it/lavoro-e-professioni/articolo.php?articolo_id=125713



4° Congresso Nazionale ASQUAS – Nuovi Comitato Direttivo Roma 7 novembre 2024



Antonio Giulio De Belvis

Membro Comitato Direttivo Nazionale di ASQUAS, Associazione Italiana per la Qualità dell'Assistenza Sanitaria e Sociale. Laurea in Medicina, Specializzazione in Igiene e Medicina Preventiva, Master in Statistica ed Epidemiologia. Professore Associato di Igiene Generale ed Applicata presso la Facoltà di Economia dell'Università Cattolica del Sacro Cuore di Roma (H-Index Scopus: 16).

Direttore dell'Unità di Percorsi Critici e Valutazione delle Prestazioni presso il Policlinico "Agostino Gemelli" IRCCS di Roma, dal 2012. In questo periodo ha attivato e implementato oltre 60 Percorsi di Clinico Assistenziali. Già Coordinatore e Segretario Scientifico dell'Osservatorio Nazionale sulla Salute nelle Regioni Italiane e curatore del Rapporto Osservasalute. Referente per l'Italia dello *European Observatory on Health Care Systems and Policies* e coordinatore del report *HIT-Italy* 2014 e 2022. Già componente del Nucleo Valutazione Performance ASST Papa Giovanni XXXIII di Bergamo (2012-2016) e del Nucleo Aziendale di Valutazione – Azienda Sanitaria Locale n. 2 Abruzzo (dicembre 2015- luglio 2018).



Caterina Elisabetta Amoddeo

Vice Presidente Nazionale di ASQUAS, Associazione Italiana per la Qualità nella Assistenza Socio Sanitaria.

Medico Igienista, Laurea e specializzazione all'Università degli Studi di Pavia. Direttore della UOC Igiene aziendale e successivamente Direttore della UOC Sviluppo della Formazione e del Governo Clinico, con incarico ad interim di Direttore Sanitario Aziendale della AO "San Camillo Forlanini" di Roma.

Già Dirigente Medico alla ASL di Crema e successivamente presso la ASL Città di Milano.

Consulente/Formatore per lo sviluppo di Percorsi Diagnostico Terapeutico Assistenziali (PDTA) presso l'Azienda Ospedaliera "G. Brotzu" di Cagliari, presso l'ASL Roma 1 e ASL Teramo.

Relatore e docente a numerosi corsi aziendali e nazionali; responsabile scientifico di numerosi progetti formativi accreditati ECM; docente dal 2013 al Master 2° livello MIAS – DISSE Università Sapienza Roma e dal 2014 al 2019 docente al Master 2° livello MAS LUISS Business School di Roma.



Silvia Scelsi

Pass President Nazionale ASIQUAS, Associazione Italiana per la Qualità dell'Assistenza Sanitaria e Sociale, Presidente Nazionale ANIARTI, Società scientifica degli infermieri di area critica, già Presidente IRC, *Italian Resuscitation Council*, Laurea magistrale in Scienze Infermieristiche, Diploma in master di Management sanitario e di specializzazione clinica, Direttore del Dipartimento delle Professioni Sanitarie dell'Istituto "G. Gaslini" in Genova, già Responsabile della Programmazione e direzione delle professioni sanitarie e ausiliari dell'ARES 118 del Lazio, già responsabile Formazione ECM presso AO "San Camillo Forlanini" di Roma, già

responsabile del coordinamento dei mezzi di soccorso dell'AO "San Giovanni Addolorata" di Roma, responsabile, coordinatrice didattica e docente di diversi master sui servizi di emergenza e urgenza presso Università "Sapienza" e Università Cattolica "A. Gemelli" di Roma. Referente di diversi progetti nazionali di ricerca sull'organizzazione dei servizi di emergenza e urgenza e sugli skill professionali correlati. Ha scritto articoli e studi su testate impattate e con Editori specializzati.



Giorgio Banchieri

Segretario Nazionale del CDN ASIQUAS, 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; Responsabile "Area Sanità", progettistica didattica e docente di master di 1 e 2 Livello presso la Business School LUISS in 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 Università Politecnico della Marche, presso Università del Salento, presso l'Università del Molise. Consulente su progetti per "ORACLE", "Simens Italdata", "AKROS Informatica", "Data Management", "Società Italiana di monitoraggio SPA". Coordinatore della Redazione prima di "Covid 19 Review" e poi di "ASIQUAS Covid 19 Review". Direttore di "www.osservatoriosanita.it"; già Direttore FIASO, Federazione Italiana Aziende Sanitarie e Ospedaliere, membro Comitato Programma Nazionale Esiti – PNE; Membro Comitato del Tavolo Tecnico AGENAS e Regioni Re.Se.T., Reti per i Servizi Territoriali. Già Direttore della FIASO, Federazione Italiana Aziende Sanitarie e Ospedaliere, Direttore di "Sanitalia Lazio", Direttore di "IFA International Foundation of Anaiology". Socio e membro del CDN di SIQUAS VRQ.



Maurizio Dal Maso

Membro Comitato Direttivo Nazionale di ASIQUAS, 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.

Dal febbraio 2021 è Direttore Sanitario dell'Istituto Ricerche Cliniche Fanfani di Firenze.



Silvia Boni

Esperta di Formazione e Project Manager di Progetti sulla salute finanziati da fondi nazionali e europei.

E' stata Dirigente dell'U.O. Politiche Sociali e Sanità di **Formez PA** e Responsabile di numerosi progetti pluriennali tra i quali, **Guadagnare Salute**, rendere facili le scelte salutari, del Dipartimento Prevenzione del Ministero della Salute, **Progetto Azioni di Sistema per il conseguimento del target relativo ai servizi di assistenza domiciliare integrata per la popolazione anziana**, Fondi FAS, Committenti Dipartimento Politiche Famiglia, Ministero del Lavoro Politiche Sociali.

Ha collaborato con **AGENAS** come Responsabile al settore Ricerche e Progetti europei, e come Project Manager della elaborazione e prima annualità di attivazione del **Progetto PON GOV Cronicità- Sostenere la sfida alla cronicità con il supporto dell'ICT**, il cui beneficiario è il Ministero della Salute, Direzione generale della programmazione, e ha elaborato e seguito il Progetto Portale della Trasparenza per i Servizi per la Salute, fino alla sua approvazione. Socio Fondatore di ASIQUAS.



Maria Piane

Membro di ASIQUAS, 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 di diagnosi di tumori eredo-familiari e di cardiopatie su base genetica.

Tutor master MIAS, Management e Innovazione nelle Aziende Sanitarie del DISSE, Dipartimento di Scienze Sociali ed Economiche, Univ. «Sapienza», Roma.



Francesco Medici

Laureato in Medicina e Chirurgia a Roma La Sapienza, Specialista in Chirurgia generale, Master universitario II livello in "Direzione Strategica delle aziende sanitarie" Università di Torino, Master universitario II livello "Management e innovazione nelle aziende sanitarie" (MIAS) Master primo livello: "Personale, organizzazione e riforma della Pubblica Amministrazione - Pianificazione, misurazione e valutazione della performance" presso la LUISS, Docente MIASS, Docente di Igiene presso Scuola infermieri e Scuola fisioterapisti Università La Sapienza di Roma.

Medico di Pronto Soccorso poi medico presso la UOSD del Risk management, quindi medico di Direzione sanitaria. Oggi Direttore della UOSD "Gestione Blocchi operatori e P.O. Centralizzata", direttore ff della UOSD "Organizzazione Sanitaria e reti" e direttore ff della UOSD "Gestione Attività Ambulatoriali e Libera Professione". Presso l'A.O. San Camillo Forlanini di Roma, Dal 1996 al 1999 Eletto Membro del comitato direttivo dell'Ordine dei Medici ed Odontoiatri di Roma.

Pubblicati 20 lavori scientifici, Coautore 1 Libro, Numerosi Articoli su riviste on line.



Emanuele Di Simone

Laureato in Scienze Infermieristiche e Ostetriche, ha conseguito un Dottorato di Ricerca in Scienze Infermieristiche e Sanità Pubblica.

Autore e co-autore di diverse pubblicazioni scientifiche di rilievo nazionale e internazionale, da diversi anni ricopre incarichi di docenza presso diversi corsi di laurea.

Socio ASIQUAS, è attualmente assegnista di Ricerca MED/45 presso Sapienza Università di Roma con un progetto che si focalizza sui Determinanti Sociali di Salute e sull'Health-Equity.



Susanna Sodo



Dott.ssa in Scienze Infermieristiche e Ostetriche, conseguito Master di II° livello in Management e Innovazione delle Aziende Sanitarie (MIAS), esperta in gestione di progetti adottando logiche e metodologie di cambiamento organizzativo e/o di riprogettazione di processi, esperta in Rischio Clinico e implementazione di nuovi modelli organizzativi.

Insignita dell'onorificenza di **Cavaliere al Merito della Repubblica Italiana** giugno 2021

Ha operato in ambito pubblico c/o Policlinico Umberto I- Università la Sapienza per 36 anni di cui 24 sempre in staff alla Direzione strategica, **dal 1 Ottobre 2023 a tutt'oggi, Responsabile Nazionale dei Servizi Socio-Sanitari** c/o Nuova Sair

E' Professore a contratto e docente in ambito universitario, partecipa a convegni nazionali e internazionali e pubblica su riviste scientifiche.

Ha conseguito la certificazione avanzata **Project Management** - ISIPM nel 2019 e la relativa Certificazione CEPAS nel 2020, regolarmente iscritta Registri AICQ-Sicev e ACCREDIA.

Membro e Tesoriere del Comitato Direttivo Nazionale della Società Scientifica della qualità **AsIQUAS** (Associazione Italiana per la Qualità delle Cure Sanitarie e Sociali). Il suo interesse primario è la promozione della cultura della qualità, dell'innovazione e dello sviluppo organizzativo, e la gestione dei progetti applicando la metodologia Lean e i principi del Project Management.



Mara Cazzetta

Membro del Consiglio Nazionale ASIQUAS dal 2016. Sociologa. Specializzata in Economia e Management sanitaria - Università di Tor Vergata. Master in Welfare Locale e della cittadinanza - Università Sapienza di Roma. Direttore della Rivista QA.

Ha seguito nel corso degli anni, in qualità di consulente, progetti di qualità in sanità. Docente presso il Master di Management e Innovazione nelle aziende sanitarie del Dipartimento delle scienze Sociali ed Economiche.. Dipendente ASL ROMA 2.



Filippo Paoletti

Medico di medicina generale in ASL Roma 1. Laureato in Economia presso l'Università Politecnica delle Marche (2009) e in Medicina e Chirurgia presso l'Università Cattolica del Sacro Cuore di Roma (2019). Ho poi perfezionato la mia formazione presso London School of Economics seguendo il corso executive in Evaluation of Healthcare Interventions and Outcomes (2021-2024).

Oltre all'attività clinica, svolta sempre nell'ambito delle Cure Primarie e della Continuità Assistenziale, prima presso INMI Spallanzani e poi ASL RM1, collaboro ormai da diversi anni con l'Università Cattolica del Sacro Cuore e la Fondazione Policlinico Universitario A. Gemelli su tematiche relative a percorsi assistenziali, quality improvement e misurazione degli outcome.

4° Congresso Nazionale ASIQUAS – Nuovo Collegio Sindacale Roma 7 novembre 2024



Stefania Greghini

Responsabile di Funzione Organizzativa "Risk Management" nella UOC Sicurezza Qualità e Risk Management ASL ROMA 1 Titolo di studio Laurea Specialistica in Scienze Infermieristiche ed Ostetriche

FORMAZIONE SPECIALISTICA Corso di Alta Formazione in Scienza e democrazia Università la Sapienza di Roma - Dipartimento di Biologia e Biotecnologie C. Darwin (3 CFU) Corso di Alta Formazione per Auditor/Responsabile Gruppo Audit di Sistema di Gestione Per la Qualità UNI EN ISO 9001:2015, realizzato da Kiwa Cermet Idea, riconosciuto da AICQ SICEV, Master di II Livello in "Risk Management: decisioni, errori e tecnologia in medicina" Università Cattolica del Sacro Cuore ALTEMS Roma, Master II° Livello di Management Innovazione Aziende Sanitarie (MIAS) Università La Sapienza di Roma Corso di 40 ore di Qualificazione come Valutatore Auditor di S.G.Q. nel Settore Sanitario ISO 9001:2008 e 19011:2003- Superamento di esame finale CEPAS- Iscritta al Registro dei Facilitatori per la Qualità dal 13 maggio 2010 con numero di iscrizione F1041007Laziosanità-Agenzia di Sanità Pubblica- Regione Lazio Percorso formativo per Facilitatori e Valutatori per la Qualità e l'Accreditamento a seguito del quale ha conseguito l'idoneità a Facilitatore per l'accREDITAMENTO



Roberto Kowalik.

Nel 2015 ho conseguito la Maturità scientifica al Liceo Scientifico Statale Taletti di Roma con tesina sui legami tra determinismo della Fisica classica e libero arbitrio.

Nel 2018 mi sono laureato in Matematica presso l'Università degli studi di Roma La Sapienza con Tesi sullo studio di alcuni utili strumenti di Analisi Matematica e loro applicazione a problemi di Fisica, in particolare negli ambiti dell'elettrostatica e dell'elasticità.

Ho insegnato come professore di Matematica e Fisica presso il Liceo Scientifico Statale Louis Pasteur di Roma e il Liceo Scientifico e Scientifico sportivo San Giovanni Battista di Roma.

Dal 2019 sono studente di Medicina e Chirurgia presso l'Università Cattolica del Sacro Cuore di Roma – Policlinico Gemelli. Attualmente sono al sesto ed ultimo anno e sto preparando una Tesi sull'impatto dell'intelligenza artificiale e dell'industria 4.0 sulla qualità e la sicurezza dell'assistenza sanitaria.



Egidio De Mattia

Dottore Magistrale in Healthcare Management (in lingua inglese) presso l'Università Cattolica del Sacro Cuore, sede di Roma, attualmente dottorando di ricerca in Health Systems and Service Research.

Dal 2021 lavoro presso la Fondazione Policlinico Universitario Agostino Gemelli IRCCS come Process Analyst all'interno della UOC PeVOC (Percorsi e Valutazione Outcome Clinici), con responsabilità che includono:

1. Coordinamento, progettazione, diffusione e implementazione dei Percorsi Clinico Assistenziali (PCA);
2. Partecipazione attiva nel sistema di monitoraggio interno per la valutazione dell'impatto dei PCA sui processi assistenziali e la misurazione degli outcome all'interno della FPG;
3. Predisposizione di report per gli stakeholder aziendali;
4. Contributo alla redazione dei verbali di audit clinici (analisi dei dati, condivisione dei risultati e sviluppo di azioni di miglioramento concrete).



Summary

Siamo in un contesto di *“tempesta perfetta”*: sindemia post pandemia da SARS-COV-2, crisi della globalizzazione e dinamiche geopolitiche che cambiano gli equilibri politico istituzionali e i ruoli globali, due guerre in atto ai confini della UE, i Paesi una volta sviluppati sono, chi più chi meno, caratterizzati da una crisi del ruolo dei ceti medi e dei ceti produttivi, crisi economica e sociale e pauperizzazione globale ... la ricchezza sempre più concentrata (1% della popolazione globale) e il restante 99% con solo l'1% (Osservatorio OXFAM 2023).

Si fanno sempre meno figli e si vive più a lungo ... per ora. Aumentano le fragilità proxy di cronicità e diseguaglianze sociali, economiche e ... di salute. In questo contesto per affrontare i temi relativi a fragilità, cronicità e diseguaglianze gli autori hanno ritenuto di dovere ripartire dalle definizioni e dagli approcci.

Innanzitutto è cambiato il concetto di malattia (Bernardino Fantini, Università di Ginevra) ... sempre meno acuzie, sempre più cronicità. Il tutto in una visione che dovrebbe essere di *“One Health”* e determinare scenari di policy nella Regione WHO Europea (Chris Brown e Luigi Bertinato, WHO, sede di Venezia). Ripensare i concetti di cronicità e fragilità comporta conoscere i bisogni e saper fare analisi stratificata del

rischio di popolazione (Giorgio Banchieri e Andrea Vannucci, ASIQUAS), così anche per la non autosufficienza (Franco Pesaresi, ASIQUAS).

Servono nuovi approcci al cambiamento organizzativo ripensando skill e competenze tecniche e professionali (Silvia Boni, ASIQUAS) e inducendo nuove competenze anche nella formazione manageriale (Laura Franceschetti, Università "Sapienza"), come nei modelli e negli strumenti di cambiamento organizzativo e Project e Lean management (Maurizio Dal Maso, ASIQUAS).

Una attenzione particolare viene data nell'ebook al tema della digitalizzazione nella sua dimensione attuale 4.0 sia nel suo impatto più globale sui processi di cura e di gestione (Angelo Rossi Mori, CNR), che nel suo potenziale di sviluppo tramite data analytics e predittività verso la medicina di precisione e personalizzata (Michele Fanello, Sanitova), nonché a supporto della presa in carico e gestione del paziente (Stefania Mancini, MMW.srl).

Oltre a questi "scenari" si è voluto tener conto dei nuovi approcci degli "osservatori" che si occupano di sanità e sociale quale quello del CREA (Federico Spandonaro e Daniela D'Angelo) che ha evidenziato i nuovi contorni delle disuguaglianze di salute nel nostro Paese oggi e in divenire, quale quello sul benessere e sulla vicinanza delle cure della LUISS/Fondazione "B. Visentini" (Duilio Carusi e Camilla Russo), quale quello sulla salute degli italiani dell'Università Cattolica (Alessandro Solipaca) e gli osservatori e i progetti di Cittadinanzattiva sulla desertificazione sanitaria e gli accessi ai servizi (Francesca Moccia), nonché una survey sull'evoluzione delle normative in materia e sulle loro criticità (Rocco junior Flacco, Ministero della Sanità).

Infine si è ritenuto utile raccogliere una serie di esperienze dai territori e dalle comunità tendo conto degli apporti sulla medicina generale e le comunità dell'Alleanza per la Riforma delle Cure Primarie/Libro Azzurro (Fulvio Lodati), i progetti e le survey sui temi con particolare riferimento ai consumi di farmaci dell'Istituto "Mario Negri" di Milano (Alessandro Nobili), sull'esperienza delle reti integrate in Toscana della Fondazione Sicurezza in Sanità (Enrico Desideri), sulle procedure per gestire le dimissioni protette tra AOPU "S. Andrea" e le ASL Roma 1, 4 e 5 (Daniela Donetti), sulle esperienze per l'abbattimento delle barriere e delle discriminazioni dei disabili nell'accesso ai servizi sanitari in Toscana (Maria Teresa Mechi e Virginia Serrani) e la costruzione e gestione delle cronicità presso la ASL di Rieti (Marinella D'Innocenzo).

L'ebook vuole essere una raccolta di esperienze, di dati e di analisi, nonché di modelli e strumenti gestionali per affrontare il tema della fragilità, della cronicità e delle disuguaglianze di salute in un approccio olistico e di "One Health". In sintesi uno strumento di lavoro per gli operatori sanitari e sociosanitari interessati ai temi trattati.



Determinanti di salute digitali e disuguaglianze

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

L'OMS ha sostenuto la necessità di concentrarsi sui determinanti sociali di salute per ottenere equità d'accesso e di cure e assistenza. I determinanti sociali sono fattori non clinici che influenzano i risultati sanitari.

Includono le condizioni in cui le persone nascono, crescono, lavorano, vivono e invecchiano, e il più ampio insieme di forze e sistemi che modellano le condizioni della vita quotidiana.

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

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

B) Determinanti prossimali che includono:

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

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

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

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

Un approccio multilivello per ridurre le disuguaglianze

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

L'alfabetizzazione sanitaria digitale ha, tra tutti i fattori che favoriscono l'accesso per tutti ai benefici della sanità digitale, un ruolo chiave. L'alfabetizzazione sanitaria di un individuo è definita come la capacità di trovare, comprendere, valutare e utilizzare informazioni e servizi per prendere decisioni relative alla salute correlate ai risultati sanitari. [5-6]. Fondamentale rispetto alle persone anziane, disabili, poli croniche e non autosufficienti coinvolgere i caregiver familiari o espressione del volontariato, tutte risorse da valorizzare.

L'alfabetizzazione sanitaria digitale si riferisce alla capacità di un individuo di interfacciarsi e interagire efficacemente con la tecnologia digitale, comprendendo tutte le competenze di cui ha bisogno per trovare, comprendere, valutare e applicare informazioni sanitarie specificamente da fonti elettroniche. Con il crescente utilizzo delle tecnologie digitali nell'assistenza sanitaria, l'alfabetizzazione sanitaria digitale è emersa come una priorità per le organizzazioni sanitarie e i governi per riuscire a coinvolgere il maggior numero di potenziali fruitori.

In conclusione

Gli individui con migliori competenze tecnologiche sono più informati e abili nella gestione della propria salute perché capaci di interagire con app, strumenti e piattaforme digitali e la telemedicina. Anziani, soggetti fragili e/o con malattie croniche già rappresentano una popolazione particolarmente vulnerabile. Le loro caratteristiche sociali ed economiche riducono le loro opportunità di accedere anche alle informazioni

sanitarie online. Inoltre, possono avere difficoltà a causa della ridotta reattività o del declino dello stato funzionale o della scarsa propensione ad apprendere nuove tecnologie.

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

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

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

1) Lomazzi M, Borisch B, Laaser U. *The Millennium Development Goals: Experiences, achievements and what's next. Global Health Action*. 2014;7. <https://doi.org/10.3402/gha.v7.23695> PMID: 24560268

2) World Health Organization. *Health in 2015: from MDGs, Millennium Development Goals to SDGs, Sustainable*

Development Goals. World Heal Organ. 2015.

3) Menne B, Aragon De Leon E, Bekker M, Mirzikashvili N, Morton S, Shriwise A, et al. *Health and wellbeing*

for all: An approach to accelerating progress to achieve the Sustainable Development Goals (SDGs) in countries in the WHO European Region. Eur J Public Health. 2020:30.

4) Dahlgren G, Whitehead M. *The Dahlgren-Whitehead model of health determinants: 30 years on and still chasing rainbows*. Public Health. 2021;199.

5) Giorgio Banchieri, Laura Franceschetti, Andrea Vannucci, "Eguaglianza", "Equità" e "Diseguaglianze di salute", *Quotidiano sanità*,

6) Bresolin LB. *Health literacy: Report of the council on scientific affairs*. JAMA. 1999; 281(6).

7) Norman CD, Skinner HA. *eHealth literacy: Essential skills for consumer health in a networked world*. J Med Internet Res. 2006;8.

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

Chi paga il welfare?

Antonio Giulio De Belvis, Presidente Nazionale ASQUAS, Docente Univ. "Gemelli", Roma

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

Silvia Scelsi, Pass President ASQUAS e Presidente ANIARTI

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

Professionisti e manager della sanità abbandonano una volta per tutte la convinzione che le soluzioni e i rimedi possano essere trovati all'interno del sistema ed imparino a guardare fuori per trovare idee nuove. Governanti, politici, amministratori si liberino dalla presunzione del sapere come si fa e aderiscano ad un confronto aperto e costruttivo tra tutti gli attori coinvolti, dalle istituzioni ai professionisti sanitari, dai cittadini alle aziende

22 NOV -

Non paghiamo le tasse ...

Secondo ISTAT i redditi prodotti nel 2022, dichiarati nel 2023 ai fini IRPEF, sono stato pari a 970 miliardi, per un gettito IRPEF generato di 189,31 miliardi, in aumento del 6,3% rispetto al 2021, ma inferiore alla crescita del PIL nominale (+7,7%). L'indice IPCA, Indice armonizzato dei prezzi al consumo è stato apri a +8,7% contro un aumento del + 34,5% dei prezzi alla produzione. Nella piramide dei redditi dichiarati salgono i contribuenti con redditi compresi tra i 20 e i 29mila euro (9,5 milioni) e quelli con redditi medio-alti dai 29mila euro in su, mentre diminuiscono i dichiaranti per tutte le fasce di reddito fino a 20mila euro, che calano da 23,133 a 22,356 milioni.

Il 45,16% degli italiani non ha redditi o non li dichiara!

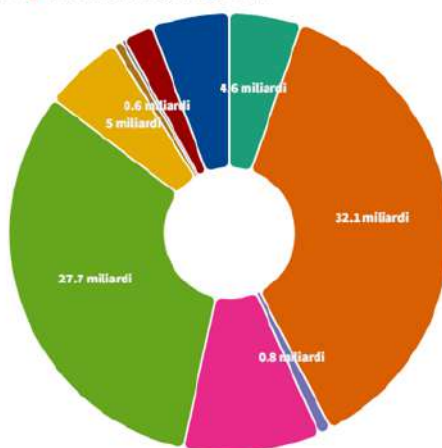
Ne consegue che questi cittadini sono a carico di qualcun altro, rappresentato dal 15,26% dei contribuenti, che dichiarando redditi superiori a 35mila euro pagano il 63,39% dell'IRPEF italiana.

Quindi abbiamo una minoranza di "fedeli contribuenti", che paga sanità e welfare per tutti gli altri ed è stata, fin qui, esclusa da ogni forma di agevolazione.

Pure il Report realizzato dal Centro Studi e Ricerche, presentato alla Camera dei Deputati in data 29 ottobre 2024, denuncia questo squilibrio che rappresenta un problema non trascurabile per l'intero sistema fiscale italiano. Ne deriva che se il 75,80% dei contribuenti dichiara redditi da zero fino a 29mila euro, corrispondendo solo il 24,43% di tutta l'Irpef come si coprono i costi del welfare e della sanità?

Invece chi guadagna dai 55mila euro in su, poco più del 5% del totale, si fa carico solo di circa il 42% del gettito fiscale e non riceve nulla in cambio.

IRPEF lavoro dipendente IRPEF lavoro autonomo e impresa Addizionali locali IRPEF IRES IVA IRAP
Locazioni Canone Rai Accise prodotti energetici IMU-TASI



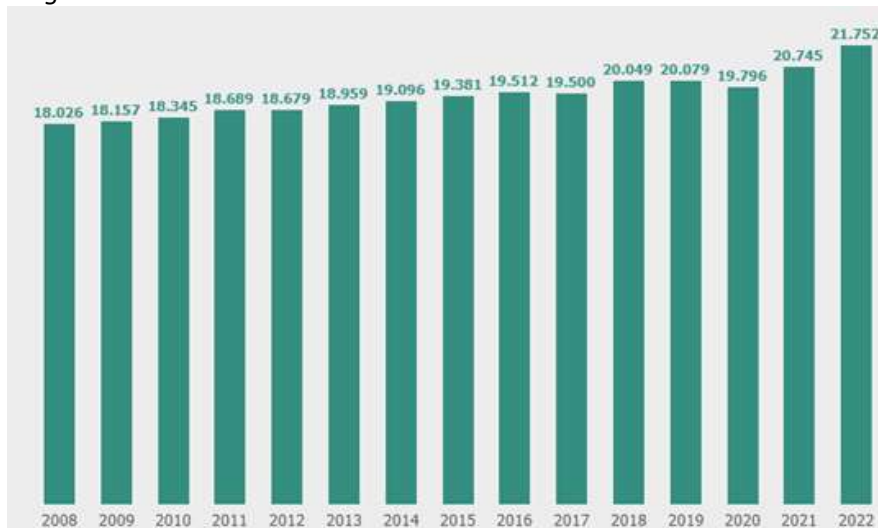
Fonte: Relazione sull'economia non osservata e sull'evasione fiscale contributiva

La composizione dell'evasione fiscale - Come è composta l'evasione fiscale in Italia

Reddito pro-capite degli italiani

Il 2022, come riportato su "Il Sole 24 Ore", superata la crisi pandemica, è stato l'anno del ritorno alla normalità anche da un punto di vista delle attività economiche e sociali; al tempo stesso, il 2022 è stato tuttavia segnato dall'invasione russa in Ucraina e dall'inizio di una guerra dalle pesanti ricadute anche economiche, a partire dall'accelerazione dei prezzi dei beni di consumo e dall'escalation dei costi energetici.

Reddito pro capite degli italiani 2008 - 2022



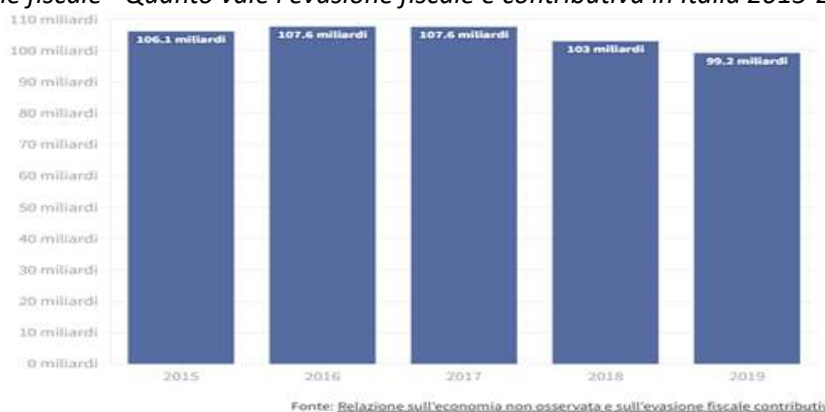
Reddito nazionale e welfare

Con una popolazione di 59.030.133 cittadini residenti sono 42.026.960 quelli che hanno presentato una dichiarazione dei redditi nel 2023. A versare almeno un euro di Irpef è stata poco più della metà degli italiani. Secondo i dati dell'Osservatorio Itinerari Previdenziali, quasi la totalità delle imposte dirette, 86,33% pari a circa 278 miliardi, va con l'attuale sistema principalmente a beneficio delle prime tre fasce di reddito entro i 20mila euro (circa il 53,19% degli italiani) e in parte a chi dichiara tra il 20 e i 29mila euro (22,61% dei cittadini). Viene da sé che chi paga più imposte, cioè le fasce di reddito più elevate, non beneficia dei servizi che esso stesso ha contribuito a finanziare.

Se si guarda alla sola spesa sanitaria, coloro i quali hanno redditi fino a 15mila euro godono di una differenza tra l'IRPEF versata e il costo della sanità pari a 50 miliardi. Questo valore sale a 57,8 miliardi se si sommano i redditi da 15 a 20 mila euro.

L'ultima Relazione sull'Economia Non Osservata e sull'Evasione Tributaria e Contributiva realizzata dalla Commissione istituita presso il Ministero dell'Economia, che viene pubblicata in parallelo con il Piano Strutturale di Bilancio (PSB), segnala che l'ultimo dato disponibile relativo al 2021 su quanto sfugge all'Erario è complessivamente pari a 82,4 miliardi di euro!

Il valore dell'evasione fiscale - Quanto vale l'evasione fiscale e contributiva in Italia 2015-2019



Il reddito e l'inflazione

Secondo il Report ISTAT nel 2023, il 22,8% della popolazione è a rischio di povertà o esclusione sociale: valore in calo rispetto al 2022 (24,4%) a fronte di una riduzione della quota di popolazione a rischio di povertà, che si attesta al 18,9%, contro il 20,1% dell'anno precedente.

Nel 2022, il reddito medio delle famiglie (35.995 euro) aumenta in termini nominali (+6,5%), mentre segna una netta flessione in termini reali (-2,1%) tenuto conto della forte accelerazione dell'inflazione registrata nell'anno). Il 4,7% della popolazione (circa 2 milioni e 788mila individui) si trova in condizioni di grave deprivazione materiale e sociale, ossia presenta almeno sette segnali di deprivazione dei 13 individuati dal nuovo indicatore Europa 2030. Rispetto al 2022 si osserva un aumento delle condizioni di grave deprivazione (la quota era del 4,5%) in particolare al Centro e al Sud e nelle Isole.

Nel 2022, il reddito totale delle famiglie più abbienti è 5,3 volte quello delle famiglie più povere (era 5,6 nel 2021). Quindi aumenta la polarizzazione della ricchezza, come denunciato nel Rapporto OXFAM 2024.

INDICATORE	INDAGINE 2022					INDAGINE 2023				
	Nord-ovest	Nord-est	Centro	Sud e Isole	Italia	Nord-ovest	Nord-est	Centro	Sud e Isole	Italia
Reddito netto medio familiare senza affitti figurativi (*)	37.647	38.340	34.555	27.114	33.798	39.240	41.224	37.259	29.137	35.995
Rischio di povertà o esclusione sociale - Europa 2030	16,1	12,6	19,6	40,6	24,4	13,5	11,0	19,6	39,0	22,8
Rischio di povertà (*)	13,2	10,4	15,9	33,7	20,1	11,1	8,7	16,0	32,9	18,9
Perceptor di assegni per carichi familiari (*) (a)	9,5	13,0	11,4	13,7	12,0	14,1	15,4	15,1	17,6	15,7
Famiglie percettrici del Reddito di Cittadinanza (*)	3,9	1,5	4,3	11,2	5,9	3,8	1,6	4,2	12,8	6,3

(*) Il periodo di riferimento è l'anno solare precedente quello di indagine.
(a) Nel 2022 include l'Assegno per il Nucleo Familiare e nel 2023 l'Assegno unico universale e l'Assegno per il Nucleo Familiare.

Quindi abbiamo in sintesi:

- I contribuenti salgono a 42.026.960, oltre mezzo milione in più rispetto ai 41.497.318, a conferma della dinamica occupazionale fino a giugno 2024.
- Registrano un balzo significativo i contribuenti che dichiarano oltre 120mila euro: nel 2022 erano 429.927, in aumento del 15,6% rispetto ai 371.868 del 2021.
- Il totale dei redditi in Italia ammonta a oltre 969 miliardi di euro: l'1% più ricco, detiene quasi 97,7 miliardi di euro, cioè il 10,1% della ricchezza.
- I redditi crescono con velocità differenti a seconda della condizione professionale-occupazionale: i redditi da lavoro dipendente crescono da 21.497 a 22.284 euro (+3,7%), i redditi da pensione passano da 18.989 a 19.747 euro (+4%), i redditi da lavoro autonomo aumentano da 60.600 a 64.741 euro (+6,8%).
- Le entrate da imposte sui redditi delle persone fisiche (IRPEF) salgono a 174,2 miliardi di euro, con un aumento di 3,2 miliardi; a questo gettito si aggiungono 13,9 miliardi di euro da addizionali regionali (+1 miliardo) e 5,8 miliardi di addizionali comunali (+470 milioni).

Autonomia differenziata e "sanità integrativa"

Non è chiaro come tutto questo possa conciliarsi con l'applicazione della recente Legge sull'"Autonomia differenziata" senza per ora affrontare il finanziamento dei LEPS – e neppure una loro accurata definizione – e senza un rapido ed ampio adeguamento dei LEA. È una domanda che ci dobbiamo porre con preoccupazione.

Assistiamo in tutte le Regioni ad un ricorso alle prestazioni erogate da soggetti privati ed una esternalizzazione dei servizi. Nel 2021 il rapporto % tra sanità "pubblica" e sanità "privata accreditata" era nell'assistenza ospedaliera 51 a 49, nella assistenza ambulatoriale 40 a 60, e nell'assistenza territoriale 25 a 75. Solo nelle reti di emergenza e urgenza (PS e DEA) la sanità "pubblica" era al 97% contro il 3% dei privati "accreditati".

Il WHO Europe nel Report dell'*Observatory on health systems and policies* - Policy Brief 56 *"Coinvolgere il settore privato nella fornitura di beni e assistenza sanitaria - Lezioni di governance dalla pandemia di COVID-19"*, propone una riflessione sul rapporto pubblico e privato affermando che *"l'obiettivo principale per sfruttare bene le capacità del settore privato è quello di migliorare la fornitura di beni e servizi sanitari, e di farlo in modo da coinvolgere efficacemente il settore privato in linea con gli obiettivi e le priorità del sistema sanitario. Pertanto, dal punto di vista delle politiche pubbliche, l'allineamento degli obiettivi e la compatibilità dovrebbero essere i fattori chiave per stabilire i potenziali impegni del settore privato. Questo è un requisito minimo e può fungere da fondamento per qualsiasi ulteriore sviluppo che possa essere perseguito dai politici e dagli enti attuatori nell'allineare le strutture istituzionali e normative che promuovono o integrano più attivamente gli impegni del settore privato nei sistemi sanitari a fornitura mista. Le evidenze che derivano dai casi di studio sottolineano inoltre come la coerenza e la prevedibilità degli impegni sono elementi chiave per mantenere la fiducia e costruire relazioni pubblico-private di successo"*.

WHO ritiene che sia necessario affrontare esplicitamente l'equa condivisione del rischio per proteggere i pagatori pubblici e rafforzare la responsabilità dei fornitori del settore privato.

Con il *"Job Acts"* del 2016 (Governo Renzi) uno dei punti di maggior vantaggio dei Fondi Integrativi Sanitari – che oggi associano oltre 14.000.000 di assicurati - è la loro deducibilità fiscale, fissata a €. 3.615,20 al 2013, questo mentre l'investimento medio pro-capite pubblico in Italia per la sanità è di circa €. 2.470,00 contro i circa €. 3.473,00 pro-capite della Francia e i circa €. 4.477,00 pro capite della Germania.

Quindi lo stato italiano consente alla *"sanità integrativa"* un tetto pro-capite di spesa deducibile fiscalmente, ovvero pagata con le tasse, che è circa 2,5 volte il tetto di spesa pro-capite previsto nel FSN per tutti i cittadini. Quindi il lavoratore con CCNL in cui è previsto un tetto di deducibilità delle polizze collettive da *"sanità integrativa"* può accedere al SSN per un contributo pro-capite pari a €. 2.470,00 come tutti i cittadini residenti più fino a circa €. 3.615,20 di tetto delle polizze collettive della sanità *"integrativa"* = €. 6.085,20! Ci sarebbero da fare delle considerazioni sui *"garantiti"* e sui *"precari"* a proposito di diseguglianze di salute. Ricordiamoci inoltre che il peso della sanità *"accreditata"* nella spesa complessiva del Servizio Sanitario Nazionale nel 2018 è stato pari a *"€. 392,00 per abitante, pari al 20,3% della spesa complessiva del SSN in aumento rispetto al 2017 (€.362,00, 18,8%)"*.

Secondo la ricerca *"Pubblico e privato nella sanità italiana"* condotta dall'Università degli Studi di Milano, il SSN fornisce a *"gestione diretta"* il 63% dei servizi richiesti dai pazienti (€ 69,8 mld), mentre *"acquista"* dal settore privato *"accreditato"* il restante 37% (€ 41,5 mld). Quindi il SSN e i SSR sono i primi clienti per la sanità privata *"accreditata"* acquistando il 60% delle sue prestazioni, pari a un valore, appunto, di €. 41,5 mld.

In media, secondo i dati CENSIS, bisogna aspettare più di 60 giorni per poter accedere alle strutture del SSN, mentre si ricorre spesso a visite specialistiche e ad analisi sia in strutture private *"accreditate"*, che spesso hanno il doppio regime, sia private *"private"* o *"convenzionate"* con Assicurazioni e Mutue – vedi *"sanità integrativa"* - perché non si trova posto nel pubblico, o non lo si trova nei tempi che servono, spendendo circa €. 580,00 all'anno pro capite.

Il Piano Strutturale di Bilancio 2025-2029

Le nuove regole impongono un cambio di paradigma nella politica economica europea e nazionale. La programmazione di bilancio viene orientata a medio termine, superando i vincoli e i parametri del precedente Patto di Stabilità e Crescita (PSC) preesistente. Si dà centralità alle proiezioni di lungo termine della spesa che tengano conto delle tendenze demografiche. Questo è il risultato di una lunga trattativa che ha portato alla definizione della nuova governance economica europea. La soluzione di compromesso raggiunta a ventisette Paesi ha definito un insieme di regole complesse sia a livello comunicativo sia tecnico.

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

L'Italia è il Paese UE con il maggiore debito pubblico. Il Piano strutturale di bilancio ha fissato il target del debito pubblico per il 2024 al 135,8% del Pil nominale, il che corrisponde a circa 2.973 miliardi di euro. Il PIL però è fermo nel 3° trimestre 2024:



Prospettive di Piano e dinamiche macroeconomiche per l'Italia

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

Viene confermata la previsione di crescita del PIL per quest'anno (1,0%) alla luce dell'aumento già acquisito sui dati trimestrali nella prima metà del 2024 (pari a 0,6%) e del maggiore numero di giornate lavorative.

La previsione macroeconomica per gli anni 2025-2027 non contiene variazioni di rilievo in confronto al DEF. Nelle proiezioni del Governo, tuttavia, il saldo primario strutturale è migliore già nel 2024 rispetto alla stima della Commissione (-0,5 % del PIL vs -1,1 %) e raggiunge, come detto, il 2,2 % nel 2029, contro il 2,1 % stimato dalla Commissione.

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

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

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

Fonte: Commissione europea ed elaborazioni MEF.

Le scelte del Governo

Il Governo Meloni conferma e intende rendere strutturali gli effetti del cuneo fiscale sui redditi da lavoro dipendente fino a 35 mila euro e l'accorpamento delle aliquote IRPEF su tre scaglioni già in vigore quest'anno. Il Governo si impegna a salvaguardare il livello della spesa sanitaria assicurandone una crescita superiore a quella dell'aggregato di spesa netta. Per gli anni successivi al 2026, intenderebbero stanziare le risorse

necessarie a mantenere gli investimenti pubblici in rapporto al PIL al livello registrato durante il periodo di vigenza del PNRR.

La discesa del rapporto tra debito pubblico e PIL nei prossimi anni, soprattutto nel periodo 2024-2026, sarà frenata dall'impatto dei superbonus edilizi introdotti a partire dal 2020. Le previsioni del Piano scontano, pertanto, un moderato aumento del rapporto debito/PIL fino al 2026, che negli anni successivi sarà seguito da una discesa in linea con le nuove regole che richiedono una riduzione annuale media di almeno un punto percentuale di PIL.

Primo obiettivo macro assunto nel PSB è la piena attuazione degli impegni assunti con il PNRR e l'individuazione di iniziative aggiuntive che il nostro Paese dovrebbe assumere in continuità con il PNRR a fronte dell'estensione del periodo di aggiustamento di bilancio a sette anni.

Il secondo obiettivo, come indicato nel Piano, sono le riforme e le misure di politica economica che dovrebbero essere adottate in risposta alle Raccomandazioni del Consiglio UE specifiche per ogni singolo Paese, oltre alle iniziative in merito che fanno parte del programma dell'attuale Governo.

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

Il potenziamento del Servizio Sanitario Nazionale

Partendo dagli obiettivi PNRR, il Governo sembra voler perseguire il potenziamento di alcune misure per il Sistema Sanitario Nazionale, tra cui l'efficientamento delle reti di medicina generale, delle reti di prossimità, delle strutture per l'assistenza sanitaria territoriale (Case della Comunità, le Centrali Operative Territoriali e Ospedali della Comunità), l'implementazione della sanità digitale, ed in particolare la telemedicina, con estensione anche ai Dipartimenti di Emergenza e Accettazione di I e II livello.

Così come si prevede di continuare nel processo di ammodernamento delle grandi apparecchiature sanitarie. Anche gli investimenti sulla ricerca e per la formazione e lo sviluppo delle competenze tecniche, professionali digitali e manageriali del personale del sistema sanitario dovrebbero avere un ruolo primario.

Inoltre, per permettere un maggiore efficientamento della sanità italiana, il Governo si impegna ad attuare:

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

Margini di manovra e vincoli strutturali ...

È evidente come i margini di manovra a livello economico e finanziario per l'attuale Governo - e ciò varrebbe per qualsiasi governo ci fosse oggi o nei prossimi anni - sono molto ridotti. Il deficit di finanza pubblica è un macigno che condiziona le scelte al di là delle volontà dei policy maker.

Attualmente per la sanità abbiamo una proposta nel Piano Strutturale di Bilancio di Medio Termine 2025-2029 che prevede comunque un contenimento della spesa reale salvo scelte politiche extra budget dichiarato e previsto che ci sembrano improbabili e comunque di entità finanziaria molto contenuta. Un esempio lo stiamo vedendo adesso con la legge per il contenimento delle liste d'attesa.

Nel PSB è in previsione un aumento della spesa per defiscalizzare le quote associative delle Mutue nell'ambito della così detta *"sanità integrativa"*. Rammentiamoci che un indirizzo di questo tipo, se non avviene in una cornice regolatoria ben congegnata e rigorosamente applicata e con metriche in grado di valutare l'effettiva qualità dei servizi erogati, costituisce un pericolo di spreco ed inappropriata che non deve essere considerato con leggerezza.

Non siamo contrari di principio alla cooperazione tra soggetti pubblici e privati, sarebbe anacronistico, ma senza indirizzi programmatori pertinenti e senza flussi informativi specifici sarebbe impossibile capirne lo sviluppo, se non per stime che potrebbero risultare fallaci.

Per la cornice regolatoria c'è da fare subito un lavoro per correggere la sua attuale inconsistenza. Il rapporto pubblico-privato in sanità va regolato con una disciplina che ci faccia evitare sprechi, differenze e diseguaglianze di accessi ai servizi ed equità e universalismo nelle prestazioni, almeno per quanto riguarda il ruolo della sanità privata *“accreditata”*.

Nuove direzioni per la sostenibilità del SSN

Per un servizio sanitario nazionale in affanno le misure ad oggi ipotizzate e tradotte in atti di governo non basteranno.

Non si discostano da un approccio tradizionale che, sebbene abbia i suoi meriti, sembra aver raggiunto i suoi limiti. Ipotizzano cambiamenti marginali quando invece abbiamo necessità di introdurre innovazioni dirompenti. Siamo ad una svolta che richiede intelligenza e coraggio.

Abbiamo a disposizione le opportunità che ci vengono offerte dalla rivoluzione digitale, se siamo capaci di comprenderne la portata e di farne un'implementazione *“democratica”* rivolta al bene comune. Se non ci riusciremo i rischi di diseguaglianze di salute cresceranno.

Quali strade dobbiamo, in sintesi, seguire e come? Ecco un elenco di quelle che consideriamo le più importanti.

- La **valorizzazione delle tecnologie digitali e dell'intelligenza artificiale**, che significa una riorganizzazione del lavoro sanitario, cioè nuove figure professionali: come gli infermieri di famiglia, gli assistenti sociali e gli operatori sanitari specializzati nelle cure domiciliari, per offrire un'assistenza più personalizzata e integrata.
- Le novità richiedono d'investire nella **formazione continua del personale sanitario**, promuovendo l'aggiornamento sulle nuove tecnologie e le migliori pratiche cliniche. Tutti ne parlano, ci sono disponibilità finanziarie nel PNRR, ma poco si sa sulla strategia d'implementazione.
- Esistono rigidità dell'organizzazione del lavoro che non attraggono nuova forza lavoro professionale. È necessario offrire **maggiore flessibilità lavorativa ai professionisti sanitari**, favorendo il lavoro da remoto e la gestione autonoma degli orari, introdurre nei contratti privilegi e benefit personalizzati e legati a precisi obiettivi e performance professionali.
- Possiamo pensare a **nuove forme di finanziamento** del sistema, come il coinvolgimento del mondo delle imprese, le fondazioni bancarie, le comunità locali o i singoli cittadini nel finanziamento di progetti sanitari innovativi attraverso piattaforme di *crowdfunding*.

Andiamo a cercare risorse con l'introduzione di nuove forme di tassazione legate alla salute, come ad esempio una tassa sulle bevande zuccherate o sul tabacco, vincendo finalmente le resistenze delle lobbies e dando conto ai cittadini di come quei soldi li usiamo per finanziare la ricerca e la prevenzione.

Sviluppiamo partnership con le aziende private per lo sviluppo di nuove tecnologie e la realizzazione di progetti di ricerca. Se ne parla ma permangono incertezze e diffidenze che andrebbero superate.

- Rammentiamo però che, pur con tutte le difficoltà si una situazione dove il tessuto sociale si sta sfilacciando, anzi proprio per questo, il **coinvolgimento dei cittadini e delle comunità** avrebbe un grosso impatto ed è la via maestra da percorrere. Non si può sbagliare. La partecipazione attiva dei cittadini significa partecipazione reale nella gestione della propria salute, promuovendo l'autocura, l'aderenza alle terapie e agli screening, ma anche a quella della salute collettiva e quindi alla partecipazione ai programmi di educazione sanitaria per stili di vita sani.

I cittadini vanno coinvolti attivamente nella progettazione dei servizi sanitari non limitandosi a organizzare incontri per raccogliere le loro opinioni e suggerimenti ma come *“progettisti”* di nuovi servizi o nella riorganizzazione di quelli esistenti.

A queste iniziative andrebbe assegnato un *“budget partecipativo”*, cioè una parte del budget sanitario riservato alla realizzazione di progetti proposti dai cittadini che anche come testimonianza di quanto le istituzioni credano alla partecipazione sociale.

Coinvolgimento dei cittadini significa anche stringere partnership innovative nei modi e nei ruoli con le associazioni di volontariato e le organizzazioni no profit per offrire servizi complementari e supportare le persone più fragili, per rafforzare risorse ed azioni che vedono insieme aumento della domanda e dell'efficacia ed efficienza delle risorse, basti pensare allo sviluppo delle cure domiciliari e al potenziamento delle cure palliative.

È vero che c'è molto da fare ma possiamo credere che si può fare. Professionisti e manager della sanità abbandonino una volta per tutte la convinzione che le soluzioni e i rimedi possano essere trovati all'interno del sistema ed imparino a guardare fuori per trovare idee nuove.

Governanti, politici, amministratori si liberino dalla presunzione del sapere come si fa e aderiscano ad un confronto aperto e costruttivo tra tutti gli attori coinvolti, dalle istituzioni ai professionisti sanitari, dai cittadini alle aziende.

https://www.quotidianosanita.it/studi-e-analisi/articolo.php?articolo_id=125960



Gli sprechi nel Servizio Sanitario Nazionale: è possibile fornire raccomandazioni per combatterli?

Claudio Maffei

Pubblicato il 27/11/2024

La crisi del SSN italiano è aggravata non solo dal sottofinanziamento, ma anche da sprechi strutturali. Tra le principali cause vi sono inefficienze gestionali, acquisti non ottimizzati e inappropriata nell'erogazione di servizi sanitari. Per affrontare il problema, è necessario un approccio scientificamente fondato che includa raccomandazioni su politiche sanitarie più mirate, come la razionalizzazione della rete ospedaliera e l'adozione di modelli assistenziali innovativi.

Il Servizio Sanitario Nazionale (SSN) italiano è in crisi e la salute è diventato uno dei problemi che preoccupa di più gli italiani. La crisi della sanità pubblica ha portato questi giorni a uno sciopero di 24 ore del personale della sanità, promosso da alcune sigle sindacali e che si potrebbe definire "da esasperazione". Un'esasperazione ampiamente giustificata.

Nel quotidiano dibattito politico, tecnico e mediatico sulla crisi del SSN trova giustificatamente un grande spazio il tema del sottofinanziamento, mentre una scarsa attenzione viene riservata alla lotta agli sprechi.

Eppure sono disponibili da anni le stime della Fondazione GIMBE, secondo le quali il 20% delle risorse della sanità pubblica italiana è sprecato, una percentuale enorme quando confrontata con quella dell'incremento annuale del Fondo Sanitario Nazionale, non solo quello reale, ma anche quella "sognato".

Per quanto riguarda la definizione di spreco in sanità, in un rapporto dell'OCSE del 2017 dal titolo [Dare la caccia agli sprechi in sanità](#) (Tackling wasteful spending on health) se ne dà una pragmatica: c'è uno spreco quando vengono offerti servizi e processi che sono dannosi o non producono benefici e quando vengono sostenuti costi che potrebbero essere evitati ricorrendo ad alternative più economiche che garantiscono risultati analoghi o addirittura superiori.

Il tema degli sprechi nel SSN è stato affrontato in modo strutturato soprattutto nel [Rapporto sulla sostenibilità del Servizio Sanitario Nazionale 2016-2025](#), nel quale la Fondazione GIMBE faceva quella stima del 20% di sprechi nel SSN pubblico e una tassonomia degli sprechi distinti in sei categorie: sovra-utilizzo di servizi e prestazioni sanitarie inefficaci, inappropriate e dal basso valore; sotto-utilizzo di interventi sanitari (preventivi, diagnostici, terapeutici, assistenziali, organizzativi, riabilitativi, palliativi, educazionali) dal valore elevato; inadeguato coordinamento dell'assistenza per inefficienze intra- e inter-aziendali e scarsa integrazione tra

diversi setting assistenziali o servizi dello stesso setting; acquisto di beni e servizi a costi non standardizzati, superiori al valore di mercato e con differenze regionali e locali; inefficienze in processi non clinici (gestionali e amministrativi) che assorbono troppe risorse in relazione al valore generato; frodi e abusi con perdita diretta o indiretta da fenomeni corruttivi o da comportamenti opportunistici condizionati da conflitti di interesse.

Il più corposo documento di riferimento in tema di lotta agli sprechi in sanità rapportabile alla realtà del SSN è invece il già citato rapporto dell'OCSE *Dare la caccia agli sprechi in sanità*.

L'OCSE definisce gli attori nella lotta agli sprechi e ne identifica quattro (i pazienti, i manager, i professionisti e il cosiddetto "sistema regolatore") e identifica anche le ragioni per cui i singoli attori possono contribuire agli sprechi: non ne sanno abbastanza, non riescono a fare meglio, se fanno meglio ci rimettono (e se fanno peggio ci guadagnano, aggiungo io) e infine lo fanno perché a loro conviene. Ho trovato illuminante questa classificazione.

Un quadro concettuale di riferimento per la lotta agli sprechi nel SSN ci sarebbe, ma manca un approccio strutturato che la renda una priorità di sistema e manca anche un clima di attenzione specifica sul tema. Questa situazione di sostanziale disinteresse o presa di distanza nei confronti della lotta agli sprechi in sanità dipende da molti fattori, quali per esempio il timore che dando troppa importanza agli sprechi si tolga l'imbarazzo al Governo di trovare le risorse per aumentare doverosamente il FSN, la convinzione che un certo livello di spreco e inefficienza sia in qualche modo quasi fisiologico (visto che persino quella danese ne avrebbe una percentuale simile alla nostra, secondo il già citato documento dell'OCSE) e comunque ridicibile significativamente solo in tempi lunghi, e il timore che la lotta agli sprechi venga poi interpretata come una ricerca di ulteriori tagli.

Come si può allora provare a mettere la lotta agli sprechi al centro del dibattito sulla crisi del SSN e farlo in modo in modo scientificamente fondato? Credo che sarebbe molto utile farlo partendo dagli sprechi legati alle scelte di politica sanitaria, portando quindi la loro ricerca al di là dei soli processi clinici e gestionali. Questo passaggio responsabilizzerebbe la politica e fornirebbe nuovi ambiti di manovra nel recupero delle risorse sprecate.

Quando parliamo di scelte di politica sanitaria ci muoviamo in un campo i cui limiti vanno in qualche modo definiti. Ai fini di questo intervento si fanno rientrare in questo ambito per esempio tutte le scelte che un governo regionale fa in termini programmatori sulla distribuzione e organizzazione dei servizi. Io utilizzerò come esempio la programmazione dei servizi ospedalieri.

Per analizzare queste scelte si potrebbe adattare l'approccio di [Choosing Wisely](#), di solito concentrato sugli aspetti tecnico-professionali. Giusto un anno fa è stato pubblicato qui su *Scienza in rete* un [articolo](#) in cui questo approccio veniva così descritto: «Ideato da Slow Medicine nel 2012 in analogia alla campagna Choosing Wisely negli Usa, di cui oggi rappresenta la sezione italiana, il progetto ha invitato le società scientifiche italiane a definire raccomandazioni su esami, trattamenti e procedure che non sono necessari e possono procurare danni ai pazienti. Da allora in collaborazione con decine di società scientifiche sono state stilate [oltre 300 raccomandazioni](#) rivolte ai professionisti della sanità, in una selezione di casi completate da [schede per i cittadini](#), volte a segnalare, nei diversi ambiti specialistici, le cinque pratiche maggiormente a rischio di essere svolte anche quando non sono appropriate, ovvero non sono utili e possono essere dannose».

Si tratta ora di vedere se è possibile produrre schede di questo tipo con raccomandazioni sulle pratiche di politica sanitaria più a rischio di essere svolte senza utilità e aumentando i rischi. Anticipiamo subito un problema, comunque affrontabile, di disponibilità di fonti bibliografiche a supporto delle raccomandazioni. Le tradizionali fonti scientifiche riguardanti molte delle scelte di politica sanitaria sono carenti in termini di linee guida e di raccomandazioni, ma ciò non toglie che sia possibile costruire comunque un rationale tecnico. Facciamo una prova sul tema di politica sanitaria che, come ho già anticipato, utilizzerò come esempio la programmazione regionale dei servizi ospedalieri su cui imposto la scheda con la seguente raccomandazione: «Non programmare le strutture ospedaliere per acuti in modo troppo disperso: utilizzare come riferimento i bacini di utenza delle varie discipline e il rapporto volume/esiti». Il rationale di questa scheda potrebbe essere il seguente: il mutato quadro epidemiologico con la prevalenza crescente nel nostro Paese dei bisogni di salute collegati al fenomeno della cronicità e della multicronicità spinge all'adozione di una offerta di servizi ispirata al cosiddetto *Chronic care model*, caratterizzato dalla prossimità, dalla proattività e dall'interprofessionalità. In fondo è questo modello ad avere ispirato l'impostazione del Piano Nazionale di Ricovero e Resilienza e

quindi l'investimento su strutture come le Case della salute e gli Ospedali di comunità e figure come quella dell'infermiere di famiglia e di comunità. Contemporaneamente cresce la consapevolezza che la attività ospedaliera per acuti, a partire da quella che si occupa di casi complessi e della emergenza-urgenza, vada concentrata in strutture che garantiscono un'adeguata multidisciplinarietà e adeguati volumi. Per far crescere gli investimenti sulla risposta alla cronicità occorre disinvestire dalle reti ospedaliere disperse. Questo doppio obiettivo si può raggiungere applicando e adeguando il Decreto Ministeriale 70 del 2015 sugli standard relativi alla assistenza ospedaliera.

Adesso abbozzo le possibili pratiche a maggior rischio di inappropriata programmatoria in ambito ospedaliero:

- non disperdere le casistiche chirurgiche in un numero troppo elevato di strutture ospedaliere. La loro distribuzione deve tenere conto del rapporto volume/esiti
- non fare programmi di edilizia sanitaria che non tengano conto degli standard del Decreto Ministeriale 70 del 2015. Una volta avviati, questi programmi condizionano la rete ospedaliera per decenni
- non mantenere negli ospedali aree critiche sottodimensionate in termini di posti letto. Quando sottodimensionate, le aree critiche hanno un elevato consumo di risorse umane non giustificato dai volumi di attività
- non mantenere in funzione piccoli ospedali per acuti che non siano giustificati da una vera eccessiva distanza dall'Ospedale con Pronto Soccorso più vicino. I piccoli ospedali sono per loro natura a rischio di insicurezza per la difficoltà di garantire loro sufficienti risorse e adeguata casistica
- non mantenere in funzione i Pronto Soccorso con uno scarso numero di accessi, a meno che non siano effettivamente giustificati da motivi di accessibilità degli altri. I Pronto Soccorso hanno notevoli difficoltà di reclutamento del personale specialista e sono una risorsa di sistema delicatissima.

Le raccomandazioni "scientificamente fondate" in tema di lotta agli sprechi potrebbero riguardare molte altre questioni di carattere programmatico e organizzativo aprendo un fronte nuovo all'utilizzo dei metodi dell'Health Technology Assessment tradizionalmente confinato (vedi la [pagina dedicata](#) dell'Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali) a singoli interventi/procedure/tecnologie. Anche qui procedo con un paio di esempi. Il primo è la programmazione e organizzazione delle reti cliniche sia tempo-dipendenti (ictus, trauma grave, infarto) che di patologia come quella oncologica. Tutti temi su cui ci sono documenti di indirizzo centrali, che aspettano di essere "tradotti" in una logica di tipo *choosing wisely*. Il secondo è il tema del cosiddetto [task shifting](#) (passaggio di competenze) tra medici e infermieri, un altro tema caldo, caldissimo, che ha a che vedere con l'appropriatezza d'uso delle figure professionali più importanti, da ridiscutere e ridefinire. Un tema che si confronta con questioni cruciali come il loro fabbisogno e la loro carenza.

Questo mio spunto di riflessione nasce dalla convinzione che vada trovato un terreno comune di impegno tra ricercatori e tecnici da una parte e decisori e gestori dall'altra finalizzato a recuperare risorse là dove sono male utilizzate, per poter uscire dall'inconcludente dibattito sul finanziamento, che aumenta in assoluto ma diminuisce come percentuale sul PIL e per aprire il SSN a innovazioni ormai urgenti, combattendo gli sprechi e utilizzandoli come opportunità.

[Gli sprechi nel Servizio Sanitario Nazionale: è possibile fornire raccomandazioni per combatterli?](#)
[| Scienza in rete](#)

INNOVAZIONE E CAMBIAMENTO PER LA SANITÀ DEL DOMANI

*20 anni di ricerca e formazione del Laboratorio MeS:
riflessioni sul futuro dei sistemi sanitari*

Ore 9.30 - 10.00

Saluti istituzionali

- **Sabina Nuti**, Rettore Scuola Superiore Sant'Anna
- **Orazio Schillaci ***, Ministro della Salute
- **Eugenio Giani ***, Presidente Regione Toscana
- **Simone Bezzini ***, Assessore al diritto alla salute e alla sanità Regione Toscana
- **Lino Cinquini**, Direttore Istituto di Management, Scuola Superiore Sant'Anna
- **Michele Emdin**, Coordinatore Centro Interdisciplinare Health Science, Scuola Superiore Sant'Anna

A seguire:

Introduzione alla giornata

Milena Vainieri, Responsabile Laboratorio MeS

TAVOLE ROTONDE TEMATICHE

Ore 10.00 - 10.45

Posizioni, professioni e comportamenti: un equilibrio da costruire

Introducono **Nicola Bellé** e **Paola Cantarelli**, Laboratorio MeS

Coordina **Manuela Furlan**, Laboratorio MeS

Intervengono:

- **Paola Adinolfi**, Università di Salerno
- **Domenico Bodega**, Università Cattolica del Sacro Cuore, Milano
- **Claudio Costa**, Regione Veneto

Ore 10.45 - 11.30

Cittadini, utenti, pazienti: quale ruolo per il futuro del sistema socio-sanitario?

Introducono **Sabina De Rosis** e **Anna Maria Murante**, Laboratorio MeS

Coordina **Cristina Masella**, Politecnico di Milano

Intervengono:

- **Michela Maielli**, Regione Toscana
- **Donatella Pagliacci**, Azienda USL di Bologna
- **Modesta Visca**, Ministero della Salute

Ore 11.30 - 12.15

Percorsi integrati e personalizzazione delle cure: dal Bersaglio al Pentagonogramma, verso quali orizzonti?

Introducono **Francesca Pennucci** e **Chiara Seghieri**, Laboratorio MeS

Coordina **Caterina Rizzo**, Università di Pisa

Intervengono:

- **Antonio Fanolla**, Provincia Autonoma di Bolzano
- **Giorgio Simon**, Scuola Superiore Sant'Anna
- **Andrea Vannucci**, CTS Asiquas

Ore 12.15 - 13.00

Meccanismi di governance e dilemmi della sostenibilità

Introduce **Milena Vainieri**, Laboratorio MeS

Coordina **Francesco Longo**, Università Bocconi

Intervengono:

- **Silvia Vigna**, Regione Veneto
- **Federico Gelli**, Regione Toscana
- **Lucia Lispi**, Ministero della Salute

Ore 13.30 - 14.30 - Light lunch

SESSIONE POMERIDIANA

Ore 14.30 - 15.00

Quale paradigma perseguire per il dialogo tra equità, sostenibilità e qualità delle cure?

Sabina Nuti, Rettore Scuola Superiore Sant'Anna

Ore 15.00 - 16.30

Tavola rotonda finale

Moderata **Francesco Schiavone**, Università degli Studi di Napoli Parthenope

Intervengono:

- **Americo Cicchetti**, Ministero della Salute
- **Enrico Rossi**, già Presidente Regione Toscana
- **Alessio Gramolati**, SPI CGIL Toscana
- **Paolo Ferragina**, Scuola Superiore Sant'Anna
- **Lucia Bisceglia**, ARESS Puglia
- **Elio Borgonovi**, SDA Bocconi

Ore 17.00

Conclusioni

Domenico Mantoan, Direttore generale AGENAS

Ore 17.30 - Brindisi di saluto

* presenza da confermare

Si prega di confermare la propria presenza iscrivendosi al seguente link: <https://forms.office.com/e/ZJvuRbrv0g>

Laboratorio MeS Management e Sanità
direzionemes@santannapisa.it
Tel. 050 88 3880/3872

Ricchezza e salute: il determinante economico trascurato

Rebeka Balogh-S Vital Katikireddi

Affiliazioni e note Informazioni sull'articolo Articoli collegati (1)

La ricchezza ha ricevuto relativamente poca attenzione come determinante economico della salute rispetto al reddito.¹

Questa scarsità di ricerca empirica è particolarmente sorprendente dato che le disuguaglianze di ricchezza superano quelle di reddito,² e il riconoscimento che la ricchezza cattura meglio lo (s)vantaggio a lungo termine nel corso della vita.³

Questa lacuna di prove è probabilmente causata dalle difficoltà nell'ottenere informazioni dettagliate sulle attività e passività che compongono la ricchezza.^{1,3}

I dati di registro nei paesi con tassazione della ricchezza (dove la raccolta di informazioni sulla ricchezza era obbligatoria) possono aiutare a colmare il divario nella migliore comprensione dei collegamenti con gli esiti sanitari.⁴ In questo numero di *Lancet Regional Health—Europe*, Gugushvili e Wiborg hanno attinto ai dati del registro norvegese nazionale per valutare i collegamenti tra la ricchezza misurata all'età di 37-38 anni e la mortalità fino all'età di 62 anni nella popolazione generale, e poi hanno utilizzato confronti tra fratelli e gemelli per tenere meglio conto delle caratteristiche familiari condivise.⁵

La loro analisi ha mostrato che il tasso di mortalità degli uomini nella fascia più bassa della distribuzione della ricchezza lorda era oltre il doppio di quello degli uomini nella fascia più alta della distribuzione della ricchezza (hazard ratio (HR) 2,39; intervallo di confidenza (CI) al 95% 2,02-2,83), con una differenza di mortalità solo leggermente inferiore per le donne (HR 1,74; CI al 95% 1,39-2,16).

Le disuguaglianze di mortalità erano particolarmente pronunciate nella metà inferiore della distribuzione della ricchezza.

L'associazione tra ricchezza e mortalità era solida all'aggiustamento per le caratteristiche osservate degli individui, come debiti e guadagni, e persisteva anche quando si teneva conto di caratteristiche non osservate condivise dai fratelli o quando si limitavano le analisi solo ai gemelli.

Questo disegno di studio è stato quindi in grado di evidenziare che il confondimento residuo da vari fattori ambientali e genetici non spiegava completamente i collegamenti tra ricchezza e mortalità.

Un ulteriore contributo notevole dello studio era di natura concettuale.

Gli autori hanno considerato la ricchezza lorda, la somma di diverse attività senza sottrarre alcun debito, come il loro indicatore primario, tenendo conto anche dei livelli di debito in modo indipendente.

La ricchezza netta, per cui tutti i debiti vengono dedotti dalle attività, può essere fuorviante, hanno sostenuto. Diversi livelli di ricchezza lorda e debito (ma livelli comparabili di ricchezza netta come risultato della compensazione reciproca dei due) possono essere associati a diverse posizioni sociali e, di conseguenza, a tassi di mortalità.

I test empirici dello studio hanno effettivamente dimostrato che la multidimensionalità della ricchezza non dovrebbe essere ignorata nelle analisi epidemiologiche future.

Anche la dimensione di genere non dovrebbe esserlo: le correlazioni tra ricchezza e mortalità successiva erano più pronunciate per gli uomini che per le donne.

Il documento ha, in modo importante, considerato la multidimensionalità della ricchezza (e del debito) e ha persino esaminato separatamente alcune delle sue componenti (finanza e capitale reale) in relazione alla mortalità. Si spera che la ricerca futura vada oltre, indagando più in dettaglio come la composizione differenziale della ricchezza influenzi la mortalità e altri risultati sanitari.

Nel Regno Unito, ad esempio, le attività fisiche costituiscono la maggior parte della ricchezza per coloro che si trovano nella fascia più bassa della distribuzione, mentre per i livelli più alti di ricchezza, la ricchezza pensionistica privata è l'elemento più notevole.⁶

Gli autori si sono ampiamente basati su una misura particolare per l'indicatore di ricchezza, in base alla quale l'attenzione era rivolta alla posizione degli individui nella distribuzione della ricchezza piuttosto che ai loro livelli assoluti di ricchezza. Tali misure basate sul rango non sono in grado di esaminare se ci sono soglie che possono essere protettive in termini di tasso di mortalità.⁷

Allo stesso modo, mentre gli autori hanno chiaramente spiegato perché la ricchezza netta (attività meno debiti) non dovrebbe essere considerata prioritaria come indicatore di ricchezza, c'è un caso particolare in cui la ricchezza netta può tuttavia giustificare un esame: la ricchezza negativa (in cui il debito di una persona supera le attività).⁸

Ricerche precedenti⁴ e il documento di Gugushvili e Wiborg⁵ hanno tentato di valutare se la ricchezza predice la mortalità indipendentemente da reddito/guadagni.

I due, tuttavia, sono collegati: i guadagni contribuiscono alla ricchezza e la ricchezza può influenzare il reddito (ad esempio, come dividendi, interessi o modificando le decisioni sul lavoro retribuito).⁹

Questa complessa interazione tra ricchezza e reddito insieme ad altri determinanti sociali della salute deve essere esaminata, e preferibilmente tra paesi con sistemi di welfare diversi in cui gli effetti della ricchezza sulla salute possono operare in modo diverso.⁴

Chiarire l'effetto causale della ricchezza sulla salute potrebbe aiutarci a capire come un potenziale intervento, come l'introduzione o la modifica delle imposte sulla ricchezza, influenzerebbe la salute della popolazione e le disuguaglianze sanitarie. Stanno iniziando a emergere delle simulazioni¹⁰ e speriamo che ne seguiranno altre.

[https://www.thelancet.com/journals/lanpe/article/PIIS2666-7762\(24\)00307-7/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lanpe/article/PIIS2666-7762(24)00307-7/fulltext)

THE LANCET *Regional Health*
Europe

Questo diario Riviste Pubblicare Clinico Salute globale Multimedia Eventi Di

COMMENTO · Volume 47, 101118, Dicembre 2024 · Accesso Libero

Scarica il numero completo

Realizzare il potenziale di leadership della Germania nella salute globale: una tabella di marcia per l'equità di genere

Nadine Muller^{a, b} ✉, Heide Weishaar^c, Stefanie Theuring^{a, d}, Beate Kampmann^{a, d}, Sabine Campe^e, Yagmur Demirpehlivan^e un
e altri [Mostra altro](#)

Negli ultimi anni, la Germania ha assunto sempre più un ruolo di leadership nella salute globale, posizionandosi come un contributore chiave per affrontare le sfide sanitarie in tutto il mondo. Questa leadership è guidata da investimenti sostanziali in iniziative sanitarie globali, ruoli attivi in organizzazioni come l'Organizzazione Mondiale della Sanità e ricerche all'avanguardia da parte di solide istituzioni accademiche e tecniche.^{1,2} Questi sforzi sono fondamentali per la capacità della Germania di promuovere politiche e interventi basati sulle prove, promuovere innovazioni per affrontare le minacce emergenti per la salute globale e promuovere l'equità sanitaria in tutto il mondo.

Tuttavia, per realizzare appieno questo potenziale di leadership, la Germania deve affrontare sfide interne, in particolare le disparità di genere nel panorama della ricerca sanitaria globale. Nonostante i progressi nell'affrontare queste disuguaglianze, le disparità persistono e limitano la capacità del paese di sfruttare appieno il suo talento.^{3,4} Nel 2021, gli uomini ricoprivano il 77% delle posizioni di professore nella ricerca sanitaria globale in Germania, il che illustra la "pipeline che perde", ovvero la percentuale decrescente di donne in fasi di carriera più elevate, nonostante i loro titoli di studio sempre più elevati.^{3,5}

Le ricerche dimostrano costantemente che la diversità di genere nella leadership migliora le prestazioni organizzative, la soddisfazione dei dipendenti e l'innovazione.^{6,7,8} Le disparità di genere nella leadership comportano una perdita di talenti e competenze e limitano la diversità di prospettive necessaria per soluzioni innovative in ambito sanitario globale.^{6,9} Pertanto, affrontare queste disuguaglianze non è solo una questione di equità, ma un imperativo strategico affinché la Germania possa raggiungere il suo potenziale come leader mondiale nel campo sanitario.

Nel giugno 2024, il workshop *Sealing the Leaky Pipeline: Gender Equity in Global Health Research Leadership*, finanziato dal Ministero federale tedesco dell'istruzione e della ricerca (BMBF) attraverso l'Alleanza tedesca per la ricerca sulla salute globale (GLOHRA), ha riunito 35 ricercatrici a livello di dottorato, post-dottorato ed esperte provenienti da 8 importanti università e istituzioni in Germania per valutare in modo collaborativo le sfide e sviluppare una tabella di marcia per l'azione.

La roadmap d'azione si concentra su tre temi chiave, tutti fondamentali per promuovere l'equità di genere nella salute globale, un campo in cui una leadership diversificata è essenziale per affrontare complesse sfide sanitarie in una varietà di popolazioni e regioni, guidando soluzioni eque attraverso la collaborazione internazionale e assicurando che le esigenze delle popolazioni sottorappresentate siano soddisfatte. Questi temi sono: (1) promuovere una cultura del posto di lavoro equa, (2) riformare le pratiche di finanziamento e (3) creare un solido supporto tra pari ([Fig. 1](#)). Ogni tema delinea punti d'azione per promuovere le donne in ruoli di leadership e promuovere l'equità di genere nella ricerca sulla salute globale in Germania. Affrontando le sfide sistemiche, comprese quelle radicate in persistenti disuguaglianze sociali che ostacolano l'avanzamento delle donne, la roadmap mira a "sigillare la condotta che perde".

Raggiungere l'equità di genere nella leadership della ricerca sulla salute globale è fondamentale non solo per far progredire il ruolo della Germania nella salute globale, ma anche per progettare interventi inclusivi ed efficaci. Mentre questa tabella di marcia offre un solido punto di partenza, realizzare i suoi obiettivi richiede uno sforzo mirato all'interno della Germania stessa. I leader degli enti di finanziamento tedeschi, delle istituzioni accademiche e delle organizzazioni sanitarie, sia uomini che donne, devono abbracciare e guidare questo cambiamento.

Per guidare, la Germania deve dare priorità all'equità di genere promuovendo attivamente la leadership femminile a tutti i livelli della ricerca sanitaria globale. Questo impegno dovrebbe riflettersi nei quadri politici, nelle priorità di investimento e nelle operazioni quotidiane degli istituti di ricerca. Promuovendo una cultura che supporti e sostenga attivamente le ricercatrici, la Germania può affrontare le perdite critiche nel suo bacino di talenti e stabilire un punto di riferimento globale per diversità e innovazione.

È fondamentale che questa iniziativa vada oltre le misure simboliche e si traduca in cambiamenti significativi e misurabili. Monitoraggio regolare, rendicontazione trasparente dei progressi e misure di accountability dovrebbero essere implementate per garantire che gli obiettivi di equità di genere siano costantemente perseguiti. Inoltre, il successo di questi sforzi dovrebbe essere celebrato e utilizzato come modello per ispirare ulteriori azioni, sia in Germania che a livello internazionale.

In conclusione, colmare il divario di genere nella leadership della ricerca sanitaria richiede più di sforzi individuali: ha bisogno di una spinta collettiva verso un obiettivo comune. Con un'azione persistente e collaborativa, la Germania può davvero dare il buon esempio, avendo un impatto significativo sui risultati sanitari globali.

[https://www.thelancet.com/journals/lanep/article/PIIS2666-7762\(24\)00285-0/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lanep/article/PIIS2666-7762(24)00285-0/fulltext)

ARTICOLI · Online per la prima volta, il 21 novembre 2024 · [Accesso Libero](#)

Dieci Americhe: un'analisi sistematica delle disparità nell'aspettativa di vita negli Stati Uniti

Laura Dwyer-Lindgren, dottore di ricerca ^{a, b}; Mathew M Baumann, laurea in scienze; Zhuochen Li, MS; Ekaterina O Kelly, BA ^{a, c}; Chris Schmidt, dottore di ricerca; Chloe Searchinger, laureata in lettere, e altri [Mostra altro](#)

Riepilogo

Sfondo

Quasi due decenni fa, lo studio Eight Americas ha offerto una nuova prospettiva per esaminare le disuguaglianze sanitarie negli Stati Uniti, suddividendo la popolazione statunitense in otto gruppi in base a geografia, razza, urbanizzazione, reddito pro capite e tasso di omicidi.

Quello studio ha rilevato lacune di 12,8 anni per le donne e 15,4 anni per gli uomini nell'aspettativa di vita nel 2001 in questi otto gruppi.

In questo studio, abbiamo mirato ad aggiornare ed espandere lo studio originale Eight Americas, esaminando le tendenze nell'aspettativa di vita dal 2000 al 2021 per dieci Americhe (analoghe alle otto originali, più due gruppi aggiuntivi che comprendono la popolazione latina degli Stati Uniti), per anno, sesso e fascia d'età.

Metodi

In questa analisi sistematica, abbiamo definito dieci Americhe reciprocamente esclusive e collettivamente esaustive che comprendono l'intera popolazione degli Stati Uniti, iniziando con tutte le combinazioni di contea, razza ed etnia, e assegnando ciascuna a una delle dieci Americhe in base a razza ed etnia e una combinazione variabile di posizione geografica, stato metropolitano, reddito e segregazione residenziale tra neri e bianchi.

Abbiamo adattato i decessi dal National Vital Statistics System per tenere conto della segnalazione errata di razza ed etnia sui certificati di morte.

Abbiamo quindi tabulato i decessi dal National Vital Statistics System e le stime della popolazione dall'US Census Bureau e dal National Center for Health Statistics dal 1° gennaio 2000 al 31 dicembre 2021, per America, anno, sesso ed età, e calcolato i tassi di mortalità specifici per età in ciascuno di questi strati.

Infine, abbiamo costruito delle tavole di mortalità abbreviate per ogni America, anno e sesso, e abbiamo estratto l'aspettativa di vita alla nascita, l'aspettativa di vita parziale all'interno di cinque fasce d'età (0-4, 5-24, 25-44, 45-64 e 65-84 anni) e l'aspettativa di vita residua all'età di 85 anni.

Risultati

Abbiamo definito le dieci Americhe come: America 1: individui asiatici; America 2: individui latini in altre contee; America 3: individui bianchi (maggioranza), asiatici e nativi americani o nativi dell'Alaska (AIAN) in altre contee; America 4: individui bianchi nelle Northlands non metropolitane e a basso reddito; America 5: individui latini nel sud-ovest; America 6: individui neri in altre contee; America 7: individui neri in aree metropolitane altamente segregate; America 8: individui bianchi negli Appalachi a basso reddito e nella Lower Mississippi Valley; America 9: individui neri nel sud non metropolitano e a basso reddito; e America 10: individui AIAN nell'ovest.

Grandi disparità nell'aspettativa di vita tra le Americhe sono state evidenti durante tutto il periodo dello studio, ma sono diventate più sostanziali nel tempo, in particolare durante i primi 2 anni della pandemia di COVID-19.

Nel 2000, l'aspettativa di vita variava da 12,6 anni (intervallo di incertezza del 95% 12,2-13,1), da 70,5 anni (70,3-70,7) per l'America 9 a 83,1 anni (82,7-83,5) per l'America 1.

Il divario tra le Americhe con l'aspettativa di vita più bassa e più alta è aumentato a 13,9 anni (12,6-15,2) nel 2010, 15,8 anni (14,4-17,1) nel 2019, 18,9 anni (17,7-20,2) nel 2020 e 20,4 anni (19,0-21,8) nel 2021.

Le tendenze nel tempo dell'aspettativa di vita sono variate a seconda dell'America, portando a cambiamenti nell'ordinamento delle Americhe in questo periodo di tempo.

America 10 è stata l'unica America a sperimentare cali sostanziali nell'aspettativa di vita dal 2000 al 2019 e ha sperimentato i cali più grandi dal 2019 al 2021.

Le tre Americhe nere (America 6, 7 e 9) hanno tutte sperimentato aumenti relativamente grandi nell'aspettativa di vita prima del 2020 e quindi tutte e tre avevano un'aspettativa di vita più alta di America 10 entro il 2006, nonostante fossero partite da un livello inferiore nel 2000.

Entro il 2010, l'aumento di America 6 è stato sufficiente a superare anche America 8, che ha avuto un andamento relativamente piatto dal 2000 al 2019.

America 5 aveva un'aspettativa di vita relativamente simile ad America 3 e 4 nel 2000, ma un tasso di aumento più rapido dell'aspettativa di vita dal 2000 al 2019 e quindi un'aspettativa di vita più alta nel 2019; tuttavia, America 5 ha sperimentato un declino molto più ampio nel 2020, invertendo questo vantaggio.

In alcuni casi, queste tendenze variavano sostanzialmente in base al sesso e alla fascia d'età. C'erano anche grandi differenze nel reddito e nel livello di istruzione tra le dieci Americhe, ma i modelli in queste variabili differivano tra loro e dai modelli nell'aspettativa di vita in alcuni modi notevoli.

Ad esempio, l'America 3 aveva il reddito più alto nella maggior parte degli anni e la più alta percentuale di diplomati di scuola superiore in tutti gli anni, ma era classificata quarta o quinta nell'aspettativa di vita prima del 2020.

Interpretazione

La nostra analisi conferma la continua esistenza di diverse Americhe all'interno degli USA.

L'aspettativa di vita varia notevolmente a seconda di dove si vive, delle condizioni economiche in quel luogo e della propria identità razziale ed etnica. Questo divario era ampio all'inizio del secolo, è cresciuto solo nei primi due decenni ed è stato drammaticamente esacerbato dalla pandemia di COVID-19.

Questi risultati sottolineano la necessità vitale di ridurre la massiccia disuguaglianza nella longevità negli USA, così come i benefici di analisi dettagliate dei fattori interagenti delle disparità sanitarie per comprendere appieno la natura del problema.

Tali analisi rendono possibile un'azione mirata (pianificazione locale e definizione delle priorità e allocazione delle risorse a livello nazionale) per affrontare le cause profonde della cattiva salute per i più svantaggiati in modo che tutti gli americani possano vivere vite lunghe e sane, indipendentemente da dove vivano e dalla loro razza, etnia o reddito.

[https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(24\)01495-8/fulltext?dgcid=raven_jbs_aip_email](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(24)01495-8/fulltext?dgcid=raven_jbs_aip_email)



Quanto potere hanno Trump e Kennedy per riorganizzare le agenzie sanitarie?

Lawrence Gostin della Georgetown University interviene su ciò che la nuova amministrazione può e non può fare alla FDA, al CDC e al NIH

Meredith Wadman

Il presidente eletto Donald Trump ha promesso di recente di lasciare che l'oppositore dei vaccini Robert F. Kennedy (RFK) Jr. "[si scateni](#)" nell'imporre le sue idee e il suo programma antiscientifico alle agenzie sanitarie. Le proposte dell'avvocato ambientalista hanno incluso [la rimozione](#) della carie dentale, la prevenzione del fluoro dall'acqua e la soppressione di "[interi dipartimenti](#)" presso la [Food and Drug Administration](#) (FDA) degli Stati Uniti.

L'esperto di diritto sanitario globale Lawrence Gostin della Georgetown University, che ha lavorato nella sanità pubblica per oltre 40 anni, definisce questo "il giorno più buio per la sanità pubblica e la scienza della mia vita". Tuttavia, ci saranno dei limiti ai poteri di Trump, afferma. Gostin ha condiviso altri pensieri con *Science Insider*. Questa intervista è stata modificata per chiarezza.

D: Sono curioso di sapere cosa potrebbe o non potrebbe fare un Kennedy scatenato... con le agenzie federali, tra cui la FDA e i Centri per il controllo e la prevenzione delle malattie (CDC).

R: La conclusione è che gli Stati Uniti hanno delle barriere di protezione, e queste barriere di protezione probabilmente reggeranno contro le politiche più estreme. Trump ha detto che, lavorando con i consigli di RFK Jr., è aperto al [divieto di vaccini](#) e alla fluorizzazione dell'acqua. Queste sono le due politiche più chiare ed estreme.

Il presidente non ha alcun potere di vietare un vaccino o di vietare la fluorizzazione dell'acqua. La salute pubblica negli Stati Uniti è essenzialmente un potere statale. Ad esempio, gli stati determinano quali vaccini saranno offerti, quali vaccini saranno obbligatori. Gli stati e le località hanno anche il potere esclusivo di decidere se mettere il fluoro nella loro acqua per promuovere la salute dentale.

D: Questo è un guardrail. Qual è l'altro?

R: È molto improbabile che la Corte Suprema annulli un'approvazione di un farmaco o di un vaccino della FDA basata sulla scienza. Quindi, ad esempio, se la FDA decidesse [di ritirare l'approvazione per il farmaco abortivo] mifepristone, e lo facesse su una base palesemente politica, penso che la Corte Suprema, persino una Corte Suprema molto conservatrice, lo boccherebbe. La stessa cosa sarebbe vera se ritirassero l'approvazione per, ad esempio, il vaccino COVID-19 o un altro vaccino. Il motivo è che la FDA è l'agenzia scientifica più antica e venerabile degli Stati Uniti.

[E a monte di qualsiasi caso che raggiunga l'Alta corte], c'è un pozzo profondo di scienziati di carriera presso il CDC, la FDA, il NIH [National Institutes of Health] e altri che reagirebbero e terrebbero i piedi per terra o addirittura rifiuterebbero di essere influenzati politicamente quando sapessero che è in gioco la salute pubblica.

D: Su cosa si basa la sua fiducia nella Corte Suprema in questo contesto?

R: Ho parlato con osservatori della Corte Suprema molto seri, ex funzionari della FDA, funzionari molto molto anziani, e condividono ampiamente questa visione. È anche vero storicamente. ... La FDA ha un mandato statutario così chiaro e la sua tradizione scientifica è così forte.

Annuncio

D: Ma la decisione di Trump nel gennaio 2021 [di licenziare ampiamente i dipendenti pubblici di carriera](#), e [le sue indicazioni](#) di voler riprendere questa decisione, non mettono in discussione la sua convinzione che le agenzie resisteranno alle intromissioni?

R: Indubbiamente Trump nominerà dei lealisti a posizioni nominate politicamente come il direttore del CDC, il direttore del NIH e il commissario della FDA. E quella persona avrà un'enorme influenza nell'agenzia. Ma ci sono molte, molte migliaia di scienziati e professionisti di carriera che sono fermi nel loro sostegno alla salute pubblica e alla scienza. Non sarà un compito facile cercare di sradicarli alla radice. Questi sono scienziati rispettati con una certa protezione del servizio civile e delle protezioni dei whistleblower.

D: RFK Jr. ha detto questa settimana che " [interi dipartimenti](#) " della FDA " [devono andarsene](#) ", e ha citato il Center for Food Safety and Applied Nutrition come esempio. È incaricato di garantire la sicurezza del cibo che mangiamo, una delle principali responsabilità statutarie dell'agenzia. Ma il centro è protetto?

R: Il centro è vulnerabile a modifiche radicali o addirittura all'eliminazione da parte del presidente Trump. Non è stato creato dal Congresso e non ha un'autorità legislativa molto specifica, e la Corte Suprema ha chiarito che ritiene che il presidente abbia ampi poteri sulle agenzie federali. L'eliminazione del centro lascerebbe un vuoto importante nell'analisi scientifica e nelle politiche alimentari e cosmetiche e lascerebbe i consumatori e l'industria senza prove e linee guida cruciali sulla nutrizione e sulla sicurezza dei prodotti.

D: RFK Jr. ha parlato di voler [esaminare i dati sulla sicurezza dei vaccini](#) con l'intenzione di ritirare alcuni vaccini. Il Comitato consultivo sulle pratiche di immunizzazione (ACIP) del CDC raccomanda quali vaccini le persone negli Stati Uniti dovrebbero ricevere a quale età, una guida su cui si basano anche le autorità

sanitarie pubbliche statali e locali e le compagnie di assicurazione. Cosa potrebbe fare l'amministrazione Trump per influenzare il comitato?

R: I membri dell'ACIP sono nominati dal Segretario dell'HHS [Dipartimento della Salute e dei Servizi Umani] su consiglio del direttore del CDC. E secondo me è quasi certo che RFK Jr. o il presidente stesso o la Casa Bianca saranno in grado di influenzare se non forzare il direttore del CDC e il Segretario dell'HHS a nominare persone che hanno un certo scetticismo verso i vaccini all'ACIP. E ciò influenzerà la qualità, l'accuratezza e l'affidabilità delle raccomandazioni del CDC o dell'ACIP. Ciò sconvolgerebbe davvero i dipartimenti di sanità pubblica statali e altri nel sapere di cosa fidarsi e di cosa non fidarsi.

D: I membri dell'ACIP prestano servizio per mandati scaglionati di 4 anni, poi ruotano. Quindi, qualsiasi acquisizione sarebbe graduale?

A: Sì.

D: Conservatori come l'ex commissario della FDA Scott Gottlieb hanno sostenuto che il CDC dovrebbe essere ridimensionato e riportato al suo ruolo originale di prevenzione e controllo delle malattie trasmissibili. Un'amministrazione Trump potrebbe spogliare il CDC di altre funzioni? E che dire, ad esempio, dei suoi programmi di controllo del tabacco?

R: Il presidente Trump avrebbe chiaramente il potere di riorganizzare il CDC, inclusa l'eliminazione dei centri e persino la cessazione di intere funzioni dell'agenzia. Ciò comprenderebbe il lavoro essenziale del CDC su tabacco e malattie non trasmissibili. Il presidente potrebbe anche finanziarli fino a farli scomparire con un Congresso repubblicano.

Se le sue funzioni e i suoi finanziamenti venissero drasticamente tagliati, si creerebbe un vuoto enorme in questioni critiche per la salute e la sicurezza pubblica, tra cui nutrizione e obesità, violenza e prevenzione degli infortuni, nonché salute sessuale e riproduttiva.

D: Cos'altro vorresti aggiungere?

R: Anche se le barriere di protezione reggono come spero e prego, c'è un problema più grande per me. Agenzie come FDA, CDC e NIH (in particolare NIH, con le linee guida per il trattamento) hanno da tempo stabilito il gold standard nazionale e persino globale per le raccomandazioni scientifiche. Se vogliamo sapere di più sulla sicurezza e l'efficacia o sull'uso appropriato di un vaccino o di un altro intervento scientifico, ci rivolgiamo a queste agenzie. Confidiamo che baseranno le loro decisioni sulla scienza.

Se ciò non regge, le agenzie sanitarie pubbliche statali che cercano di prendere decisioni... non sapranno a chi rivolgersi. Le persone che cercano informazioni sulla nutrizione, sulle terapie, sui vaccini, sulle mascherine, non sapranno a chi rivolgersi. Ci sarà una grande e continua erosione della fiducia pubblica iniziata durante la prima amministrazione Trump, ma peggiorerà.

https://www.science.org/content/article/how-much-power-do-trump-and-kennedy-have-reshape-health-agencies?utm_source=sfmc&utm_medium=email&utm_content=alert&utm_campaign=DailyLatEstNews&et rid=691092258&et cid=5424954

I dilemmi di un campo

La ricerca sulla disinformazione è esplosa. Ma gli scienziati sono ancora alle prese con sfide fondamentali

Kai Kupferschmidt

Nell'estate del 2009, Adam Berinsky aveva appena pubblicato un libro sugli atteggiamenti degli Stati Uniti nei confronti della guerra ed era pronto a concentrarsi su qualcosa di nuovo. Lo scienziato politico del Massachusetts Institute of Technology osservava i dibattiti sull'Affordable Care Act, la legislazione sanitaria del presidente Barack Obama, trasformarsi in discorsi sui "comitati della morte".

Nel frattempo, sua suocera gli inviava e-mail in cui si chiedeva se Obama fosse nato negli Stati Uniti. "Mi sentivo come, 'È pazzesco. Cosa sta succedendo?!'", dice Berinsky. Potrebbe essere una "cosa divertente e marginale", pensò, studiare questo tipo di disinformazione, su cui poche persone stavano facendo ricerche all'epoca. "Passerò solo un paio d'anni a capire perché le persone credono a questo, poi un paio d'anni a sviluppare strategie e poi andrò avanti", ricorda di aver pensato.

Quindici anni dopo, Berinsky sta ancora lavorando sull'argomento, e non è il solo. Il numero di articoli di ricerca sulla disinformazione è esploso negli ultimi anni, poiché psicologi, filosofi e scienziati politici e sociali hanno inondato il campo nascente per capire come si diffonde la disinformazione e cosa si può fare al riguardo.

Come Berinsky, molti sono stati spronati dopo aver visto come la disinformazione ha contribuito alla polarizzazione politica e minato la fiducia nelle istituzioni democratiche in tutto il mondo, oltre a minacciare la salute delle persone durante la pandemia globale.

E tuttavia, nonostante l'afflusso di denaro e scienziati, l'obiettivo di Berinsky di trovare soluzioni e andare avanti, o anche solo definire chiaramente il problema, sembra remoto. "Adam Berinsky del 2009 era incredibilmente ingenuo", afferma Adam Berinsky del 2024.

La questione si è rivelata molto più complessa e sfumata di "alcune storie folli", afferma; invece, i ricercatori stanno studiando un intero ecosistema informativo, in continuo flusso.

Nel bel mezzo di una stagione elettorale statunitense in cui la disinformazione è dilagante, *Science* esamina cinque delle più grandi sfide che il settore deve affrontare nella ricerca di risposte.

1 Cos'è in realtà la disinformazione?

Nel gennaio 2021, il South Florida *Sun Sentinel* ha pubblicato [un articolo](#) su Gregory Michael, un medico che aveva ricevuto una dose del vaccino COVID-19 della Pfizer poco prima della fine del 2020 e poi era morto improvvisamente il 3 gennaio 2021.

L'articolo è stato [ripubblicato dal Chicago Tribune](#) con il titolo "Un medico 'sano' è morto due settimane dopo aver ricevuto il vaccino COVID-19; il CDC sta indagando sul perché" e si è rapidamente diffuso online. Su Facebook è stato uno degli articoli più condivisi di quell'anno, visto da oltre 54 milioni di persone negli Stati Uniti.

L'episodio racchiude un dilemma cruciale per i ricercatori: cosa si intende esattamente per disinformazione? Una "[dichiarazione di consenso](#)" dell'American Psychological Association sulla disinformazione sanitaria evidenzia l'articolo *del Tribune* come un esempio lampante. Sebbene la storia fosse basata sui fatti e chiarisse che le autorità non avevano stabilito un collegamento tra il vaccino e la morte di Michael, il titolo, tutto ciò che molti utenti dei social media avrebbero visto, "ha utilizzato una tecnica di inquadramento che ha sollevato preoccupazione", nota il rapporto.

Annuncio

Ma altri ricercatori ritengono che tali criteri siano eccessivamente ampi. "Non credo sia utile definire [l'articolo *del Tribune*] disinformazione", afferma Brendan Nyhan, politologo del Dartmouth College. "Non mi piace il modo in cui le persone vogliono infilare tutto in questo termine".

La definizione è importante perché è il primo passo per determinare quanto sia diffusa la disinformazione e quanto impatto abbia. Uno [studio del 2020](#) su *Science Advances*, ad esempio, ha scoperto che le notizie palesemente false mascherate da vere ("Il Papa sostiene Donald Trump", per esempio) rappresentavano solo lo 0,15% della dieta mediatica quotidiana delle persone negli Stati Uniti.

"Se definisci la disinformazione in questo modo, come fake news, come contenuto di notizie inventato, allora non la vedi molto", afferma Jon Roozenbeek, ricercatore al King's College di Londra.

Definizione di disinformazione

Un sondaggio del 2023 condotto su 150 esperti di disinformazione ha rilevato che spesso non esiste un consenso su quali tipi di contenuti possano essere considerati disinformazione.

(Dati) [S. Altay et al., Harvard Kennedy School Misinformation Review, 4, 2020-119 \(2023\)](#); (Grafico) M. Hersher/ *Science*

Una definizione più ampia sarebbe "qualsiasi informazione falsa", piuttosto che solo contenuti falsi che imitano notizie di cronaca. Un [comitato](#) convocato dalle National Academies of Sciences, Engineering, and Medicine che sta attualmente lavorando a un rapporto sulla disinformazione nella scienza ha adottato una variante di questa come prima definizione di lavoro: informazione che contrasta il consenso nella scienza.

Questa formulazione ha sollevato due difficili domande, riconosce Kasisomayajula Viswanath, un ricercatore presso la Harvard TH Chan School of Public Health che presiede il comitato: quando qualcosa è un consenso? E quando è legittimo dissentire?

Dopo tutto, anche il consenso può rivelarsi sbagliato, afferma Viswanath. "Vuoi essere molto premuroso e attento nell'etichettare qualcosa come disinformazione". (La definizione del comitato si è evoluta da allora, afferma.)

Inoltre, molti ricercatori affermano che la falsità è un criterio troppo limitato. "Ci sono molti esempi in cui le cose sono vere, ma sono completamente fuorvianti, il che è anche una forma di disinformazione", afferma Jevin West, uno scienziato sociale computazionale presso l'Università di Washington (UW). Ciò include i cosiddetti titoli "clickbait" come quello dell'articolo *del Tribune*: in [un sondaggio del 2023](#) su 150 esperti di disinformazione, più della metà degli intervistati ha concordato o tendeva a concordare sul fatto che questi contino come disinformazione (vedi grafico [sopra](#)).

Questi contenuti fuorvianti ma non del tutto falsi sembrano avere la portata più ampia. Uno [studio](#) pubblicato quest'anno su *Science* ha scoperto che gli utenti di Facebook hanno visto molti più titoli clickbait sui vaccini COVID-19 da fonti affidabili come il *Chicago Tribune* rispetto a storie palesemente false segnalate dai fact checker, in parte perché la piattaforma ha frenato la diffusione di queste ultime (vedi grafico [sotto](#)).

"Sebbene queste storie [fuorvianti] abbiano avuto un impatto minore individualmente sulle intenzioni vaccinali di un partecipante rispetto ad alcune notizie palesemente false, hanno avuto un effetto molto più grande nel complesso perché sono state viste da molti più utenti", afferma Jennifer Allen, ricercatrice presso l'Università della Pennsylvania e una delle autrici dello studio.

"Le persone devono effettivamente vedere il contenuto perché abbia un grande effetto".

Misurare l'impatto

I cinque articoli più letti sui vaccini su Facebook nei primi 3 mesi del 2021 includevano alcune storie di fonti affidabili con titoli fuorvianti. Questi sono stati visualizzati da molte più persone di tutti i contenuti sui vaccini segnalati come disinformazione, il che suggerisce che potrebbero avere un impatto maggiore sugli atteggiamenti sui vaccini rispetto alle vere e proprie fake news.

(Dati) [J. Allen et al., Science, 384, adk3451 \(2024\)](#); (Grafico) N. Cary/ *Science*

Kate Starbird, una ricercatrice presso l'UW che si occupa di disinformazione sulle elezioni (vedi [articolo correlato](#)), vede un problema più fondamentale nelle definizioni attuali: tendono a considerare la disinformazione come unità di informazione individuali e atomiche, come un articolo o un tweet.

Ma questo trascura il quadro più ampio della disinformazione, la disinformazione che viene diffusa deliberatamente per fuorviare gli altri. Le campagne di disinformazione spesso funzionano amplificando selettivamente alcune notizie, tutte o la maggior parte delle quali possono essere vere, afferma Starbird. "La disinformazione non è un pezzo di contenuto. È una strategia".

Il campo sta facendo progressi su questi temi, afferma Rebekah Tromble, politologa presso la George Washington University. Alcuni ricercatori stanno abbandonando del tutto l'uso del termine disinformazione, parlando invece di "voci" o "teorie del complotto", che consentono una ricerca più sfumata su specifici tipi di disinformazione.

"Il problema non è che dobbiamo avere una definizione condivisa di cosa sia la disinformazione", afferma Gordon Pennycook, psicologo che studia la disinformazione presso la Cornell University. "Il problema è che le persone presumono di avere una definizione condivisa e stanno solo usando definizioni diverse".

2 Tutto è politico

Quando i media [hanno riferito](#) a giugno che l'Internet Observatory della Stanford University stava chiudendo i battenti, le voci conservatrici hanno festeggiato. "La libertà di parola vince di nuovo", [ha esultato il deputato Jim Jordan \(OH\) su X](#) (ex Twitter).

Jordan, come altri repubblicani, ha accusato i ricercatori di disinformazione di essere prevenuti nei confronti della destra e, in qualità di presidente del comitato giudiziario della Camera dei rappresentanti, ha avviato un'indagine per verificare se i ricercatori abbiano cospirato con aziende e agenzie governative per mettere a tacere le voci conservatrici.

L'Internet Observatory, un gruppo interdisciplinare che studia la disinformazione, è uno dei suoi obiettivi preferiti.

Tuttavia, uno dei motivi per cui i ricercatori si concentrano sui circoli conservatori è che studio dopo studio hanno concluso che negli Stati Uniti la disinformazione circola più ampiamente nella destra dello spettro politico.

Ad esempio, uno [studio](#) condotto durante le elezioni presidenziali del 2020 in collaborazione con Meta, la società proprietaria di Facebook, ha scoperto che la grande maggioranza dei contenuti classificati come falsi dal programma di fact checking di Meta è stata visualizzata da un pubblico conservatore (vedere il grafico [sotto](#)).

"C'è una chiara asimmetria", afferma Sandra Gonzalez-Bailon, una scienziata sociale presso l'Università della Pennsylvania che ha guidato lo studio.

Ciò non significa che i conservatori siano di per sé più suscettibili alla disinformazione rispetto ai liberal. In [un esperimento](#), lo psicologo della New York University Jay Van Bavel ha mostrato storie inventate su democratici o repubblicani coinvolti in corruzione e altri comportamenti negativi a partecipanti democratici e repubblicani. Ha scoperto che entrambe le parti avevano la stessa probabilità di credere a fake news negative sull'altra. "Siamo tutti creduloni", afferma Van Bavel.

È possibile che i repubblicani siano più propensi a condividere una determinata parte di disinformazione che incontrano, o che semplicemente ce ne sia di più prodotta a destra in primo luogo. In entrambi i casi, la distorsione verso destra della disinformazione crea un problema per i ricercatori, afferma Lisa Fazio, psicologa alla Vanderbilt University, perché può apparire motivata politicamente.

"Sembra che tu sia più duro a destra che a sinistra", afferma.

Inclinazione a destra

I ricercatori hanno esaminato i post di Facebook risalenti al periodo delle elezioni statunitensi del 2020 che rimandavano a notizie segnalate come false dai fact checker. Hanno scoperto che il 97% di questi post è stato visto e interagito principalmente da conservatori.

(Dati) [S. González-Bailón et al. , Science , 381, ade7138 \(2023\)](#) ; (Grafico) M. Hersher/ *Science*

Non aiuta il fatto che i [ricercatori stessi](#) , come gli accademici in genere, siano orientati a sinistra. Il risultato: cause legali, udienze e attacchi sul campo, nonché abusi online, tra cui minacce di morte, spesso mirati ai ricercatori più vulnerabili.

"Non c'è assolutamente alcun dubbio che le donne e coloro che hanno identità marginalizzate siano prese di mira in questi modi molto più di chiunque altro", afferma Tromble. Gonzalez-Bailon afferma di non essere ancora stata attaccata personalmente. "Ma mi sto preparando", afferma. "Potrebbe succedere da un giorno all'altro".

Anche la parola "disinformazione" è diventata così politicizzata che può essere rischioso usarla, aggiunge Tromble. E la definizione poco chiara di disinformazione mette i ricercatori stessi nella difficile posizione di dover decidere se un'affermazione è fuorviante, il che può aumentare le accuse di parzialità politica.

Per ora, lo Stanford Internet Observatory continua a funzionare, anche se molti ricercatori se ne sono andati e non partecipa più alla ricerca rapida sulla disinformazione in merito alle elezioni.

Sebbene ci fossero anche altri fattori in gioco, alla fine Stanford ha deciso che era meno problematico fermare questo tipo di ricerca, afferma Renée DiResta, che era responsabile della ricerca presso l'osservatorio.

"La decisione di chiudere una ricerca meritevole in risposta a un'indagine del Congresso infondata e vendicativa è una capitolazione con conseguenze profonde", avverte. "Invia il messaggio che questi attacchi funzionano".

3 I danni sono difficili da definire

L'Iran è stato colpito presto e duramente dal SARS-CoV-2.

Ma mentre il virus si diffondeva nel paese nella primavera del 2020, una seconda epidemia stava crescendo nella sua ombra: un picco di avvelenamenti da metanolo. A maggio 2020, quasi 6000 persone si erano ammalate e circa 800 erano morte.

[I notiziari](#) suggerivano che gli avvelenamenti fossero una tragica conseguenza delle voci che circolavano in Iran secondo cui l'alcol avrebbe potuto disinfettare gli organi interni e proteggere dal COVID-19. L'Organizzazione Mondiale della Sanità li ha evidenziati come un chiaro caso dei danni nel mondo reale che la disinformazione può causare.

Il quadro reale è molto più complesso, tuttavia. I picchi di avvelenamenti da metanolo sono comuni in Iran, dove l'alcol comune non può essere venduto o consumato e i contrabbandieri spesso usano metanolo industriale per produrre bevande alcoliche fatte in casa. E [ricerche successive](#) hanno suggerito che la maggior parte di coloro che sono stati avvelenati avevano bevuto questo alcol di contrabbando per piacere o fuga, non per protezione dal COVID-19.

Quindi, sebbene la disinformazione abbia probabilmente giocato un ruolo nell'impennata dei decessi nel 2020, anche altri fattori hanno contribuito. L'alcol di contrabbando potrebbe essere diventato più disponibile durante la pandemia, ad esempio, e le persone in quarantena a casa potrebbero aver bevuto di più per far fronte allo stress e alla paura di quel periodo incerto.

Troppo spesso le persone attribuiscono i problemi sociali alla disinformazione con poche prove, dice Nyhan. "Quando ho iniziato a studiare questo argomento, nessuno parlava di disinformazione e così andavo in giro dicendo, 'Ehi, forse dovremmo pensarci, è un problema importante'", dice. Ma più di recente, dice di aver esortato i colleghi: "Smettetela di fare queste affermazioni infondate su come la disinformazione sia la causa di tutti i problemi del mondo".

Collegare saldamente la disinformazione alle conseguenze nel mondo reale è più difficile di quanto possa sembrare a prima vista. Fazio ha affrontato questa sfida studiando l'effetto illusorio della verità: come ripetere qualcosa di falso renderà una persona più propensa a crederci.

"In un certo senso, impariamo presto nell'infanzia che, in generale, le cose che abbiamo sentito più spesso hanno maggiori probabilità di essere vere", afferma.

Nel bene o nel male, finiamo per usare una sensazione di familiarità come spunto per la veridicità.

Ma mostrare come questo cambiamento di convinzioni influenzi il comportamento delle persone è difficile, afferma Fazio, in parte perché sarebbe immorale esporre i partecipanti allo studio alla disinformazione e poi lasciarli agire di conseguenza nel mondo reale.

In effetti, la maggior parte delle ricerche evita la domanda. Una [revisione](#) di 759 studi sulla disinformazione pubblicati alla fine dell'anno scorso ha scoperto che misuravano principalmente cambiamenti negli atteggiamenti o nelle convinzioni auto-riportati. Meno dell'1% ha esaminato il comportamento successivo dei partecipanti.

La maggior parte delle ricerche tende anche a presentare la disinformazione in modo altamente artificiale e semplificato. "È più o meno così: 'Ecco un mucchio di titoli e te li mostrerò in sequenza. Dimmi per ognuno di essi se ci credi o no'", dice Roozenbeek. "Questo è così lontano da come funzionano il consumo effettivo di informazioni e la formazione delle convinzioni, che è come se fossero due mondi diversi e quindi dedurre conclusioni generali è troppo difficile".

Alcuni ricercatori hanno adottato un approccio diverso, testando se correggere le convinzioni errate cambierà il comportamento delle persone. In generale, non lo fa, afferma Thomas Wood, uno scienziato politico della Ohio State University che ha condotto diversi di [questi studi](#). "Possiamo alleviare la convinzione della disinformazione in modo abbastanza efficace, secondo gli standard delle scienze sociali, ma, accidenti, non cambia il modo in cui voti, non cambia il modo in cui ti vaccini, non cambia il modo in cui ti comporti quando sei con il tuo medico", afferma.

Tuttavia, le nostre convinzioni influenzano chiaramente le nostre azioni, afferma Fazio, anche se ci sono anche altri fattori importanti. Per alcune convinzioni particolarmente assurde il collegamento è innegabile, afferma Stephan Lewandowsky, che studia la disinformazione all'Università di Bristol. Fa riferimento allo scandalo "Pizzagate", quando un uomo di 28 anni si è presentato con un fucile semiautomatico in una pizzeria di Washington, DC, e ha sparato tre colpi, con l'intenzione di salvare dei bambini che pensava fossero tenuti lì. Questa convinzione si basava su una teoria del complotto secondo cui i democratici che ordinavano la pizza lì in realtà ordinavano dei bambini che erano tenuti nel seminterrato. (Il ristorante non ha un seminterrato.) "Potresti pensare: chi diavolo ci crederebbe?", afferma Lewandowsky. "Beh, un tizio con una pistola ci ha creduto."

Anche se in altri casi è più difficile discernere un collegamento tra credenza e azione, dice Lewandowsky, potrebbe comunque esistere. Paragona la situazione al modo in cui il cambiamento climatico contribuisce ai disastri naturali: il riscaldamento potrebbe non causare direttamente un'ondata di calore o un'inondazione individuale, ma rende tali eventi più probabili.

Allo stesso modo, la disinformazione può gradualmente erodere la fiducia nelle agenzie di sanità pubblica e in altre istituzioni, rendendo le persone meno propense a seguire le loro raccomandazioni.

L'esempio del Pizzagate mostra un'altra complicazione, dice Nyhan. Milioni di persone sono state esposte alla cospirazione, ma solo una persona si è presentata con una pistola al ristorante.

Quel tipo di segnale potrebbe perdersi quando i ricercatori cercano l'effetto medio della disinformazione in grandi set di dati di migliaia o milioni di persone. "

Se dici cose del genere di fronte a un milione di persone, una di loro potrebbe oltrepassare quella linea", dice. "È molto probabile che i danni siano nelle code, nell'insieme di persone che consumano tonnellate e tonnellate di questa disinformazione".

Alcuni ricercatori stanno trovando modi per stimare come i cambiamenti di convinzione potrebbero tradursi in comportamenti nel mondo reale, anche se non possono misurarlo direttamente. Nel suo [studio](#) sulle storie più popolari sui vaccini su Facebook (vedi grafico [, sopra](#)),

Allen ha scoperto che leggere titoli fuorvianti come quello dell'articolo del *Chicago Tribune* ha ridotto le intenzioni delle persone di vaccinarsi contro il COVID-19.

E poiché ci sono già buoni dati su come tali intenzioni si traducono in comportamenti effettivi, il team è stato in grado di stimare l'impatto complessivo di quei post. La loro conclusione: se gli utenti di Facebook non avessero visto questi articoli, 3 milioni di persone in più negli Stati Uniti avrebbero potuto ricevere il vaccino. Ma per ora, il campo si trova in una posizione strana, ammettono molti ricercatori: sta cercando di dimostrare qualcosa che sembra ovviamente vero.

"La situazione è quasi imbarazzante", afferma Philipp Lorenz-Spreen della Dresden University of Technology. "Tutti hanno una storia, uno zio che si è radicalizzato su WhatsApp o altro", afferma. "Ma dimostrare qualcosa in modo definitivo è un lavoro diverso".

4 Le aziende possiedono i dati

Le elezioni sono focolai di disinformazione e le piattaforme dei social media hanno tradizionalmente fornito ai ricercatori un modo semplice per indagare su chi la diffonde e quanto lontano viaggia.

Così nel 2019, Francesco Pierri, ricercatore presso il Politecnico di Milano, ha esaminato Twitter nel periodo precedente le elezioni del Parlamento europeo, per studiare come la disinformazione circolava in Italia. Ha [scoperto](#) che veniva diffusa principalmente da utenti di estrema destra ed era ampiamente concentrata su argomenti come l'immigrazione.

Verso la fine del 2023, con le elezioni europee di quest'anno alle porte, Pierri voleva condurre un'analisi simile in diversi paesi europei. Ma questa volta si è imbattuto in difficoltà.

In precedenza, gli scienziati potevano accedere a un tesoro di dati condivisi tramite l'interfaccia di programmazione delle applicazioni di Twitter, consentendo a ricercatori come Pierri di raccogliere regolarmente milioni di tweet al giorno per i loro studi. Il facile accesso di Twitter lo ha reso una sorta di organismo modello per la ricerca sui social media.

Ma all'inizio del 2023, pochi mesi dopo che Elon Musk ha rilevato l'azienda, ha [bloccato](#) l'accesso gratuito, addebitando invece agli scienziati decine di migliaia di dollari al mese per dati molto più limitati.

"È stato un duro colpo per la mia ricerca", afferma Pierri.

Non è solo X. L'accesso ai dati è diventato più difficile in generale, afferma Filippo Menczer, informatico presso l'Università dell'Indiana. Quest'anno Meta ha interrotto uno strumento chiamato Crowdtangle che consentiva ai ricercatori di accedere gratuitamente ad almeno alcuni dati, sostituendolo con la libreria di contenuti Meta. I dati in questa libreria sono limitati e accedervi è "molto, molto, molto difficile", afferma Menczer. Lo stesso vale per altre piattaforme, tra cui YouTube e TikTok, afferma.

"Quando vai a guardare i dettagli, mettono così tante limitazioni che rendono la maggior parte della ricerca completamente impossibile".

Alcuni ricercatori accademici hanno aggirato questi problemi collaborando con l'industria, ma ciò può comportare altre complicazioni. In un esempio recente, 17 scienziati indipendenti hanno lavorato con Meta su una serie di studi durante le elezioni presidenziali statunitensi del 2020.

In [uno di questi](#) studi, gli scienziati sono stati in grado di manipolare i feed di 20.000 utenti di Facebook e Instagram, nel tentativo di ridurre la quantità di disinformazione che vedevano.

Uno degli obiettivi era determinare se gli utenti che vedevano questi feed alterati fossero meno polarizzati su questioni come l'immigrazione o l'assistenza sanitaria rispetto a coloro che continuavano a vedere contenuti basati sull'algoritmo standard di Facebook.

Tuttavia, altri scienziati hanno [recentemente criticato](#) Meta per [non aver chiarito](#) di aver modificato anche il suo algoritmo predefinito durante l'esperimento, [potenzialmente compromettendo](#) la conclusione degli studi: che l'algoritmo regolare di Facebook non promuove la polarizzazione.

Non è inoltre chiaro se l'azienda abbia fornito informazioni sufficienti ai ricercatori esterni per progettare gli esperimenti più efficaci, afferma Frances Haugen, un'ex dipendente di Facebook diventata whistleblower.

I dati per questi studi sono disponibili tramite l'Università del Michigan, ma accedervi richiede tempo e impegno, un ostacolo per i ricercatori che vogliono replicare gli studi elettorali.

Menczer afferma di aver negoziato con Meta per mesi per ottenere l'accesso a un altro set di dati dell'azienda.

"Vogliono che [l'università] firmi un accordo di non divulgazione solo per vedere i termini dell'accordo di non divulgazione", afferma. "È una follia".

Anche le collaborazioni con un gigante della tecnologia tendono a procedere a un ritmo lento. Con la stagione elettorale statunitense di quest'anno quasi conclusa, non è stata pubblicata nemmeno la metà dei documenti Meta delle elezioni precedenti.

"Ci sono state così tante volte in questo progetto in cui gli accademici esterni dicevano, 'Oh, dovremmo davvero ottenere questi dati' e poi la risposta era, 'Beh, è un processo di 6 mesi', oppure 'Dobbiamo trovare quattro persone che abbiano tempo per fare quel lavoro e portarlo più in alto nella catena per vedere se va bene'", afferma Michael Wagner, uno scienziato sociale presso l'Università del Wisconsin-Madison che ha agito come osservatore indipendente per il lavoro.

Le future collaborazioni dovrebbero iniziare con progetti più piccoli che possono essere completati più rapidamente e includere un accordo chiaro con l'azienda su quanto tempo e sforzi investirà, afferma.

C'è un pericolo più grande: poiché le piattaforme dei social media controllano la maggior parte dei dati e finanziano molti studi, sono state in grado di influenzare la direzione del campo, afferma Joe Bak-Coleman, un ricercatore affiliato all'Università di Costanza.

Pensa che questa influenza aiuti a spiegare perché la ricerca sulla disinformazione si sia concentrata in gran parte su interventi che hanno come target singoli utenti, come i nudge che incoraggiano le persone a verificare la veridicità di un post prima di condividerlo. Sono molto meno i ricercatori che studiano questioni che toccano le aziende, come gli algoritmi o la progettazione delle piattaforme.

Per i ricercatori nell'Unione Europea, una legge recente potrebbe aiutare. Il [Digital Services Act](#), un regolamento entrato in vigore nel novembre 2022, obbliga le piattaforme a fornire l'accesso ai ricercatori per determinati progetti.

A febbraio, Pierri ha ottenuto l'accesso tramite questa via, ma afferma che i dati sono limitati. "Sono come alcuni milioni di tweet per tutti i paesi europei, il che non è niente", afferma, troppo poco per lui per finire la sua ricerca.

Inoltre, la legge UE garantisce l'accesso solo agli scienziati che studiano i "rischi sistemici" per l'UE, e quanto bene verrà applicata resta da vedere. Tuttavia, sta già attirando ricercatori nel blocco: Przemyslaw Grabowicz, un informatico presso l'Università del Massachusetts (UMass) Amherst, afferma che è stato uno dei motivi principali per cui ha recentemente accettato un incarico presso l'University College di Dublino.

Molti ricercatori stanno trovando modi alternativi per ottenere i dati di cui hanno bisogno.

Alcuni hanno iniziato a usare programmi per computer per raschiare grandi quantità di dati pubblici da piattaforme come X, anche se ci sono dubbi su quando ciò sia legale ed etico.

Altri stanno conducendo sondaggi, chiedendo agli utenti di donare i propri dati dei social media o addirittura costruendo le proprie repliche dei social media in cui i sistemi di intelligenza artificiale interagiscono come gli utenti umani.

Ma alcuni mettono in dubbio l'eccessiva dipendenza del settore dai dati dei social media in primo luogo. Dopo tutto, podcast, radio, TV o conversazioni quotidiane con amici e vicini svolgono anch'essi un ruolo enorme nella diffusione della disinformazione.

Ma i dati sono difficili da raccogliere per quei canali, afferma West. "Non ricevono abbastanza attenzione a causa della questione della comodità".

Anche sui social media, i ricercatori devono adattarsi, poiché app come WhatsApp o Telegram stanno diventando sempre più influenti nella diffusione di disinformazione. Poiché la maggior parte dei contenuti su queste piattaforme non è pubblica, i ricercatori devono trovare nuovi modi per studiarli, afferma Patricia Rossini, politologa presso l'Università di Glasgow, proprio come devono fare per le piattaforme più vecchie. "Non puoi premere un pulsante e scaricare un milione di tweet", afferma Rossini. "Ma non puoi nemmeno farlo più su Twitter, quindi va bene".

5 Il problema è globale, la ricerca non è

Nel 2016, prima che il Regno Unito votasse per la Brexit e gli Stati Uniti eleggessero Donald Trump come presidente, un'altra elezione ha annunciato quello che alcuni hanno definito il "mondo della post-verità".

A maggio di quell'anno le Filippine hanno eletto Rodrigo Duterte come presidente, una vittoria che molti hanno attribuito in parte a una campagna online piena di disinformazione, tra cui fake news che annunciavano che Duterte era stato sostenuto dall'allora cancelliere tedesco Angela Merkel, dal papa e persino dalla NASA.

Ma ci sono state molte meno ricerche sulla disinformazione nelle Filippine rispetto agli Stati Uniti o al Regno Unito, anche se il paese ha abbracciato le tecnologie digitali come pochi altri.

"Siamo i principali utenti di Facebook in tutto il mondo, passiamo più tempo sui social media, siamo la capitale mondiale degli SMS", afferma Jonathan Ong, un ricercatore di disinformazione presso l'UMass che è originario delle Filippine. Il paese ospita anche una grande parte dei moderatori di contenuti del mondo, a volte chiamati "i custodi del mondo".

Non si tratta solo delle Filippine. L'anno scorso, [la revisione](#) dei documenti sulla disinformazione ha scoperto che i partecipanti a metà degli studi provenivano dagli Stati Uniti e quasi un terzo dall'Europa, mentre l'Asia orientale, l'Africa o il Medio Oriente rappresentavano ciascuno circa il 5%.

"Quello che sappiamo sulla disinformazione in realtà cattura solo una piccolissima fetta della popolazione globale e molte delle nostre ipotesi potrebbero non essere traslate tra le culture", afferma la coautrice Gillian Murphy, psicologa presso l'University College Cork.

Lo stesso deficit si applica a ciò che sappiamo su come contrastare la disinformazione. In una [revisione del 2023](#) per l'Agenzia statunitense per lo sviluppo internazionale, Nyhan e colleghi hanno scoperto che su 155 studi per esaminare l'efficacia di queste strategie, l'80% è stato condotto nel Nord globale.

"Questo grave squilibrio nella quantità di prove evidenzia le sfide nel trarre conclusioni su strategie efficaci per contrastare la disinformazione nel Sud globale", scrivono.

Tuttavia, la disinformazione potrebbe essere ancora più prolifica nei paesi non anglofoni, in parte perché la maggior parte della moderazione dei contenuti è focalizzata sui post in inglese.

Circola non solo sui principali network, ma anche su piattaforme di social media più piccole e poco studiate, afferma Ong. KakaoTalk, ad esempio, è l'app di messaggistica istantanea più utilizzata in Corea del Sud, e Viber è un attore importante nelle Filippine.

In definitiva, l'attenzione del campo in particolare sugli Stati Uniti, con il suo insolito sistema bipartitico e l'ambiente politicamente carico, significa che anche risultati solidi potrebbero avere un'applicabilità limitata altrove nel mondo. "Il problema con la ricerca sulla disinformazione è che se la maggior parte di essa proviene dagli Stati Uniti, allora riguarda solo repubblicani e democratici", afferma Rossini, che è brasiliana e svolge parte del suo lavoro lì. "Quello che ci manca è comprendere le dinamiche che vanno oltre un sistema bipartitico che è molto unico".

https://www.science.org/content/article/five-biggest-challenges-facing-misinformation-researchers?utm_source=sfmc&utm_medium=email&utm_content=alert&utm_campaign=DailyLatestNews&et rid=691092258&et cid=5415862

quotidiano**sanità**.it

“Non possiamo restare in silenzio”.

52 Associazioni lanciano un appello per sostenere la sanità pubblica

Le Associazioni, “appartenenti alla società civile”, denunciano lo stato di crisi del Ssn, richiedono interventi per interrompere il declino, ribadiscono la necessità che la salute diventi una vera priorità anche nell’allocazione delle risorse e sono a fianco dei professionisti impegnati in iniziative di mobilitazione e di difesa della sanità pubblica

25 NOV -

Un appello per sostenere il Ssn e interrompere il declino.

Questo in estrema sintesi l’appello lanciato da 52 Associazioni, tutte “appartenenti alla società civile”, che sottolineano la necessità di mettere la salute ai primi posti dell’agenda politica anche nell’allocazione delle risorse. Ed esprimono la loro vicinanza ai professionisti impegnati in iniziative di mobilitazione e di difesa della sanità pubblica.

Di seguito l’appello:

“Da troppo tempo il Servizio sanitario nazionale, un patrimonio fondamentale per un paese civile, non riceve la giusta attenzione. Da troppo tempo osserviamo, spesso impotenti, una grande indifferenza nei confronti del progressivo indebolimento della sanità pubblica.

Eppure, negli anni, il Ssn ha contribuito a raggiungere risultati importati per la salute di tutti noi, riconosciuti a livello internazionale. Ad esempio, i dati Ocse dimostrano che in Italia la mortalità evitabile grazie a interventi sanitari tempestivi ed appropriati è circa il 30% in meno della media UE, la sopravvivenza a 5 anni per molte patologie oncologiche è superiore alla media europea, le differenze nell’accesso ai servizi in base alla condizione socioeconomica sono inferiori alla media dei paesi europei. Ma tali risultati non possiamo darli per scontati.

Al contrario, i dati attuali dimostrano – e le persone sperimentano – la profonda crisi del sistema. Dopo la pandemia, nonostante gli insegnamenti (troppo presto dimenticati) e le promesse (mai mantenute), la situazione è sempre più preoccupante.

L’Istat riporta che nel 2023, il 4,5% degli italiani rinuncia alle cure a causa delle lunghe liste di attesa (in forte aumento rispetto al 2,8% del 2019), il 4,2% rinuncia per motivi economici e l’1% per la scomodità del servizio. Lo sviluppo dell’assistenza territoriale, specie per le persone anziane, continua a segnare il passo. Gli italiani stanno riscoprendo la paura – propria del secolo scorso – di ammalarsi non solo per le sofferenze che ne discendono ma anche per i costi che potrebbe comportare.

Oggi il pericolo imminente è la perdita del Ssn (per come l'abbiamo conosciuto dopo la sua istituzione) attraverso la privatizzazione dell'assistenza sanitaria.

La sanità pubblica garantisce ancora a tutti una quota di attività (urgenza, ricoveri per acuzie, interventi salvavita), mentre per il resto (visite specialistiche, accertamenti diagnostici, piccola chirurgia, riabilitazione, assistenza residenziale) il Ssn arretra, e i cittadini sono costretti a rinviare gli interventi o a ricorrere ai servizi a pagamento. Le lunghe liste di attesa e, più in generale, la difficoltà ad accedere a prestazioni sanitarie e sociosanitarie stanno così abituando la popolazione a non considerare più la sanità pubblica il primo riferimento in caso di malattia, e stanno facendo riemergere un timore che da decenni era scomparso: la paura di non avere abbastanza soldi per potersi curare.

Nelle cure dei malati cronici (ormai la parte preponderante degli assistiti), le famiglie sono lasciate sole e lo sviluppo dei servizi territoriali e di prossimità – che abbiamo visto essere determinanti nella pandemia – è al palo, dopo dichiarazioni roboanti.

I professionisti della salute – risorse fondamentali, perno di ogni organizzazione di servizi alla persona – sono sempre meno numerosi e sempre più demotivati, mentre dopo la pandemia avremmo dovuto proteggerli e riconoscerne il valore. Nell'attuale scenario, è inevitabile che gli operatori siano sottoposti a una pressione insostenibile che si traduce in una fuga dal pubblico, soprattutto dai luoghi di maggior tensione, come l'area dell'urgenza.

Le retribuzioni debbono essere adeguate ai livelli europei (pena la continua "esportazione" di professionisti), devono essere garantite condizioni di lavoro sostenibili e occorre riprendere a investire nella formazione, compresa la formazione nella comunicazione.

Le risorse messe complessivamente a disposizione sono sempre meno adeguate rispetto ai bisogni di assistenza della popolazione; i Livelli Essenziali di Assistenza (LEA) sono messi a rischio in molte regioni e i divari tra Nord e Sud d'Italia potrebbero ampliarsi.

E la Legge di Bilancio per il 2025-2027 non prevede il rafforzamento del personale, non interviene per contrastare la crescente demotivazione dei professionisti, propone ulteriori aumenti delle risorse per i privati, dispone aumenti del FSN sempre inferiori a quelli del Pil (fino a scendere nel 2030 al 5,6% del Pil, livello MAI COSÌ BASSO prima d'ora!) e tali da produrre disavanzi consistenti nei prossimi anni.

Il Servizio Sanitario Nazionale è l'emergenza ma dobbiamo constatare che tutto il sistema di Welfare, dalla scuola, all'Università, alla cultura, all'assistenza sociale, alle politiche per la casa sono sostanzialmente abbandonate e rischiano il tracollo.

Di fronte a tale situazione non possiamo restare in silenzio.

Le associazioni promotrici del presente appello, tutte appartenenti alla società civile, denunciano lo stato di crisi del Ssn, richiedono interventi per interromperne il declino, ribadiscono la necessità che la salute diventi una vera priorità anche nell'allocazione delle risorse e sono a fianco dei professionisti impegnati in iniziative di mobilitazione e di difesa della sanità pubblica".

Le associazioni firmatarie dell'appello

Associazione Salute Diritto Fondamentale

Associazione Giovanni Bissoni

Laboratorio salute e sanità - LABOSS

Forum Disuguaglianze e Diversità

Salute Internazionale

Associazione Prima la Comunità - ETS

Associazione Alessandro Liberati-Cochrane

Fondazione Gruppo Abele

Libera - Associazioni, nomi e numeri contro le mafie

Fondazione Maratona Alzheimer

Associazione Italiana di Epidemiologia

Cittadinanzattiva APS

Associazione Campagna per la Salute Mentale - Milano

Arci APS

CIPES - Centro d'Iniziativa per la Promozione della salute e l'Educazione Sanitaria

Associazione Centro per la Riforma dello Stato – ETS
Associazione Volere la Luna ODV
Associazione La Bottega del Possibile APS – Torre Pellice
Diritti a Sinistra
Grusol - Gruppo Solidarietà
APS [Ve.R.So](#) - Veneto Ricerca Sociale
Associazione Perugia per la Sanità Pubblica - Perugia
Associazione Camminare Insieme OdV
Ve.La - Veneto Laboratorio
Fondazione Casa dell'Ospitalità – ETS – Ivrea
Con/F/Basaglia - Conferenza Basaglia
Lisbon Institute of Global Mental Health
Covesap - Coordinamento veneto per la sanità pubblica
Associazione TiAscolto APS
Fondazione Nilde Iotti
Associazione Treviso civica
Associazione Insieme APS-ETS
Associazione MentelInPace - Forum per il ben-essere psichico - Cuneo
Gruppo di Ricerca per la Salute Mentale "Conoscere per Migliorare" - Torino
Associazione La tazza blu – OdV - Torino
SOS Sanità
RSWT - Rete Salute Welfare Territorio
Per una Sanità del Servizio Pubblico
Siep - Società Italiana di Epidemiologia Psichiatrica
Comitato Un'altra Busca è possibile – Cuneo
Fondazione Dravelli – Moncalieri
Associazione Franca e Franco Basaglia
ACCORDO - Associazione Scientifico - Culturale di Coterapia APS
Dedalus, cooperativa sociale - Napoli
Unasam – Unione Nazionale delle Associazioni per la salute mentale
ANP CIA Piemonte, Associazione Nazionale Pensionati - Confederazione italiana Agricoltori Piemonte
SMP - Società Mutua Piemonte ETS
ANGOLO OdV, Associazione Nazionale Guariti O Lungoviventi Oncologici -
UISP Piemonte
Fondo Edo Tempia - Biella
Associazione Vivamente – ODV Moncalieri
UISP Torino

https://www.quotidianosanita.it/lavoro-e-professioni/articolo.php?articolo_id=125984

quotidianosanità.it

Cure in ospedale: ecco l'Italia delle disuguaglianze. Dall'ictus ai parti cesarei, provincia che vai assistenza che trovi

Ester Maragò

Bassa proporzione di Ptca entro i 90' nei pazienti con Infarto Stemi in provincia di Udine, Sassari, Olbia Tempio e Reggio Calabria. Peggiori esiti di mortalità dopo ictus ischemico nelle provincia di Latina e Reggio Calabria, ma è allarme rosso anche nella provincia di La Spezia (che invece va bene sul Ptca entro 90') e nella Asl di

Verbano-Cusio-Ossola in Piemonte. Troppi parti cesarei nel Meridione. La cartografia dell'Italia disegnata da Agenas

04 NOV -

Non solo nascere in una determinata Regione può fare la differenza, ma anche abitare in una provincia della stessa Regione può rappresentare un discrimine sul fronte della qualità degli esiti delle cure. L'Italia si presenta infatti decisamente a macchia di leopardo, con differenze non solo regionali, ma spesso e volentieri intraregionali.

Questa la fotografia scattata dall'edizione 2024 del [Programma nazionale esiti, presentata nei giorni scorsi](#), i cui dati hanno consentito di valutare la qualità dell'assistenza ospedaliera (in linea quindi con le soglie del Dm 70) entrando nelle specifiche delle zone di residenza dei cittadini (Asl o Provincia). Quattro le aree sotto la lente: la proporzione di Ptca entro i 90' nei pazienti con Infarto Stemi; frattura di femore negli over65 operati entro le 48 ore; proporzione di tagli cesarei primari e la mortalità a 30 giorni per ictus Ischemico.

Dal quadro generale, spiegano [gli analisti di Agenas](#), emerge un gradiente Nord-Sud a svantaggio delle regioni meridionali per gli esiti dopo ictus ischemico, sia a breve che a lungo termine. A fronte del miglioramento del valore nazionale, si rilevano diffuse aree sotto-soglia per gli indicatori di Ptcs entro 90' dopo infarto Stemi e per l'intervento per frattura di femore entro 48 ore. Si conferma anche il gradiente Nord-Sud per i parti con taglio cesareo con una maggiore propensione al cesareo nelle strutture private accreditate rispetto alle pubbliche.

Vediamo nel dettaglio la cartografia dell'Italia nelle 4 aree sotto la lente.

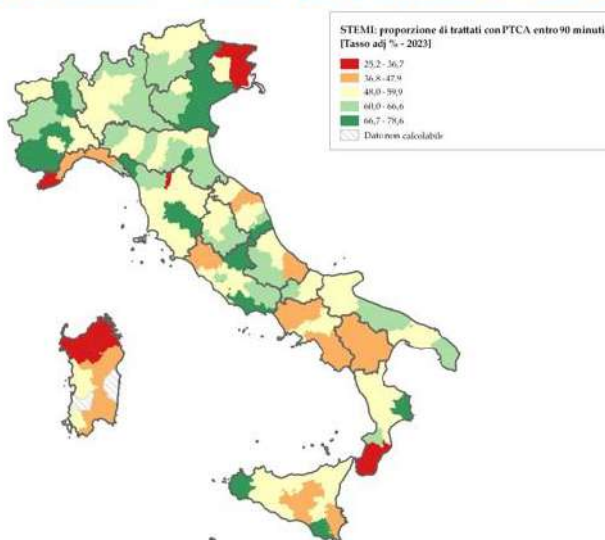
Stemi: proporzione del Ptca entro 90'

La tempestività per questo intervento è fondamentale per la qualità degli esiti. Dalla fotografia scattata emerge con chiarezza uno scenario frammentato, con alcune regioni dove le differenze intraregionali sono più marcate e la maggioranza delle strutture non superano l'asticella del 60% dei pazienti trattati nei tempi previsti.

Nel Nord, spiccano le alte performance in Piemonte e Veneto e qualche area critica nel resto del settentrione. Più frammentata la qualità nelle Regioni del Centro e al Sud.

Le situazioni più critiche emergono nella provincia di Udine in Fvg e in Liguria in particolare nella provincia di Imperia (fa eccezione la provincia di La Spezia). Risultati negativi anche in Sardegna, in particolare nella provincia di Sassari e Olbia Tempio e nella provincia di Reggio Calabria, mentre brilla la Asl di Crotone. Non raggiungono la sufficienza Campania e Basilicata.

Analisi della funzione di tutela – STEMI: proporzione PTCA entro 90 min.

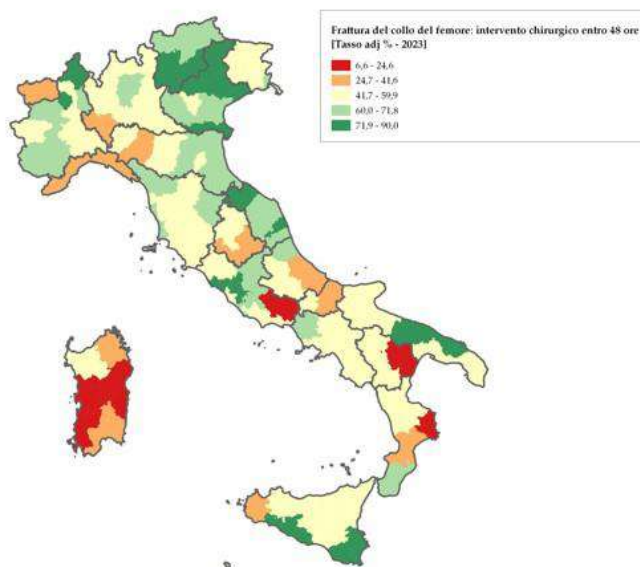


Frattura di femore in pazienti over 65 operata entro 48 ore

Per questo indicatore a livello nazionale c'è stato un miglioramento nel tempo, ma molte strutture non superano l'asticella del Dm 70. Anche in questo caso il Pne consegna uno scenario ad alta variabilità sia regionale sia intraregionale.

La provincia di Trento presenta performance d'eccellenza. Bene il Veneto, la Regione Marche, la provincia di Bari in Puglia, le provincia del sud della Sicilia e nel Lazio, regione ad alta variabilità, la città di Roma. Quattro le regioni con aree preoccupanti: scenari particolarmente critici in Sardegna, dove nessuna delle strutture supera i valori soglia del Dm 70, performance sotto standard anche in Valle d'Aosta, Liguria, Umbria e Basilicata (con criticità elevate a Matera). Allarme rosso nella Asl di Frosinone nel Lazio e, in questo caso, a Crotone in Calabria.

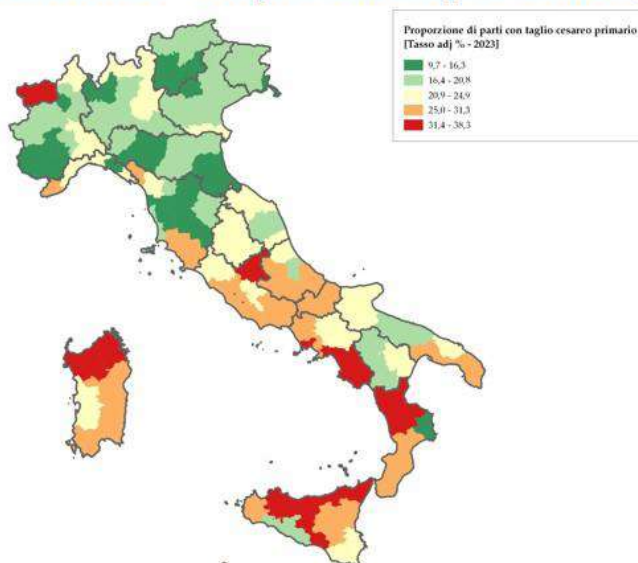
Analisi della funzione di tutela – Intervento frattura femore entro 48 ore



Parti Cesareo

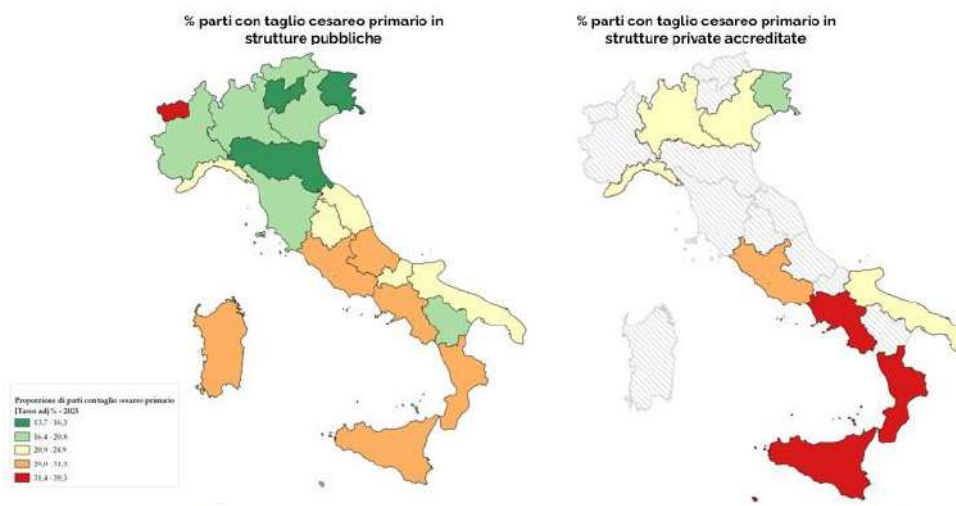
La cartografia restituisce un forte gradiente Nord Sud per quanto riguarda la propensione ai tagli cesarei primari. Sul fronte delle strutture pubbliche, l'Italia si presenta con zone d'eccellenza principalmente nel Nord Italia, ad eccezione della Valle d'Aosta. Mentre al Centro al Sud e isole (ad eccezione della Basilicata) la cartina si colora di rosso e di arancione.

Analisi della funzione di tutela - Proporzioe di parti con taglio cesareo



La distribuzione dei volumi di parti tra strutture private accreditate e strutture pubbliche per Regione vede soltanto 9 regioni italiane con parti cesarei primari effettuati nel privato accreditato. Nel Lazio oltre la metà dei parti cesarei sono effettuati in strutture private accreditate, a seguire la Puglia con percentuali intorno al 20%. In Campania, Calabria e Sicilia c'è la maggiore concentrazione di parti cesarei effettuati in strutture private accreditate.

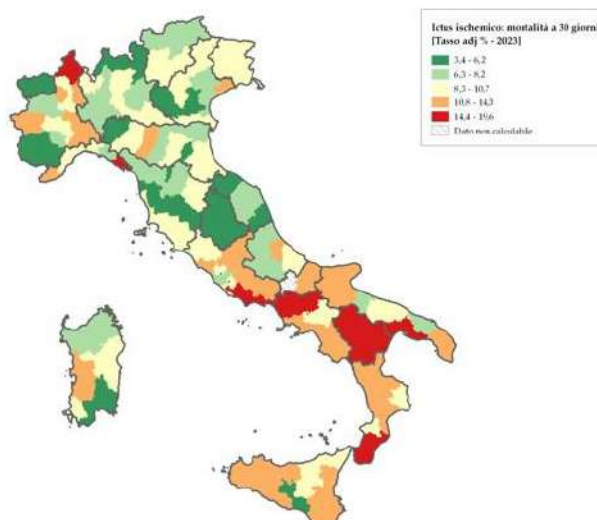
Analisi della funzione di tutela - Proporzioe di parti con taglio cesareo



Mortalità a 30 giorni per ictus Ischemico

Un indicatore questo, sottolineano gli analisti di Agenas, sul quale nel corso degli anni è stato fatto un grande lavoro per migliorare il trattamento del paziente. La cartina mostra però in maniera chiara un'Italia divisa in due, con aree verdi, quindi con esiti migliori, al Nord e al Centro e al contrario con una concentrazione di aree rosse estese al Sud. Si colorano di rosso la Basilicata (Regione in particolare ritardo nell'attuazione dell'implementazione delle reti tempo dipendenti), il nord della Campania, la provincia di Latina e di Reggio Calabria. Va detto però che anche il Nord non è esente da criticità, in particolare nella provincia di La Spezia si colora di rosso e nella Asl di Verbano-Cusio-Ossola in Piemonte.

Analisi della funzione di tutela - Mortalità a 30 giorni per ictus ischemico



https://www.quotidianosanita.it/studi-e-analisi/articolo.php?articolo_id=125522

Sciopero medici e infermieri. “Adesioni fino all’85%”.

I sindacati scrivono a Meloni: “Protesta non estemporanea, politica di destra e sinistra miope sul rilancio della salute pubblica”

Oggi le categorie si fermano per 24 ore e saranno in Piazza Santi Apostoli a Roma per una manifestazione. Chiesto un incontro urgente al Presidente del Consiglio: “Nell’attuale Governo – così come tra le fila dell’opposizione - risulta assente una visione lungimirante della sanità del futuro. I finanziamenti sono ben al di sotto del tasso inflattivo, quindi non in grado di sostenere un Servizio sanitario già in grande difficoltà”.

20 NOV -

“La nostra non è una protesta nata in modo estemporaneo ma affonda le radici negli anni passati, caratterizzati – sia a destra che a sinistra - da una visione politica della sanità pubblica estremamente miope che, di fatto, non tutela la salute dei cittadini.

Abbiamo anche indetto una giornata di sciopero di 24 ore appena venuti a conoscenza della bozza della legge di Bilancio, perché con essa si sancisce l’ennesimo dietrofront su impegni assunti dal Ministro Schillaci prontamente smentiti dal MEF che, senza discostarsi da logiche ultradecennali, continua a spadroneggiare in lungo e largo minando seriamente la salute dei cittadini italiani”.

È quanto si legge in una lettera inviata al Presidente del Consiglio, **Giorgia Meloni** firmata dai leader di Anao Assomed, **Pierino Di Silverio**, di Cimo Fesmed, **Guido Quici** e del Nursing Up, **Antonio De Palma** che per oggi hanno indetto lo sciopero di 24 di ore di medici e infermieri su cui l’adesione sarebbe fino all’85%.

“Occorre inoltre evidenziare – spiegano i sindacati– che lo sciopero è stato indetto da tre organizzazioni sindacali, e che in buona parte dei servizi del SSN una percentuale di professionisti anche in molti casi superiore a quanto previsto dalla normativa vigente è stata “esonerala dallo sciopero” per garantire i contingenti minimi, impedendo quindi loro di astenersi dal lavoro. Segnaliamo infine che circa il 20% delle Aziende non ha dato al personale disposizioni sul contingentamento minimo per lo sciopero, creando grandi difficoltà per circa 20.000 medici e 100.000 infermieri e professionisti sanitari”.

Ma torniamo alla lettera inviata alla presidente Meloni.

“È vero – scrivono i sindacati - che l’attuale Governo ha stanziato più risorse in assoluto per il Fondo Sanitario Nazionale, ma le stesse sono spalmate nei prossimi 5 anni e, al netto dei rinnovi contrattuali, sono ben al di sotto del tasso inflattivo, quindi non in grado di sostenere un Servizio sanitario già in grande difficoltà.

Questi finanziamenti sono appena sufficienti a mantenere lo status quo e non saranno certamente alcuni interventi legislativi a ridurre le liste di attesa senza un vero intervento strutturale di rilancio del SSN”.

“I cittadini – proseguono i sindacati di medici e infermieri - sono arrabbiati perché la nostra sanità non assicura pienamente il diritto alle cure, i sanitari lo sono ancor di più perché sottopagati, denunciati e le aggressioni di tutti i giorni testimoniano che esiste una vera emergenza sociale che il Governo è tenuto a prendere in seria considerazione”.

“Non si può migliorare – continua la lettera - l’offerta dei servizi ai cittadini senza rilanciare l’offerta sanitaria; non si possono ridurre gli interminabili tempi d’attesa continuando a mantenere il blocco del tetto di spesa sul personale; non si può tamponare, con finanziamenti spot, l’attuale emergenza sanitaria andando a finanziare quella sanità privata che sfrutta i propri dipendenti senza rinnovare loro i contratti di lavoro da quasi 20 anni, e che si ostina a non riconoscere loro il medesimo status contrattuale dei colleghi del pubblico impiego”.

“Siamo – evidenziano - tuttavia consapevoli dell’impossibilità di prevedere risorse illimitate per la sanità pubblica, e sosteniamo con forza la necessità di riformare, in modo strutturale e organico, il Servizio Sanitario Nazionale, senza però intaccare i principi sui quali esso è stato fondato: universalismo, uguaglianza ed equità. Ma anche nell’attuale Governo – così come tra le fila dell’opposizione - risulta assente una visione lungimirante della sanità del futuro: in che modo si intende coniugare il necessario rispetto di determinati limiti di spesa con l’inevitabile aumento della spesa farmaceutica, delle cronicità e delle comorbilità che ci

attende nei prossimi anni, stante l'invecchiamento della popolazione? Come si intende riorganizzare la sanità territoriale e quella ospedaliera, in modo da razionalizzare l'offerta sanitaria garantendo a tutta la popolazione un'assistenza efficiente e più prossima possibile ai bisogni dei cittadini? E, ultimo ma non per importanza, come si intende rendere nuovamente attrattivo per i professionisti della salute lavorare nel Servizio Sanitario Nazionale?"

"Non nascondiamo – segnalano - che quest'ultimo sia il tema che più ci sta a cuore, rappresentando e tutelando i diritti di medici, specializzandi, dirigenti sanitari, infermieri e professionisti sanitari. Riceviamo ormai quotidianamente dai colleghi che lavorano negli ospedali di tutta Italia denunce di condizioni di lavoro inaccettabili. Siamo costantemente bersaglio di aggressioni fisiche e verbali; continuiamo ad essere – insieme alla Polonia e al Messico – l'unico Paese al mondo in cui un errore sanitario, chiaramente non intenzionale, può essere sanzionato penalmente; abbiamo gli stipendi più bassi d'Europa; per supplire alle sempre più gravi carenze di organico rinunciamo a ferie, riposi, congedi e malattie. Sono sempre di meno, quindi, i colleghi disposti ad accettare tutto questo, e sempre di più coloro che invece decidono di abbandonare il Servizio Sanitario Nazionale preferendo lavorare all'estero o nella sanità privata, dove tuttavia la situazione non è molto più rosea, considerando, come già descritto, che i medici dipendenti delle strutture afferenti all'AiOP attendono da quasi 20 anni il rinnovo del proprio contratto di lavoro e, così come accade per gli infermieri e gli altri professionisti sanitari ex legge 43/2006, non vedono ancora riconosciuto il medesimo status contrattuale dei colleghi del pubblico impiego".

"La depenalizzazione dell'atto medico, e delle altre professioni sanitarie, si è dissolta nei risultati non ancora ufficiali della Commissione D'Ippolito fumosi e poco efficienti. L'incremento delle borse di specializzazione meno richieste, sebbene apprezzabile, non sarà di certo sufficiente a convincere i giovani medici a iniziare un percorso formativo che li porterà a lavorare in condizioni inaccettabili e per i quali chiediamo la contrattualizzazione. Per i loro colleghi delle altre professioni sanitarie non mediche chiediamo da anni la possibilità che vengano retribuiti. Solo spiccioli per gli uni, neanche il riconoscimento professionale per gli altri. Sono temi, questi, da cui dipende la salute della popolazione, e che non possono diventare terreno di scontro tra partiti di maggioranza e di opposizione, né appannaggio esclusivo di una parte politica. Riteniamo dunque necessario che, sulla sanità, tutto l'arco parlamentare lavori unitariamente, mettendo da parte rivendicazioni ed egoismi e ponendo al centro dell'azione politica i bisogni dei pazienti e le necessità dei professionisti della salute. Alla luce di tutto questo, Le chiediamo di voler promuovere un incontro urgente con i rappresentanti delle organizzazioni sindacali sottoscritte al fine di poterLe illustrare in modo più completo le nostre posizioni e le nostre proposte, con l'unica finalità di migliorare un Servizio Sanitario Nazionale che, nonostante tutto, il mondo ancora ci invidia", concludono.

https://www.quotidianosanita.it/governo-e-parlamento/articolo.php?articolo_id=125886



Summit Salutequità: 7 leve per un Servizio sanitario nazionale davvero equo e sostenibile

Le risorse per i prossimi anni e il dibattito politico sull'aumento delle risorse per finanziare la sanità rischiano di essere insufficienti se il sistema non sarà messo nelle condizioni di essere davvero sostenibile.

«Il Ssn deve dichiarare la sua vision e collegarla alle risorse», ha detto Tonino Aceti, presidente di Salutequità che a Roma nel suo Summit annuale "Equità e Salute in Italia", ha presentato sette leve indispensabili per rendere il Servizio sanitario davvero efficace ed efficiente con un focus sulla sostenibilità in una prospettiva

che va oltre quella meramente economica e che include il contrasto alle disuguaglianze e la tutela del diritto alla salute.

Un confronto a cui sono intervenute le più alte cariche della sanità nazionale, regionale e i principali stakeholder scientifici, del mondo civico ed esperti che si sono confrontati sul modello necessario a garantire un Ssn sostenibile, equo e rispondente alle esigenze in continua evoluzione della società perché la difesa di una sanità equa e universale sia una delle priorità nella discussione della Legge di Bilancio.

«Il primo banco di prova per la sostenibilità del Ssn è la legge di bilancio attualmente in discussione.

I rilievi sulle risorse destinate alla sanità di Cortei dei Conti, Ufficio Parlamentare di Bilancio e Cnel sono preoccupanti e vanno subito affrontati - ha dichiarato Aceti -.

Il Ssn deve dichiarare la sua vision e collegarla alle risorse. Per questo abbiamo dubbi sull'efficacia delle misure che destinano circa 1 miliardo di euro all'incremento di risorse per il raggiungimento degli obiettivi di piano sanitario nazionale (Psn) sia perché l'ultimo Psn approvato risale al 2006, sia perché dopo l'annuncio dello scorso anno del ministro di volerlo finalmente aggiornare, ad oggi non se ne sa ancora nulla.

E se il Piano non si aggiorna, si continuerà a finanziare il Ssn senza avere una programmazione sanitaria e una visione chiara su priorità, obiettivi e azioni da mettere in campo. E un altro grande assente è il Patto per la Salute fermo al 2021.

Anche sull'emergenza liste d'attesa 50 milioni di euro per il 2025 e 100 milioni per il 2026 rischiano di non incidere come potrebbero sull'accessibilità alle cure se le Regioni continueranno a essere misurate su indicatori vecchi sui quali quasi tutte risultano già adempienti.

Allo stesso modo i nuovi finanziamenti vincolati per l'aggiornamento dei Lea potrebbero non essere utilizzati come già accaduto per l'entrata in vigore dei nuovi Lea con ben 7 anni di ritardo.

A rischio l'accesso all'innovazione terapeutica per i pazienti a causa delle misure che precludono nuove valutazioni di innovatività su nuove indicazioni terapeutiche per farmaci che l'hanno già ottenuta 6 anni prima.

Così come l'eventuale avanzo del fondo dei farmaci innovativi deve rimanere nella farmaceutica e non nel calderone indistinto del Fondo sanitario regionale. Anche sull'umanizzazione il segnale è insufficiente: troppo pochi 10 milioni per le cure palliative, considerando che 8 regioni al 2021 non avevano istituito una rete di cure palliative pediatriche. Bene il potenziamento del Nuovo Sistema di Garanzia dei Lea che raccoglie una specifica proposta di Salutequità.

Proprio perché è una partita troppo importante per la sostenibilità e l'equità del Ssn abbiamo voluto consegnare le nostre proposte, con dati di analisi ed azioni sintetizzate nelle 7 leve per la sostenibilità».

Le sette leve di Salutequità'

Le proposte discusse si articolano in sette leve, ciascuna delle quali identifica delle azioni concrete per far fronte a quelle che sono state identificate come le principali sfide del Servizio sanitario nazionale.

- **Prima leva: Definizione, allocazione e gestione delle risorse.**

È necessaria una metodologia di calcolo del fabbisogno sanitario standard, superando lo «storico» e la sola «negoiazione politica» passando a criteri più oggettivi e aggiornati, come i Livelli essenziali di assistenza (Lea), il tasso di rinuncia alle cure e di povertà, le caratteristiche della popolazione, l'epidemiologia, l'innovazione tecnologica, personale e infrastrutture adeguati, standard organizzativi/strutturali/tecnologici, mobilità sanitaria, caratteristiche orografiche del territorio.

Il finanziamento del Ssn deve essere agganciato a una strategia pluriennale per la salute e il rafforzamento del Ssn, attraverso la definizione e l'approvazione di un nuovo Piano sanitario nazionale, adottato con una procedura più "forte" rispetto a quella prevista nel 2006.

Si devono modificare i criteri di riparto del Fondo sanitario, dando più peso alla deprivazione sociale e quelli della quota premiale (644 milioni nel 2023) passando dalla negoziazione tra Regioni a criteri trasparenti, obiettivi e vincolanti.

E ancora, passare da un sistema di pagamento per prestazione a uno che finanzia percorsi terapeutici e i loro risultati di salute superando il silos budget e mettendo al centro il valore delle cure. Poi, semplificare l'accesso ai fondi per l'edilizia sanitaria e incentivare la ricerca e l'innovazione per rendere il Ssn più efficace e sostenibile a lungo termine.

- **Seconda leva: Monitoraggio, misurazione e valutazione delle performance.**
 È prioritario agire su potenziamento e innovazione di monitoraggio e valutazione dei Livelli essenziali di assistenza (Lea) erogati dalle Regioni attraverso nuovi indicatori -anche nella dimensione intra-regionale- e una governance più dinamica. Si prevede di modernizzare il sistema degli adempimenti Lea, migliorando la tempestività nella pubblicazione dei dati e introducendo nuovi criteri di valutazione per elementi critici come le liste di attesa, il Fascicolo sanitario elettronico e l'implementazione degli Accordi Stato-Regioni successivi a quelli del 2001. Un ruolo centrale deve essere assegnato alla piattaforma Agenas per monitorare il rispetto dei tempi massimi di attesa e le agende chiuse, mentre il Programma Nazionale Esiti deve essere potenziato per valutare meglio gli outcome dell'assistenza territoriale.
 Infine, tra le proposte vi è quella di introdurre strumenti per misurare l'impatto delle innovazioni farmacologiche, tecnologiche, organizzative e professionali e ri-allocare le economie correlate anche promuovendo una collaborazione efficace tra pubblico e privato.
- **Terza leva: Innovazione nell'organizzazione e nella governance.**
 Per rendere le aziende sanitarie più efficienti e flessibili, si propone una reingegnerizzazione del modello di funzionamento, affrontando le rigidità normative e contrattuali (lavoro, partnership, etc.). E ancora tra le azioni proposte, la creazione di un programma pluriennale per migliorare la valorizzazione e l'attrattività del personale del Ssn con interventi su retribuzioni, formazione e assunzioni. Inoltre, occorre approvare tempestivamente i decreti per la definizione della metodologia di calcolo del fabbisogno di personale e applicare rapidamente il Dm 77/2022 e le misure di sanità digitale del Pnrr. Necessario anche finanziare l'aggiornamento del Piano nazionale della cronicità includendo nuove patologie (es. psoriasi, neoplasie ematologiche croniche, etc.) e garantirne un più efficace monitoraggio, così come assicurare nelle procedure di acquisto qualità, personalizzazione e continuità terapeutica.
- **Quarta leva: Aggiornamento dinamico dei Livelli essenziali di assistenza (Lea).**
 Si propone di aggiornare annualmente i Lea utilizzando i fondi stanziati dalle leggi di bilancio, rendendo il processo più rapido, partecipato e trasparente. Inoltre, è necessario definire e monitorare nuovi standard assistenziali, strutturali e tecnologici in settori ancora non disciplinati.
- **Quinta leva: Governo delle liste di attesa.**
 La riduzione e il governo delle liste di attesa devono diventare obiettivi prioritari di un nuovo Piano sanitario nazionale, con fondi vincolati annualmente per le Regioni.
 Si propone di rafforzare il monitoraggio dei Lea con nuovi indicatori, emanare i decreti attuativi della legge sulle liste di attesa. Inoltre è urgente lavorare sull'appropriatezza delle prescrizioni e delle pratiche cliniche attraverso il Sistema Nazionale Linee Guida (SNLG) e le Buone Pratiche clinico assistenziali organizzative dell'Iss per supportare professionisti e amministratori nelle scelte e garantire sostenibilità e qualità.
- **Sesta leva: Qualità dei processi decisionali per equità e la sostenibilità del Ssn.**
 Migliorare la qualità dei processi decisionali in sanità dando centralità alle evidenze e alla partecipazione di associazioni pazienti e stakeholder, oltre che attraverso la rilettura del principio di leale collaborazione tra Stato e Regioni, per garantire migliore condivisione delle scelte, maggiore velocità delle decisioni e della loro implementazione.
- **Settima leva: Consapevolezza del valore del Ssn.**
 Sviluppare iniziative, programmi e campagne, a partire dalle scuole, per sensibilizzare i cittadini sul valore positivo del Servizio sanitario nazionale (Ssn) e sul ruolo attivo che possono assumere nella tutela della propria salute e concorrere alla sostenibilità.

<https://www.sanita24.ilsole24ore.com/art/aziende-e-regioni/2024-11-19/summit-salutequita-7-leva-un-servizio-sanitario-nazionale-davvero-equo-e-sostenibile-160055.php?uuid=AG9ANWGB&cmpid=nlqf>

Spesa sanitaria. Nel 2022 in Italia si spendevano 2.978 euro a persona. Quindicesimi a livello di spesa, con oltre 700 euro in meno pro capite rispetto a media europea. I dati Eurostat

Il dato si conferma anche quando la spesa è espressa in standard di potere d'acquisto (SPA). Germania (5.317 SPA per abitante), Austria (4.751 SPA per abitante) e Paesi Bassi (4.531 SPA per abitante) hanno registrato i rapporti più elevati, mentre l'Italia con 2.945 SPA per abitante si conferma al quindicesimo posto con una differenza di 740 euro rispetto alla media europea. Nel 2022 la spesa sanitaria in rapporto al Pil in Italia era all'8,9%, un dato anche in questo caso inferiore alla media europea del 10,4%.

18 NOV -

Nel 2022, nell'UE sono stati spesi in media 3.685 euro pro capite per la spesa sanitaria corrente, con un aumento del 38,6% rispetto al 2014 (2.658 euro). La spesa media più elevata è stata registrata in Lussemburgo (6.590 euro pro capite), davanti a Danimarca (6.110 euro) e Irlanda (5.998 euro). All'altro estremo della classifica, le spese più basse sono state registrate in Romania (858 €), Bulgaria (990 €) e Polonia (1.137 €). **L'Italia si piazza al quindicesimo posto spendendo 2.978 euro, ossia 707 euro a persona in meno rispetto alla media europea.**

La spesa sanitaria è aumentata in tutti i paesi dell'UE dall'inizio di questa serie temporale nel 2014. Lettonia, Lituania e Romania hanno registrato gli incrementi relativi più elevati, rispettivamente del 140,5%, 125,6% e 123,1%, rispetto al 2014. Questi solo alcuni dei dati pubblicati oggi da Eurostat.

Current healthcare expenditure, 2022

	€ million	€ per inhabitant	PPS per inhabitant	% of GDP
EU (*)	1 548 487	3 685	3 685	10.4
Belgium	59 626	5 105	4 339	10.8
Bulgaria	6 575	990	1 786	7.7
Czechia	24 309	2 278	2 908	8.8
Denmark	36 067	6 110	4 154	9.5
Germany	488 677	5 832	5 317	12.6
Estonia	2 528	1 874	2 014	7.0
Ireland	30 983	5 998	4 136	6.1
Greece	17 562	1 683	1 986	8.5
Spain	131 114	2 745	2 814	9.7
France	313 574	4 607	4 302	11.9
Croatia	4 933	1 279	1 858	7.2
Italy	175 719	2 978	2 945	9.0
Cyprus	2 464	2 700	2 854	8.9
Latvia	2 926	1 557	1 928	7.6
Lithuania	4 882	1 724	2 318	7.2
Luxembourg	4 304	6 590	4 316	5.6
Hungary	11 297	1 171	1 867	6.7
Malta	1 661	3 125	3 427	9.5
Netherlands	96 820	5 470	4 531	10.1
Austria	49 897	5 518	4 751	11.2
Poland (*)	41 870	1 137	1 960	6.4
Portugal	25 370	2 437	2 823	10.5
Romania	16 337	858	1 627	5.8
Slovenia	5 479	2 594	2 927	9.6
Slovakia	8 476	1 561	1 947	7.7
Finland (*)	25 926	4 666	3 645	9.7
Sweden	59 110	5 637	4 363	10.7
Iceland	2 479	6 488	3 748	9.1
Liechtenstein	396	10 021	..	5.7
Norway (*)	44 880	8 224	5 376	7.9
Switzerland	91 054	10 374	5 629	11.7
Bosnia and Herzegovina	2 033	8.7
Moldova	961	376
Serbia (*)	5 836	869	1 517	9.7

(*) Provisional.

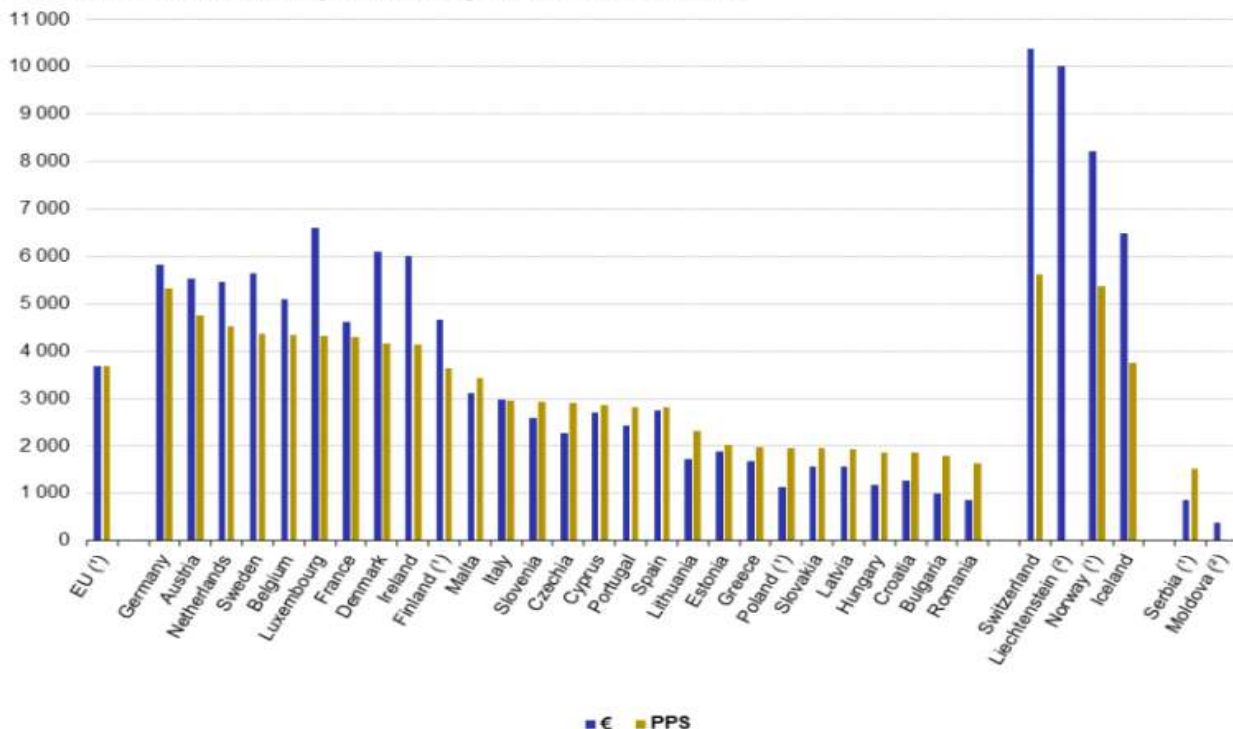
Source: Eurostat (online data code: hlth_sha11_hf)

Le disparità nella spesa sanitaria corrente per abitante sono meno evidenti quando la spesa è espressa in standard di potere d'acquisto (SPA).

Questa misura si adatta alle differenze nei livelli dei prezzi tra i paesi dell'UE. Germania (5.317 SPA per abitante), Austria (4.751 SPA per abitante) e Paesi Bassi (4.531 SPA per abitante) hanno registrato i rapporti più elevati di spesa sanitaria per abitante in termini di SPA. La Romania (1.627 SPA per abitante) ha avuto il rapporto più basso.

L'Italia con 2.945 SPA per abitante si conferma al quindicesimo posto con una differenza di 740 in termini di SPA rispetto alla media europea.

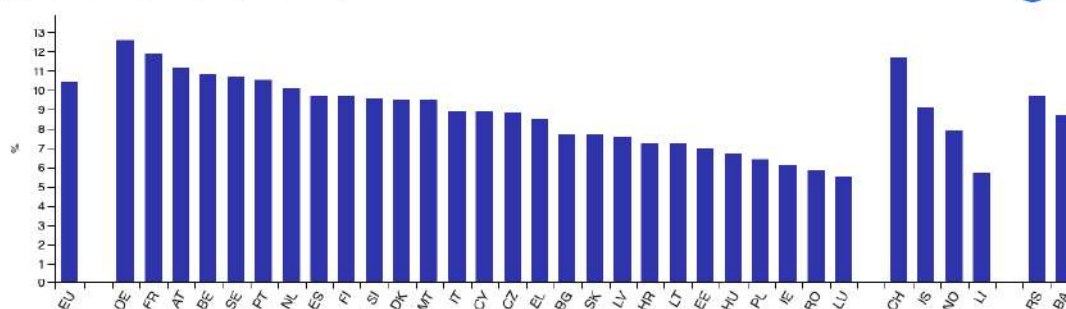
Current healthcare expenditure per inhabitant, 2022



Infine, Eurostat valuta la spesa sanitaria in rapporto al Pil. "La spesa sanitaria e il Pil sono entrambi influenzati dalle variazioni dei prezzi e quindi, quando si combinano i 2 indicatori in un rapporto, l'impatto dell'inflazione può annullarsi in una certa misura: ciò dipende dalla misura in cui le variazioni dei prezzi relative alla spesa sanitaria sono simili a quelle sperimentate nell'economia nel suo complesso", spiega Eurostat.

Nel 2022 la spesa sanitaria in rapporto al Pil in Italia era all'8,9%, un dato anche in questo caso inferiore alla media europea del 10,4%. L'investimento italiano è ben distante anche da quello di Germania (12,6%), Francia (11,9%) e Spagna (9,7%)

Spesa sanitaria corrente rispetto al PIL, 2022



UE: Polonia, Finlandia, Norvegia e Serbia: provvisorio.
Fonte: Eurostat (codice dati online: Hth_sha1_h)



https://www.quotidianosanita.it/studi-e-analisi/articolo.php?articolo_id=125827

Ocse: in Italia spesa pro capite di -586 euro rispetto alla media Ue. I moniti: bene la speranza di vita ma prepararsi al 33% di over 65 entro il 2050. Medici: il 27% è anziano. Sedentarietà, zavorra da 1,3 mld l'anno

di Red. San.



Un'Italia tra i Paesi più vecchi in Europa, dopo il Portogallo, destinata a invecchiare ancora di più in un brevissimo arco temporale e con un personale sanitario anch'esso anziano. Dove la spesa pro capite media è cresciuta decisamente meno, dopo la pandemia, rispetto a quanto avvenuto negli altri grandi Paesi.

Questo in estrema sintesi il ritratto tracciato per il nostro Paese dall'ultimo report [Ocse Health At a Glance: Europe 2024](#), dove si certifica una spesa sanitaria 2022 che non arriva ai 3mila euro con i suoi 2.947 euro pro capite, nettamente al di sotto della media Ue di 3.533 euro.

Eppure gli over 65 bussano sempre più numerosi alla porta del Ssn, con la loro necessità di una presa in carico adeguata alle loro cronicità così come di stili di vita che andrebbero promossi nell'ottica di un "invecchiamento attivo" tale da scongiurare il rischio non autosufficienza, in agguato per tutti anche a fronte delle carenze socio-sanitarie.

E proprio l'aumentare gli sforzi per favorire una terza e una quarta età in buona salute è uno degli sforzi chiesti dall'Ocse all'Europa: "L'aspettativa di vita a 65 anni oggi supera i 20 anni, ma la metà di questi anni vengono alterati da malattie croniche e handicap", scrivono gli esperti dell'Organizzazione, sottolineando che questa situazione è "particolarmente vera per le donne" che certo "vivono più anni degli uomini", ma "vivranno gran parte degli anni supplementari con problemi di salute".

E "con quasi il 25% della popolazione di età pari o superiore ai 65 anni nel 2023 e che si prevede raggiungerà oltre il 33% entro il 2050, la domanda di servizi in Italia continuerà a crescere".

Quindi ben venga il dato secondo cui l'Italia ha una delle speranze di vita più alte d'Europa con un'aspettativa in media pari a 83,8 anni, il secondo più alto nell'Unione europea dopo la Spagna, e 2,5 anni sopra la media Ue. Però il tema è quello di una età avanzata in cui non sia più scontato assumere anche oltre dieci farmaci al giorno o dover magari essere ricoverati, perché in solitudine e afflitti da cronicità, in una struttura residenziale anche quando magari non sia appropriato disporlo.

Le riforme avviate in estremo ritardo dall'Italia con il Pnrr, in primis la legge sulla non autosufficienza, da questo punto di vista sono ancora in fase embrionale.

Personale anziano e in fuga.

Poi c'è l'enorme tema del personale: che è anziano, con oltre la metà dei medici italiani di 55 anni o più e il 27% sopra i 65 anni, il dato più alto nell'Unione europea. Secondo l'Ocse per sopperire alla penuria di medici in tutta Europa bisogna "migliorare le loro condizioni di lavoro e il loro stipendio", elementi necessari "per migliorare l'attrattività della professione e riuscire a conservare il personale curante".

Tema ben noto al ministro della Salute Orazio Schillaci, che si è visto nettamente sforbiciare dal Mef alle prese con il Piano strutturale di bilancio, gli annunci di un piano straordinario di 30mila assunzioni da inserire in manovra. Non a caso sul Ddl di bilancio (e non solo) il 20 novembre le tre sigle sindacali Anaa Assomed e Cimo-Fesmed - per i medici - e Nursing Up per gli infermieri incroceranno le braccia. E gli infermieri?

Ocse conferma che se l'Italia a un numero di medici simili alla media Ue e pari a 4,2 per mille abitanti, il numero degli infermieri è inferiore alla media con 6,5 contro 8,4 per mille abitanti nella Ue.

Il focus sulla spesa.

“La spesa sanitaria pro capite dell’Italia nel 2022 si è attestata a 2.947 euro, circa un sesto al di sotto della media Ue di 3.533 euro”, si legge nel rapporto.

La pandemia ha spinto al rialzo la spesa sanitaria in tutta l’Ue e questo è avvenuto anche da noi ma in misura nettamente inferiore: secondo l’Ocse “la sua spesa sanitaria è aumentata a un ritmo più moderato rispetto alla maggior parte degli altri Paesi dell’Ue.

In rapporto al Pil, anche nel 2022 la spesa sanitaria italiana è rimasta al di sotto della media Ue. Cioè al 9% rispetto al 10,4%”. Sempre secondo l’Ocse, “analizzando la spesa sanitaria per tipologia di servizio, l’Italia si distingue per un’allocazione di bilancio leggermente superiore alla media per i servizi di assistenza ambulatoriale (33% contro 29%).

Tuttavia - avverte l’organizzazione - il Paese destina una quota relativamente bassa all’assistenza a lungo termine, pari a poco meno del 10% della spesa sanitaria totale nel 2022, al di sotto della media Ue del 15%”. Questa allocazione “relativamente ridotta riflette in gran parte la storica dipendenza dell’Italia dall’assistenza informale, pur avendo una delle popolazioni più anziane d’Europa”.

Stili di vita, pesa la sedentarietà.

In Italia Ocse certifica uno dei tassi più bassi di attività fisica della Ue. Nel 2019, solo il 19% degli adulti ha dichiarato di praticare il livello minimo raccomandato dall’Oms di attività fisica di almeno 150 minuti a settimana. “Questo dato - avverte l’Ocse - è allarmante se confrontato con la media Ue del 32%.

Il problema è ancora più marcato tra gli adulti più anziani: meno del 10% degli over 65 rispetta queste linee guida, collocando l’Italia nel terzo inferiore dei Paesi Ue per questa fascia d’età rispetto alla media europea del 22%”.

Un problema che affligga anche i bambini: “Nel 2022 - prosegue l’Organizzazione con sede a Parigi - l’Italia ha registrato la percentuale più esigua di bambini di 11 e 15 anni che soddisfano le raccomandazioni dell’Oms riguardo all’attività fisica giornaliera tra i Paesi Ue”.

Burden in termini di malattia e di aspettativa di vita in buona salute ma anche un impatto salato per il sistema sanitario e previdenziale: i modelli dell’Ocse stimano che tra il 2022 e 2050 l’insufficiente attività fisica in Italia costerà al Paese 1,3 miliardi di euro all’anno in costi sanitari aggiuntivi.

<https://www.sanita24.ilsole24ore.com/art/europa-e-mondo/2024-11-18/ocse-italia-spesa-pro-capite-586-euro-rispetto-media-ue-moniti-bene-speranza-vita-ma-prepararsi-33percento-over-65-entro-2050-medici-27percento-e-anziano-sedentarieta-zavorra-13-ml-d-l-anno-213248.php?uuid=AGL8aPFB&cmpid=nlqf>

quotidianosanita.it

Tassi di mortalità evitabile più alti a Napoli. Sempre più bassi a Firenze. Il report Best dell’Istat

Nel 2021 il capoluogo campano ha registrato 29,3 decessi per 10mila abitanti rispetto ai 14,9 di Firenze. E la città toscana è anche quella con il tasso di mortalità per demenze più basso, Cagliari, quella con il tasso più elevato. A misurare le disuguaglianze di salute in 14 città italiane è il Report sul benessere equo e sostenibile dei territori. [IL REPORT](#)

05 NOV -

La pandemia da Covid-19 ha determinato un forte aumento dei tassi di mortalità evitabile (20-74 anni) con una profonda disomogeneità territoriale. Sono marcate le differenze tra Nord e Mezzogiorno e tra capoluoghi di città metropolitana e comuni del restante territorio.

Nel 2019, 2020 e 2021 Napoli ha avuto sempre i tassi di mortalità evitabile più alti degli altri capoluoghi metropolitani e Firenze sempre i più bassi. Nel 2021 l'indicatore rileva uno svantaggio di 14 punti per Napoli (29,3 decessi per 10mila abitanti) rispetto a Firenze (14,9 per 10mila).

Ancora, l'analisi dei tassi standardizzati di mortalità per demenze e malattie del sistema nervoso (65+) per il 2019, 2020 e 2021 evidenzia un vantaggio dei comuni capoluogo rispetto agli altri comuni della città metropolitana.

Nel 2021 le disuguaglianze più marcate si osservano a Firenze con un eccesso di mortalità del 28% nell'hinterland (32,4 per 10mila) rispetto al capoluogo (25,4 per 10mila). Firenze è inoltre il capoluogo di città metropolitana con il tasso di mortalità per demenze più basso, Cagliari, quello con il tasso più elevato (43,0 per 10mila).

È quanto emerge dal **nuovo report dell'Istat** sui profili di benessere di 14 città metropolitane - Roma, Torino, Milano, Venezia, Genova, Bologna, Firenze, Bari, Napoli, Reggio di Calabria, Palermo, Catania, Messina e Cagliari - basati sugli indicatori del Bes dei Territori (BesT), (salute, istruzione e formazione, lavoro e conciliazione dei tempi di vita, benessere economico, relazioni sociali, politica e istituzioni, sicurezza, paesaggio e patrimonio culturale, ambiente, innovazione, ricerca e creatività, qualità dei servizi).

L'analisi degli indicatori BesT ha permesso di confrontare le 14 città metropolitane - dove vive il 36,2% della popolazione - evidenziando i divari rispetto all'Italia, i punti di forza e di debolezza, le evoluzioni recenti. Inoltre, tre focus tematici hanno approfondito il quadro del benessere nei domini Istruzione e formazione, Benessere economico e Ambiente con nuove misurazioni sulla disponibilità di risorse educative e sugli esiti scolastici, sulle condizioni economiche degli individui, sull'esposizione della popolazione nelle isole di calore urbane.

Esplorate anche le disuguaglianze interne alle aree vaste metropolitane, analizzando alcune misure di benessere sui 14 capoluoghi e sul restante territorio.

In generale nelle città metropolitane del Nord e del Centro, la maggioranza degli indicatori evidenzia condizioni di vantaggio rispetto alla media nazionale, mentre nel Meridione prevalgono gli svantaggi, con l'eccezione positiva di Cagliari. Firenze, Milano e Bologna si distinguono con oltre il 75% degli indicatori con valori sopra la media nazionale.

Sul fronte dell'indicatore salute, spicca la situazione fortemente negativa di Napoli, che presenta la speranza di vita alla nascita più bassa in assoluto: 81,2 anni, a fronte di un valore italiano pari a 83,1 anni, e la mortalità evitabile (27,1 per 10 mila) e per tumori tra 20 e 64 anni di età (10,4 per 10 mila) più alte fra tutte le Città metropolitane (CM) (i tassi in Italia sono pari, rispettivamente, a 19,2 e 7,8 per 10 mila abitanti).

Anche Messina mostra una posizione molto sfavorevole per gli stessi indicatori descritti per Napoli, a cui si aggiunge il tasso di mortalità infantile più elevato d'Italia, pari nel 2021 a 5,6 per 1.000 nati vivi (valore per l'Italia pari a 2,6 per 1.000 nati vivi).

Analogo discorso vale per le rimanenti Città della Sicilia, Catania e Palermo, sebbene per quest'ultima il tasso di mortalità infantile (2,1) sia al di sotto del livello medio italiano.

La condizione sfavorevole delle Città metropolitane del Mezzogiorno non riguarda tutti gli indicatori del dominio.

Infatti, i livelli della mortalità per incidenti stradali nei giovani fra 15 e 34 anni nel 2022 e per demenze e malattie del sistema nervoso negli anziani (65+) nel 2021, sono più bassi della media nazionale (rispettivamente, 0,7 e 33,3 per 10 mila) quasi in tutte le città meridionali; Reggio di Calabria è la città con i valori più bassi d'Italia per questi due indicatori (tassi, rispettivamente, pari a 0,1 e 24,8 per 10 mila abitanti). Fa invece eccezione Catania, con una mortalità per incidenti stradali nei giovani tra le più elevate e pari a 0,7 per 10 mila abitanti, e Cagliari, Bari e Palermo per le demenze, con i tre valori del tasso di mortalità più alti d'Italia: 44,3, 37,6 e 37,3 per 10 mila abitanti.

Città Metropolitane Italia	Speranza di vita alla nascita (b)	Mortalità evitabile (0-74 anni) (c)	Mortalità infantile (d)	Mortalità per incidenti stradali (15-34 anni) (c)	Mortalità per tumore (20-64 anni) (c)	Mortalità per demenze e malattie del sistema nervoso (65 anni e più) (c)
	2023 (*)	2021	2021	2022	2021	2021
Torino	83,5	19,8	1,6	0,4	7,5	35,2
Genova	83,4	17,7	2,1	0,5	7,5	33,2
Milano	84,4	17,0	2,1	0,3	7,3	30,1
Venezia	83,7	17,8	1,9	0,9	7,3	37,2
Bologna	83,9	17,4	2,4	0,6	6,9	28,1
Firenze	84,7	15,9	1,6	0,6	7,1	29,7
Roma	83,7	20,4	2,7	0,6	8,0	30,1
Napoli	81,2	27,1	3,3	0,5	10,4	28,7
Bari	83,4	20,6	3,1	0,3	7,9	37,6
Reggio di Calabria	82,1	21,0	3,4	0,1	8,7	24,8
Palermo	82,1	22,7	2,1	0,6	8,5	37,3
Messina	81,8	22,9	5,6	0,3	8,9	28,2
Catania	81,8	21,8	4,7	0,7	8,6	33,9
Cagliari	83,2	18,5	3,3	0,5	8,1	44,3
Italia	83,1	19,2	2,6	0,7	7,8	33,3

Le Città del Centro e del Nord del Paese presentano una situazione più favorevole in termini di salute e per quasi tutti gli indicatori si osserva un livello di mortalità al di sotto della media nazionale. In particolare, l'aspettativa di vita alla nascita per chi risiede nelle città metropolitane di Milano o a Firenze è la più alta del Paese, rispettivamente, pari a 84,7 e 84,4 anni; in quella di Firenze si rilevano anche i valori più bassi per la mortalità evitabile, con un tasso di 20,4 per 10 mila abitanti, e per la mortalità infantile: 1,6 per 1.000 nati vivi, valore registrato anche a Torino.

I tassi per i tumori negli adulti e per le demenze negli anziani hanno invece il loro minimo nell'area vasta di Bologna: rispettivamente, 6,9 e 28,1 per 10 mila abitanti. Nel quadro complessivamente migliore del Centro-Nord, emergono alcune eccezioni: nel territorio di Venezia il tasso per incidenti stradali (0,9 per 10 mila), nell'ultimo anno disponibile, è il più elevato tra le 14 città metropolitane e quello per demenze e malattie del sistema nervoso (37,2 per 10 mila) supera di quasi 4 punti la media nazionale; a Roma la mortalità evitabile (20,4 per 10 mila) e quella per tumori (8,0 per 10 mila) sono oltre il livello medio italiano; a Torino, infine, si osserva un'elevata mortalità sia per demenze (35,2 per 10 mila) sia evitabile (19,8 per 10 mila abitanti).

L'analisi della variazione temporale degli indicatori di salute rispetto al 2019 rivela una situazione non uniforme per tipo di indicatore e per territorio. L'elemento che colpisce maggiormente, rileva il Report, è il forte peggioramento della mortalità evitabile in tutte le CM, soprattutto del Mezzogiorno. Ma nell'analisi di questo indicatore bisogna considerare che, a partire dal 2020, include anche la mortalità per Covid-19 come causa di morte evitabile e quindi il forte impatto di questa causa sulla mortalità del 2020 e 2021 spiega l'incremento osservato.

Colpisce, tuttavia, in particolare, quel che si osserva a Napoli, che nel 2019 era la CM con la situazione più sfavorevole rispetto alla mortalità evitabile e che nel 2021 ha visto peggiorare ulteriormente il suo stato. Per tre indicatori del dominio, ovvero la speranza di vita alla nascita, la mortalità per tumori e la mortalità per demenze e malattie del sistema nervoso, le variazioni evidenziano un gradiente che oppone il Centro-Nord al Mezzogiorno, sebbene con dettagli ed entità diverse.

Con riferimento alla speranza di vita alla nascita, che complessivamente è tornata nel 2023 ai livelli pre-pandemici (era 83,2 anni nel 2019), si vede un miglioramento generale per le CM centro-settentrionali, ad eccezione di Bologna, e un peggioramento quasi uniforme nelle CM meridionali, tranne a Palermo. Analogamente, i tassi di mortalità per tumori e per demenze mostrano un aumento solo nelle CM del Sud,

tranne qualche eccezione, tra cui Napoli. La mortalità infantile, che in Italia nell'ultimo anno disponibile aumenta lievemente rispetto al 2019 (da 2,5 passa a 2,6 per 1.000 nati vivi), fa riscontrare incrementi rilevanti in alcune CM del Mezzogiorno (escluse Reggio di Calabria e Palermo). L'andamento della mortalità per incidenti stradali nei giovani si differenzia rispetto agli altri indicatori: la CM che peggiora di più è Palermo, mentre quella con il massimo miglioramento è Reggio di Calabria dove il tasso di mortalità passa da 0,7 nel 2019 a 0,1 per 10 mila nel 2022.



https://www.quotidianosanita.it/studi-e-analisi/articolo.php?articolo_id=125556



Attivazione dei nuovi servizi territoriali e razionalizzazione della spesa

Alberto De Negri, **Partner KPMG, Head of Healthcare*

Il programma di evoluzione del SSN abilitato dal PNRR e dal DM 77 affronta, per la prima volta in modo congiunto, i tre assi su cui la trasformazione di un sistema sanitario dovrebbe svilupparsi: i servizi al cittadino (ad esempio la presa in carico della cronicità), le strutture fisiche che li ospitano (ad esempio le case di comunità), i sistemi digitali abilitanti.

Il tutto accompagnato da cospicui finanziamenti per gli investimenti e da strumenti di procurement flessibili e rapidi da attivare, ad esempio per le soluzioni informatiche e per i servizi professionali a supporto. In linea di principio, dunque, un quadro favorevole per “dare gambe” alle trasformazioni necessarie ad affrontare le sfide e le criticità del SSN. In questo contesto generale, le numerose progettualità avviate in tutte le regioni paiono affrontare con decisione priorità strategiche. Tra le tante iniziative a livello regionale, ne citiamo, a titolo di esempio, due significative.

La Regione Lombardia, con lo sviluppo del Sistema di Gestione Digitale del Territorio, affronta la sfida della “transitional care”, della presa in carico territoriale della cronicità, della creazione e gestione dei Piani Assistenziali Individuali. La Regione Campania, con lo sviluppo del sistema unico regionale per la prenotazione ambulatoriale, fornisce a tutti i propri assistiti un punto unico di accesso dal quale poter prenotare prestazioni presso qualunque erogatore pubblico o privato accreditato.

Il complesso delle iniziative attivate sul territorio nazionale ha molte analogie con il quadro che emerge da un report internazionale appena prodotto da KPMG, “Healthcare Horizons Revisited”, che presenta una raccolta da tutto il mondo di case studies di trasformazione della sanità. Il report evidenzia, tra le “lessons learned”, cinque principi guida per lo sviluppo di sistemi sanitari inclusivi.

Su tre di questi principi anche l'Italia pare essere in deciso movimento (lo sviluppo dei servizi di comunità, l'integrazione delle cure, la focalizzazione della mission degli ospedali). Più incerto sembra invece il cammino sulle altre due direttrici chiave: la riforma delle cure primarie e della medicina di famiglia, il ripensamento dei modelli di gestione delle risorse umane.

In ogni caso, affinché nel nostro paese il percorso di progettazione e di implementazione dei nuovi servizi possa condurre all'erogazione effettiva e sistematica dei servizi stessi, è necessario che agli investimenti "a monte" (coperti dal PNRR) vengano progressivamente affiancate le risorse necessarie alla gestione a regime. È infatti fuori di dubbio, ad esempio, che lo sviluppo del territorio comporti non solo la riorganizzazione di servizi già esistenti ma anche, e forse soprattutto, l'aumento di prestazioni oggi erogate solo limitatamente (si pensi alle cure domiciliari) ed anche delle attivazioni ex novo.

Come reperire le risorse necessarie?

La parte più ovvia della risposta riguarda l'incremento del finanziamento alla sanità.

Questa parte del ragionamento, per quanto importante e correlata all'attuale posizionamento italiano nell'indicatore "spesa sanitaria su PIL" rispetto agli altri paesi sviluppati, è ampiamente coperta dal dibattito pubblico corrente ed eviteremo quindi di riaffrontarlo in questa sede.

Resta il fatto che il "combinato disposto" della moltitudine di temi politicamente prioritari, da una parte, e dei vincoli esistenti per la finanza pubblica, dall'altra, assai difficilmente può generare per la sanità uno spazio aggiuntivo commisurato al gap da colmare.

L'unica altra possibilità, a complemento di quanto deciso sul fronte del finanziamento, è legata al recupero di risorse derivante dalla razionalizzazione dei servizi esistenti. Ma si tratta di uno spazio di manovra effettivo, per quanto complesso, o i servizi sono già erogati in modo efficiente ed i recuperi possibili sono dunque marginali? Qualche indizio ci porta a ritenere che gli spazi possano essere interessanti. Se guardiamo ad esempio all'efficienza cosiddetta "allocativa" (dove e come vengono collocati ed aggregati i servizi), l'ultimo rapporto AGENAS sul Piano Nazionale Esiti ci testimonia di una realtà ospedaliera ancora molto frammentata in cui svariate tipologie di interventi specialistici sono distribuiti su troppe strutture con bassi volumi.

Con conseguenze negative sugli esiti clinici generabili da unità operative che non trattano la casistica necessaria per avere tutta l'esperienza richiesta, ma anche sull'efficienza per il mancato raggiungimento delle economie di scala.

Un caso, tra l'altro, significativo di qualità ed efficienza che richiedono azioni nella stessa direzione, come sotteso al DM 70 sugli standard ospedalieri che pare essere ancora largamente inapplicato. Se consideriamo poi l'efficienza "produttiva", ovvero il rapporto tra risorse assorbite e produzione generata, una decina di anni fa nell'ambito del programma di "spending review" si era calcolato che (senza tornare ora sui tecnicismi della metodologia), solo per le Aziende Ospedaliere, i costi potevano essere in eccesso rispetto al valore massimo di finanziamento compatibile con la normativa per un ammontare di un paio di miliardi di euro. L'eventuale riapplicazione di quel medesimo conteggio agli ultimi bilanci pubblicati porterebbe a riconfermare quegli ordini di grandezza, forse rivisti al rialzo. Tutto questo senza contare, per indisponibilità di dati attendibili, l'equivalente fenomeno relativo ai presidi ospedalieri delle ASL.

Ora, pur con tutti gli ampi limiti delle letture "top down", è evidente che la significatività di questi ordini di grandezza meriterebbe un interesse di approfondimento e di azione che invece ci paiono piuttosto tenui, anche nel dibattito pubblico.

In conclusione, l'attivazione dei nuovi modelli di servizio territoriali trascina inevitabilmente con sé nuovi costi. Le risorse per coprire questi costi, nella componente non garantita dai maggiori finanziamenti concessi alla sanità, non possono che venire dalla razionalizzazione dei servizi preesistenti. L'efficienza dovrebbe dunque assumere un ruolo prioritario nell'agenda politico-tecnica, al pari dell'incremento del Fondo Sanitario Nazionale. A ben vedere esiste anche una terza opzione, quella più temuta da alcuni, ovvero che l'attivazione di una parte dei nuovi servizi possa avvenire solo sulla carta.

Sintesi dell'intervento "Nuovi orizzonti per una sanità inclusiva, tra trasformazione digitale e sostenibilità", tenuto dall'autore in occasione del XIII Healthcare Summit del Sole-24Ore a Roma

<https://www.sanita24.ilsole24ore.com/art/dal-governo/2024-11-21/attivazione-nuovi-servizi-territoriali-e-razionalizzazione-spesa-085713.php?uuid=AGHz4GJB&cmpid=nlqf>

L'uso dei Farmaci in Italia

Rapporto Nazionale
Anno 2023



Il presente Rapporto fornisce una descrizione analitica dell'uso dei farmaci nell'anno 2023, nel contesto nazionale e regionale, mediante l'elaborazione di diversi flussi informativi che consentono di ricomporre l'assistenza farmaceutica in ambito territoriale e ospedaliero, sia a carico del Servizio Sanitario Nazionale (SSN) che tramite l'acquisto privato da parte del cittadino.

Per l'analisi dei consumi in regime di assistenza convenzionata è stato utilizzato il flusso OsMed, mentre l'analisi dei consumi dei farmaci acquistati dalle strutture sanitarie pubbliche è stata condotta utilizzando il flusso della Tracciabilità del Farmaco.

Inoltre, per l'analisi delle prescrizioni per età e sesso, di esposizione e per la stima di aderenza e persistenza al trattamento farmacologico, sono stati analizzati i dati individuali provenienti da tutte le Regioni italiane, raccolti nel flusso informativo delle prescrizioni farmaceutiche a carico del SSN (Tessera Sanitaria).

Per la valutazione dell'acquisto a carico del cittadino sono stati utilizzati i dati rilevati attraverso il flusso della Tracciabilità del Farmaco relativamente ai farmaci consegnati presso le farmacie territoriali pubbliche e private. Infine, per analizzare la spesa e i consumi dei farmaci erogati tramite la distribuzione diretta e la distribuzione in nome e per conto sono stati utilizzati i relativi flussi regionali.

SEZIONE 1 - Caratteristiche generali dell'uso dei farmaci in Italia

La spesa farmaceutica nazionale totale (pubblica e privata) è stata nel 2023 pari a 36,2 miliardi di euro, in aumento del 6,1% rispetto al 2022, rappresentando un'importante componente della spesa sanitaria nazionale, che incide per l'1,9% sul Prodotto Interno Lordo (PIL).

La spesa farmaceutica pubblica, con un valore di 24,9 miliardi, tiene conto del 68,7% della spesa farmaceutica complessiva e del 19,0% della spesa sanitaria pubblica, ed è in aumento rispetto al 2022 (+5,7%) (Tabella 1.1.1).

Nel 2023 la spesa farmaceutica territoriale complessiva, pubblica e privata, è stata pari a 23,6 miliardi di euro con un aumento del 4,9% rispetto all'anno precedente.

La spesa territoriale pubblica, comprensiva della spesa dei farmaci di classe A erogati in regime di assistenza convenzionata e in distribuzione diretta e per conto, è stata di 13,0 miliardi di euro, registrando un aumento del 3,0% rispetto al 2022, determinato prevalentemente dall'incremento della spesa dei farmaci di classe A erogati in distribuzione diretta (+10,0%) e dei farmaci di classe A erogati in distribuzione per conto (+4,4%) (Tabella 1.2.1).

La spesa a carico dei cittadini, comprendente la quota della compartecipazione (ticket regionali e differenza tra il prezzo del medicinale a brevetto scaduto e il prezzo di riferimento), l'acquisto privato dei medicinali di classe A e la spesa dei farmaci di classe C, è stata pari a 10,6 miliardi di euro, con un aumento del 7,4% rispetto al 2022.

A influire su questo andamento sono stati l'aumento della spesa dei medicinali per automedicazione (+10,5%), insieme a quelli dispensati negli esercizi commerciali (+12,7%), e della spesa dei farmaci di classe C con ricetta (+9,0%), mentre l'acquisto privato dei farmaci di classe A registra un incremento minore (+5,9%). Nel 2023 sono state consumate in media, in regime di assistenza convenzionata, 18 confezioni per ciascun cittadino e 1128,1 dosi per mille abitanti ogni giorno (-0,8% rispetto al 2022) (Tabella 1.2.2).

Nel complesso dell'assistenza territoriale, comprensiva di quella pubblica e privata, le confezioni dispensate sono state circa 1,9 miliardi, stabili rispetto all'anno precedente (+0,9%).

Aumentano le confezioni erogate sia in distribuzione diretta (+11,2%) sia quelle erogate in distribuzione per conto (+5,7%).

Le principali componenti della variazione della spesa farmaceutica convenzionata lorda evidenziano rispetto all'anno precedente una riduzione dei consumi di farmaci prescritti (-1,3% in termini di dosi), una lieve contrazione dei prezzi medi (-1,4%), collegata in parte ad un aumento di utilizzo di medicinali a brevetto scaduto e, infine, uno spostamento della prescrizione verso specialità più costose (effetto mix: +2,8%) (Tabella 1.2.6).

La Regione con il valore più elevato di spesa lorda pro capite per i farmaci di classe A-SSN è stata la Campania con 196,1 euro pro capite, mentre il valore più basso si registra nella PA di Bolzano (116,3 euro pro capite), con una differenza tra le due Regioni del 69% (Tabella 1.2.4).

Sul lato dei consumi, la Regione che evidenzia i livelli più elevati è la Basilicata con 1.289,5 DDD/1000 abitanti die, mentre i consumi più bassi si riscontrano nella PA di Bolzano (861,3 DDD/1000 abitanti die).

La spesa per i farmaci acquistati dalle strutture sanitarie pubbliche è stata di circa 16,2 miliardi di euro (275,14 euro pro capite) e ha registrato un incremento dell'8,4% rispetto al 2022, a fronte di un aumento dei consumi (+4,8%; 194,4 DDD/1000 abitanti die) e un aumento del costo medio per DDD del 3,1% (Tabella 1.3.1).

Le Regioni in cui sono stati riscontrati i valori di spesa più elevati sono la Campania (317,44 euro pro capite) e l'Abruzzo (310,64 euro pro capite); al contrario, in Valle d'Aosta (217,69 euro pro capite) e nella PA di Trento (234,28 euro pro capite) si rilevano i valori più bassi.

L'incremento della spesa, rispetto al 2022, è stato registrato in tutte le Regioni, con le maggiori variazioni in Friuli Venezia Giulia (+16,6%) e in Valle d'Aosta (+15,0%). Nel 2023 il 67,4% degli assistiti ha ricevuto almeno una prescrizione di farmaci, con una spesa pro capite di 207,41 euro e un consumo di 1.182,7 DDD/1000 abitanti die; si evidenzia una differenza di esposizione ai farmaci tra i due sessi, con una prevalenza che raggiunge il 63,0% nei maschi e il 72,0% nelle femmine (Tabella 1.4.1 e Figura 1.4.1).

La spesa pro capite e i consumi crescono con l'aumentare dell'età, in particolare la popolazione con più di 64 anni assorbe oltre il 60% della spesa e delle dosi.

Le Regioni del Nord registrano una prevalenza inferiore (64,2%) rispetto al Centro (69,4%) e Sud Italia (70,5%) (Tabella 1.4.2). Per ciascun utilizzatore è stata sostenuta una spesa più elevata al Sud (324,5 euro) rispetto al Centro (306,2 euro) e al Nord (295,6 euro).

Nel corso del 2023, 4,4 milioni di bambini e adolescenti assistibili hanno ricevuto almeno una prescrizione farmaceutica, pari al 48,6% della popolazione pediatrica italiana, con una prevalenza leggermente superiore nei maschi rispetto alle femmine (49,1% vs 47,6%) (Tabella 1.5.1).

Gli antinfettivi per uso sistemico si confermano la categoria terapeutica a maggiore consumo in età pediatrica, seguiti dai farmaci dell'apparato respiratorio; per entrambe le categorie si osserva un incremento dei consumi rispetto all'anno precedente (Figura 1.5.3).

Nella popolazione anziana la spesa media per utilizzatore è stata di 563,4 euro (613,6 nei maschi e 524,1 nelle femmine), in lieve aumento rispetto al 2022 (+1,5%) e quasi l'intera popolazione (97,2%) ha ricevuto nel corso dell'anno almeno una prescrizione farmacologica (Tabella 1.6.1).

Ogni utilizzatore ha consumato in media oltre 3,4 dosi al giorno (con maggiori livelli negli uomini rispetto alle donne) e assunto 7,6 diverse sostanze, con un valore più basso (6,0 sostanze per utilizzatore) nella fascia di età tra 65 e 69 anni e più elevato (8,7 sostanze per utilizzatore) nella fascia di età pari o superiore agli 85 anni (Tabella 1.6.2).

Per entrambi i sessi si è assistito a un progressivo incremento all'aumentare dell'età del numero di principi attivi assunti. Il 68,0% degli utilizzatori di età pari o superiore ai 65 anni ha ricevuto prescrizioni di almeno 5 diverse sostanze nel corso dell'anno 2023 e circa uno su tre (28,5%) ha assunto almeno 10 principi attivi diversi (Figura 1.6.2).

Inoltre, è emerso che il 33% della popolazione anziana (3 pazienti su 10) assume almeno 5 farmaci diversi per almeno 6 mesi nel corso di un anno, con un andamento crescente all'aumentare dell'età fino agli 89 anni, dove raggiunge il picco massimo del 44% (quasi un paziente su due) (Tabella 1.6.4).

Valutando l'andamento temporale del consumo mensile dei farmaci è evidente il trend di crescita dei farmaci di classe A in regime di assistenza convenzionata e dei farmaci acquistati dalle strutture sanitarie pubbliche; per i farmaci di classe C con ricetta si registra un andamento decrescente nel periodo 2004-2017, mentre negli ultimi 6 anni (2018-2023) si osserva un incremento dei consumi (Figure 1.7.1, 1.7.2 e 1.7.3).

L'analisi sull'andamento temporale del prezzo dei farmaci riporta una riduzione del prezzo medio per dose dei farmaci di classe A in regime di assistenza convenzionata (Figura 1.8.1) e un aumento per i farmaci territoriali di classe C con ricetta (Figura 1.8.3).

L'approfondimento sull'andamento del costo medio per DDD e per confezione dei farmaci che sono entrati in lista di trasparenza nel 2021 ha mostrato come l'ingresso in tale lista determini una riduzione sia del costo per giornata di terapia che di quello per confezione, anche precedentemente rispetto al 2021.

Se si confronta il costo medio rilevato a gennaio 2020 rispetto a quello di dicembre 2021, si evidenzia un effetto di riduzione del 15,5% e del 20,5% rispettivamente del costo per confezione e per DDD. Successivamente il valore medio rimane pressoché stabile (Figura 1.8.2).

Nell'ambito delle strutture sanitarie pubbliche l'andamento dei costi risulta crescente dal 2006 al 2009 per poi stabilizzarsi nel periodo 2010-2014 e aumentare nuovamente dal 2015, con una variazione da gennaio 2015 a dicembre 2023 del 41%, corrispondente a una variazione media annua (CAGR%) dello 0,3%. In particolare, nel 2023 è stato registrato un incremento rispetto all'anno precedente del 3,1% (Figura 1.8.4). Nel confronto internazionale si è valutata l'assistenza farmaceutica italiana rispetto ad altri 9 Paesi Europei per i farmaci distribuiti sia a livello territoriale che tramite il canale ospedaliero.

Considerando i due diversi canali erogativi, infatti, emerge una profonda diversità nel ricorso a specifiche categorie di farmaci, attribuibile anche alla particolare erogazione (Distribuzione Diretta e Distribuzione in nome e Per Conto) utilizzata in Italia (Legge 405/2001).

La spesa farmaceutica totale italiana, comprensiva della spesa territoriale pubblica e privata e della spesa ospedaliera, con un valore di 612 euro pro capite, è inferiore rispetto a quella registrata in Germania (673 euro), Austria (672 euro) e Belgio (627 euro), mentre è ben al di sopra dei valori di Polonia (276 euro), Portogallo (439 euro), Gran Bretagna (502 euro), Svezia (455 euro) e della media dei Paesi europei che è pari a 384 euro (Figura 1.9.3).

L'Italia evidenzia ancora una bassa incidenza della spesa per i farmaci equivalenti (Figura 1.9.8) rispetto agli altri Paesi europei, mentre è al 1° posto nell'incidenza della spesa (80,8%) e del consumo (66,9%) di farmaci biosimilari rispetto ad una media europea del 64,7% per la spesa e di 31,8% per i consumi (Figure 1.9.10 e 1.9.11).

È stata, inoltre, analizzata la penetrazione dei biosimilari e il livello di concentrazione del mercato, tramite l'indice di Herfindhal-Hirschman, per le singole molecole (Tabella 1.9.20).

L'Italia, con 51,0 euro pro capite, risulta al 4° posto per la spesa dei farmaci orfani, dopo Francia (65,8 euro), Belgio (59,4 euro) e Austria (59,3 euro).

Tutti i Paesi mostrano un andamento crescente della spesa negli anni 2022 e 2023, ad eccezione della Gran Bretagna (-1%) (Figura 1.9.12).

Infine, è stato condotto un confronto sui prezzi considerando i medicinali identici o con confezionamento più prossimo a quelli commercializzati in Italia. Per l'Italia e Germania, paesi per cui erano disponibili, l'analisi è stata condotta utilizzando i prezzi effettivi di acquisto.

Considerando i farmaci territoriali (Figura 1.9.13), si evidenzia che tutti i paesi presentano prezzi medi superiori a quelli italiani; in ambito ospedaliero Belgio, Francia, Portogallo e Germania presentano prezzi inferiori a quelli applicati in Italia, con differenze che oscillano tra il -58,2% della Germania e il -13,4% del Belgio (Figura 1.9.14).

Se consideriamo il mercato complessivo, comprensivo dei farmaci erogati sia in ambito territoriale che ospedaliero, si osserva come l'Italia abbia prezzi inferiori a Belgio (+85,9%), Germania (+77,9%), Austria (+33,2%), Svezia (+20,3%), Spagna (+7,1%) e Gran Bretagna (+4,2%), mentre hanno prezzi inferiori all'Italia: Francia (-12,6%), Polonia (-36,2%) e Portogallo (-36,5%) (Figura 1.9.15).

SEZIONE 2- Analisi di dettaglio della spesa e del consumo dei farmaci

Nel 2023 i farmaci a brevetto scaduto hanno costituito il 73,6% della spesa e l'86,7% dei consumi in regime di assistenza convenzionata di classe A.

La quota percentuale dei farmaci equivalenti, ad esclusione di quelli che hanno goduto di copertura brevettuale, ha rappresentato il 22,8% della spesa e il 31,2% dei consumi (Figure 2.1.1 e 2.1.2).

Le categorie terapeutiche con una maggiore incidenza di spesa per i farmaci a brevetto scaduto sono rappresentate dai farmaci attivi sul sistema genito-urinario (91,5%), dai farmaci del sistema cardiovascolare (91,4%) e dagli antifettivi per uso sistemico (89,4%) (Tabella 2.1.3).

La spesa per la compartecipazione della quota eccedente il prezzo di riferimento dei farmaci a brevetto scaduto (di seguito compartecipazione) è stata pari a 18,0 euro pro capite (circa 1,1 miliardi di euro), rappresentando il 71% della compartecipazione totale del cittadino ed evidenziando un valore pro capite maggiore al Sud e nelle Isole (23,5 euro) rispetto al Centro (19,7 euro) e al Nord (13,3 euro) (Tabella 2.1.5).

Da un'analisi di correlazione tra la spesa per compartecipazione e il reddito pro capite regionale emerge che le Regioni a più basso reddito sono quelle che presentano una maggiore compartecipazione (Figura 2.1.7). Per quanto concerne i biosimilari si conferma un'ampia variabilità regionale: Lombardia, PA di Bolzano, Abruzzo, Molise, Calabria e Sardegna tendono a consumare maggiori quantità di ex-originator.

Liguria, Marche, Toscana, Emilia Romagna, Basilicata e Sicilia sono le Regioni che presentano un consumo di biosimilare più alto rispetto alla media nazionale (Figura 2.1.23).

La spesa totale dei farmaci di classe C-NN rimborsati dal SSN e acquistati dalle strutture sanitarie pubbliche nel 2023 è stata pari a circa 47,5 milioni di euro, corrispondenti a una spesa pro capite di 0,81 euro che nel complesso risulta ridotta del 63,1% rispetto all'anno precedente (Tabella 2.2.1).

Nel caso dei medicinali di classe C erogati direttamente dalle strutture sanitarie pubbliche la spesa pro capite è stata pari a 12,04 euro, in aumento del 6,1% rispetto all'anno precedente (Tabella 2.2.5).

La spesa per i farmaci erogati tramite distribuzione diretta (DD) e per conto (DPC) nel 2023 si attesta a 10,2 miliardi di euro (173,85 euro pro capite), di cui il 75,6% è attribuibile al canale erogativo della DD e il 24,4% alla DPC (Tabella 2.3.1).

Per quanto riguarda la distribuzione diretta, i farmaci di classe H rappresentano la maggior quota di spesa (64,7%), mentre nel canale della distribuzione per conto la totalità della spesa è assorbita dai farmaci di classe A (Tabelle 2.3.2 e 2.3.3).

Nel 2023 la spesa totale pro capite per i medicinali erogati nell'ambito dell'assistenza farmaceutica ospedaliera e ambulatoriale è stata pari a 204,80 euro pro capite (12,05 miliardi di euro), con un incremento dell'8,5% rispetto al 2022 (Tabelle 2.4.1).

Pembrolizumab è il primo principio attivo per spesa in ambito ospedaliero e ambulatoriale, seguito da daratumumab e nivolumab (Tabella 2.4.4).

Complessivamente la spesa dei farmaci extra-DRG è stata, nel 2023, pari a oltre 660,6 milioni di euro, con una spesa pro capite di 24,02 euro, in aumento rispetto al dato dell'anno precedente (+18,0%). Lombardia e Lazio registrano gli importi di spesa maggiori, riportando un valore pro capite rispettivamente di 42,82 e 33,20 euro, in aumento del 20,1% e del 15,7% in confronto al 2022 (Tabella 2.5.1).

Nel 2023 la spesa per farmaci di classe C acquistati dal cittadino ha superato i 7,1 miliardi di euro, con un incremento del 9,8% rispetto al 2022; il 54% della spesa (3,8 miliardi) è relativo a farmaci con obbligo di

prescrizione medica, e il restante 46% (3,3 miliardi) a farmaci di automedicazione (SOP e OTC), comprensivi di quelli erogati negli esercizi commerciali (Tabella 1.1.1).

Per quanto riguarda i farmaci di fascia C con ricetta, i derivati benzodiazepinici ad attività ansiolitica sono la categoria a maggior spesa con 387,5 milioni di euro, seguiti dalle anilidi (ATC N02BE), che comprende i principi attivi paracetamolo, fenacetina e bucetina da soli e in combinazione, con 275,3 milioni di euro e dai farmaci usati nella disfunzione erettile con 250,0 milioni di euro (Tabella 2.6.1).

Tra i farmaci di fascia A acquistati privatamente dal cittadino nel 2023, amoxicillina/acido clavulanico, colecalciferolo e ibuprofene, si collocano ai primi tre posti, presentando tutti un incremento della spesa rispetto all'anno precedente (Tabella 2.6.13).

Tra i farmaci di automedicazione, i derivati dell'acido propionico rappresentano il 12,6% della spesa complessiva con un valore di 416,3 milioni di euro, in aumento del 6,9% rispetto al 2022; i primi principi attivi per spesa si confermano ibuprofene e diclofenac, con un incremento rispettivamente del 21,5% e del 10,3% (Tabelle 2.6.5 e 2.6.7).

Nel 2023 la spesa territoriale (inclusiva della spesa convenzionata e di quella in DD e DPC) dei farmaci in Nota AIFA è stata pari a 5,5 miliardi di euro in lieve crescita del 2,8% rispetto al 2022 (Tabella 2.7.1).

Tale valore è prevalentemente riferibile all'assistenza convenzionata (63,7%) e per una quota minore alla distribuzione diretta e per conto (36,3%).

La spesa territoriale è stata maggiore per i farmaci in Nota 13 (ipolipemizzanti) e Nota 100 (antidiabetici), con valori assoluti rispettivamente di 981,6 e 953,6 milioni di euro.

SEZIONE 3 - Consumi e spesa per classe terapeutica

La spesa farmaceutica pro capite a carico del SSN ha raggiunto nel 2023 un valore di 441,37 euro, in aumento del 5,3% rispetto all'anno precedente (Tabella 3.1), determinato interamente dall'incremento della spesa per le strutture sanitarie pubbliche (+8,5%) che raggiunge i 275,16 euro pro capite (oltre il 62% della spesa totale), mentre la spesa per i farmaci di classe A in assistenza convenzionata è rimasta stabile (+0,3%) con un valore di 166,22 euro pro capite.

I consumi si attestano a 1.322,9 DDD/1000 abitanti die, invariati rispetto al 2022 (-0,1%), con il consumo in assistenza convenzionata che assorbe l'85% delle dosi totali (Tabella 3.2).

I farmaci cardiovascolari rappresentano la classe terapeutica a maggiore spesa (52,25 euro pro capite) e consumo (494,98 DDD) nel canale della convenzionata, mentre i farmaci antineoplastici e immunomodulatori e i farmaci del sangue e organi emopoietici sono quelli rispettivamente a maggiore spesa (120,47 euro pro capite) e consumo (54,70 DDD) tra i farmaci acquistati direttamente dalle strutture pubbliche.

Nel canale della farmaceutica convenzionata i primi principi attivi per spesa sono rappresentati da atorvastatina (274,4 milioni di euro), pantoprazolo (265,5 milioni) e colecalciferolo (198,0 milioni) (Tabella 3.11).

Considerando invece i farmaci acquistati dalle strutture sanitarie pubbliche, i primi principi attivi per spesa sono stati i farmaci oncologici, quali pembrolizumab (456,5 milioni di euro) e daratumumab (456,2 milioni di euro) (Tabella 3.19).

Per ogni livello ATC, dopo aver presentato i dati complessivi di spesa, consumo ed esposizione, vengono mostrati degli approfondimenti per le categorie terapeutiche a maggior prescrizione, in cui vengono riportati l'andamento temporale del consumo e della spesa, i dati nazionali e regionali e, ove possibile, analizzati gli indicatori di esposizione, anche a livello di sottogruppo, e di aderenza e persistenza al trattamento farmacologico nella popolazione italiana.

La valutazione dei dati di esposizione e degli indicatori di aderenza e persistenza è stata condotta, tramite i dati del flusso della Tessera Sanitaria, per le seguenti categorie di farmaci: antidiabetici, anticoagulanti, antiaggreganti, ipolipemizzanti, antipertensivi, antidepressivi, farmaci per l'ipertrofia prostatica benigna, farmaci per l'osteoporosi e farmaci per i disturbi ostruttivi delle vie respiratorie (asma e BPCO).

La categoria in cui si riscontra una più alta percentuale di soggetti con una copertura terapeutica superiore o uguale all'80% del periodo osservato (alta aderenza) è rappresentata dalla terapia con farmaci per l'osteoporosi (67,9%) seguita, per la sola popolazione maschile, dalla terapia con farmaci per i disturbi genito-urinari (64,8%) e infine dalla terapia con farmaci antiaggreganti (62,0%).

Al contrario, le categorie terapeutiche in cui si riscontrano percentuali più alte di soggetti con una copertura al trattamento inferiore al 40% del periodo osservato (bassa aderenza) sono rappresentate dalla terapia con i farmaci per i disturbi ostruttivi delle vie respiratorie (51,0%), dalla terapia con antidepressivi (27,5%) e da quella con i farmaci antidiabetici (23,9%).

Per quanto riguarda la persistenza al trattamento, le categorie terapeutiche che raggiungono percentuali più elevate a 12 mesi sono gli anticoagulanti (67,0%), gli antiaggreganti (54,2%) e gli antipertensivi (53,6%).

SEZIONE 4 - Registri di monitoraggio e accordi di rimborsabilità condizionata

Nell'anno 2023 sono stati attivi (almeno 1 giorno di monitoraggio) 301 registri, in aumento del 6,4% rispetto al 2022 (Tabella 4.1.1).

In particolare, durante l'anno ne sono stati attivati 53, mentre i registri chiusi nel medesimo periodo sono stati 35, pari ad un incremento di 18 nuovi registri di monitoraggio.

Da notare che, per la categoria ATC A "Apparato gastrointestinale e metabolismo", si registra un incremento nel numero di soggetti trattati nettamente maggiore rispetto alle altre categorie, con i pazienti avviati nel 2023 quasi triplicati rispetto al 2022 (124.473 vs 43.518) (Tabella 4.1.2).

La categoria B "Sangue ed organi emopoietici" resta la categoria che raccoglie il più alto numero di pazienti inseriti all'interno della piattaforma dei Registri di Monitoraggio.

I rimborsi versati dalle aziende nell'anno 2023 a seguito dell'applicazione degli accordi di rimborsabilità condizionata, sia per quelli gestiti tramite i Registri (ad esempio, l'accordo payment by result) sia per quelli gestiti tramite i flussi informativi di monitoraggio della spesa e dei consumi (ossia i tetti di spesa per prodotto e gli accordi prezzo-volume) sono stati pari a 217,6 milioni di euro, per il 72% generati a seguito dell'applicazione dei tetti di spesa e degli accordi prezzo/volume.

SEZIONE 5- Nuove entità terapeutiche e farmaci orfani

Le nuove entità terapeutiche, selezionate tra i farmaci di classe A e H commercializzate nel periodo 2014-2023 sono passate da 203 a 304 (incidenti e prevalenti).

Le nuove entità terapeutiche commercializzate a partire dal 2023 (incidenti) sono state 37 (Tabella 5.1.1 e Tabella 5.1.2) con una spesa di 184,3 milioni di euro.

La spesa delle nuove entità terapeutiche incidenti e prevalenti è passata da circa 5.160,2 milioni di euro nel 2014 a circa 9.625,4 milioni di euro nel 2023; anche l'incidenza della spesa delle nuove entità terapeutiche sul totale della spesa SSN è aumentata negli anni, passando da una quota del 25,9% nel 2014 al 38,6% nel 2023 (Tabella 5.1.2).

La categoria ATC L "Farmaci antineoplastici e immunomodulatori", oltre ad essere quella con il maggior numero di nuove entità terapeutiche è anche quella con la maggiore spesa, in aumento nel periodo di osservazione 2014-2023 (da 2.621 a 5.212 milioni di euro, aumentando del 99%, CAGR 2014-2023: +7,1%), anche la seconda categoria, ATC A, risulta in aumento dal 2014 al 2023 (CAGR 2014-2023: +4,5%) arrivando nel 2023 a 704 milioni di euro (Tabella e Figura 5.1.4).

I farmaci orfani sono medicinali utilizzati per la diagnosi, la prevenzione e il trattamento delle malattie rare. Nell'anno 2023 l'Agenzia Europea dei Medicinali (EMA) ha concesso complessivamente l'autorizzazione per 12 nuovi farmaci orfani.

Al 31 dicembre 2023, su un totale di 155 farmaci orfani autorizzati dall'EMA, 146 erano disponibili in Italia (Figura 5.2.1 e Figura 5.2.2), di cui 85 in classe H (58,2%) e 25 in classe A (17,1%).

La spesa dei farmaci orfani nel 2023, comprensiva dell'acquisto da parte delle strutture sanitarie pubbliche e dell'erogazione in regime di assistenza convenzionata, ha fatto registrare un incremento del 12,5% rispetto al 2022, attestandosi al valore di 2,23 miliardi di euro, corrispondente all'8,5% della spesa farmaceutica a carico del SSN (Tabella 5.2.1).

La categoria terapeutica che si attesta al primo posto sia per la spesa che per i consumi è rappresentata dai farmaci antineoplastici ed immunomodulatori (rispettivamente 47,6% e 51,2%) (Figura 5.2.3).

La più alta incidenza sulla spesa riguarda i farmaci utilizzati nei linfomi, mielomi e malattie genetiche (rispettivamente 32,8% e 25,4%), riconfermando lo stesso andamento dello scorso anno.

Dal lato dei consumi i primi in classifica sono i farmaci utilizzati nei linfomi, mielomi e altri onco-ematologici, seguono, con valori nettamente inferiori, quelli per le malattie genetiche e ipertensione arteriosa polmonare (Tabella e Figura 5.2.9).

SEZIONE 6 - Impatto ambientale dei farmaci

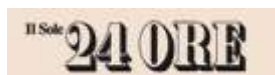
Questa sezione, dedicata all'analisi del potenziale impatto ambientale di una serie di principi attivi ad alto utilizzo o ad alta tossicità, si pone l'obiettivo di fornire una panoramica informativa e di sensibilizzare il pubblico sulla problematica emergente dell'impatto che i farmaci hanno sull'ambiente.

E' stato valutato l'impatto ambientale per 109 principi attivi, selezionati sulla base di criteri di tossicità ambientale, di inclusione nei programmi europei di monitoraggio delle acque e di maggior consumo a livello italiano. I principi attivi stimati a rischio alto sono 10, mentre quelli a rischio moderato sono 25.

Nonostante la tossicità ambientale ridotta, hanno evidenziato un rischio ambientale alto l'amoxicillina, il diclofenac e l'ibuprofene per il loro elevato utilizzo (Figura 6.1).

Per quanto riguarda le analisi per area geografica, sono state osservate differenze nell'utilizzo, e quindi nel rischio ambientale, tra Nord, Centro e Sud, suggerendo che la differenza nei consumi territoriali può determinare rischi ambientali diversi nelle diverse aree geografiche.

<https://www.quotidianosanita.it/allegati/allegato1731406307.pdf>



XXVI Congresso Aiom/ Oncologia, la mancata prevenzione falcia 200 vite al giorno. Cure: gap di 1.300 letti in 10 anni e 'out of pocket' da 1.800 euro l'anno a paziente

Nel nostro Paese oltre il 45% delle morti per tumore è attribuibile a fattori di rischio modificabili, sia comportamentali, cioè stili di vita scorretti, che ambientali. Si tratta di circa 80.000 dei 180.000 decessi annuali stimati per cancro, pari a più di 200 morti al giorno.

Ma l'Italia investe ancora troppo poco in prevenzione, solo il 6,8% della spesa sanitaria totale (pari a 7,19 miliardi di euro nel 2021), una cifra inferiore alla media (7,1%) dei Paesi dell'Unione Europea più il Regno Unito (EU27+UK). In particolare, l'Italia (con il 6,8%) è ottava dopo Regno Unito (12,5%), Austria (10,3%), Paesi Bassi (9,6%), Danimarca (8,9%), Estonia (8,3%), Repubblica Ceca (8,1%) e Ungheria (7,6%).

«È importante che l'Italia recuperi quanto prima questo gap negativo, per continuare a garantire la qualità delle cure e la sostenibilità del servizio sanitario – ha spiegato Francesco Perrone, Presidente Aiom, Associazione italiana di Oncologia medica, in apertura del XXVI Congresso nazionale della società scientifica a Roma -. L'oncologia italiana chiede più risorse alle Istituzioni anche per rispondere alla domanda di assistenza, che è in continua crescita.

In Italia, si stima che ogni giorno vi siano circa 1.000 nuove diagnosi di cancro e che questo numero tenda ad aumentare di anno in anno di circa l'1%. A questo si aggiunga la capacità sempre più diffusa di rendere cronica la malattia, grazie al progresso terapeutico. Gli investimenti, finora, non sono stati proporzionati all'aumento di richiesta di cure.

Domanda e offerta di assistenza oncologica vanno a velocità diverse. Serve un cambio di passo, con lo stanziamento di fondi per creare più spazi e assumere personale. In 10 anni, sono stati tagliati 1.103 posti letto pubblici in Oncologia medica: nel 2012 erano 5.262, ridotti a 4.159 nel 2022.

La capacità del servizio sanitario pubblico di abbattere le liste di attesa, enorme problema alla base anche di una quota di migrazione sanitaria, dipende dalla ottimizzazione dei sistemi di prenotazione e dalla disponibilità di spazi e personale. Oltre a posti letti e strutture più moderne, mancano medici e infermieri, con differenze troppo ampie tra le Regioni. La scarsità di specialisti è diventata una vera emergenza e sta

interessando anche la nostra area medica. Cominciano, infatti, a rimanere vacanti i posti nelle scuole di specializzazione di oncologia.

«Il rischio concreto – continua Perrone - è che aumentino le spese a carico dei pazienti oncologici, con un numero sempre maggiore di cittadini che devono affrontare non solo il cancro, ma anche la cosiddetta tossicità finanziaria, cioè le perdite economiche causate dalla malattia. I costi del cancro in Italia sono pari a circa 20 miliardi ogni anno, di questi almeno 5 sono sostenuti direttamente dai pazienti. Uno studio, pubblicato su 'The European Journal of Health Economics', ha posto l'accento sui costi 'out of pocket', cioè pagati di tasca propria dai pazienti oncologici e dai loro familiari, che ammontano a oltre 1.800 euro annui per paziente in Italia.

Tra le voci più significative vi sono i trasporti (359,34 euro in media), che richiamano il problema del pendolarismo sanitario, gli esami diagnostici (259,82 euro) e le visite specialistiche (126,12 euro), servizi che il Ssn, ancora alle prese con il problema delle liste d'attesa, non riesce ad assicurare a tutti in tempi adeguati».

«In contesti organizzativi spesso complessi – afferma Massimo Di Maio, Presidente eletto Aiom - va evidenziata la capacità di resilienza dell'oncologia italiana, che riesce a svolgere un eccellente lavoro sia in termini di assistenza che di ricerca, come dimostrano le collaborazioni strutturate con società scientifiche internazionali, come quella americana Asco ed europea Esmo. Aiom ha svolto un ruolo di primo piano nella definizione delle Linee Guida Esmo sui Pro, i 'patient-reported outcomes', cioè l'insieme dei sintomi che misurano la qualità di vita dei pazienti durante un trattamento, per valutarne l'impatto. Non sostituiscono le informazioni del medico, ma sono molto importanti perché aggiungono i dati riferiti direttamente dai pazienti, senza alcun filtro, ampliando le conoscenze sul valore della terapia.

I Pro possono favorire il 'patient empowerment', perché consentono al paziente di esprimersi in autonomia, facendo emergere anche effetti collaterali caratterizzati da una forte componente soggettiva. Inoltre – continua Massimo Di Maio - in un sistema assistenziale come quello italiano caratterizzato da un forte squilibrio fra le forze in campo e la domanda di assistenza, i Pro possono diventare uno strumento di 'doctor empowerment' perché, se riusciamo a utilizzarli in maniera sistematica, miglioreremo la qualità del nostro lavoro, grazie a una più attenta valutazione dei bisogni dei pazienti, ad esempio ricorrendo a interventi di supporto che, in un'ottica di cure simultanee, si affiancano alle terapie specifiche contro il cancro.

Ad oggi, però, pochi ospedali adottano misure di monitoraggio sistematico dei sintomi da parte dei pazienti. È importante investire nel monitoraggio dei Pro, che non si traduce in un aumento dei carichi di lavoro, ma migliora la gestione dei pazienti».

«È necessario agire anche su altri strumenti, che possano migliorare la qualità di vita delle persone colpite dal cancro – afferma Saverio Cinieri, Presidente di Fondazione Aiom -. Le criticità riguardano in particolare l'assistenza psiconcologica, perché ancora troppo pochi centri hanno uno psicologo dedicato all'oncologia, e l'assistenza domiciliare oncologica, disponibile soltanto nel 69% delle strutture.

Questi problemi possono essere affrontati con la reale istituzione delle Reti oncologiche regionali, attive solo in alcune Regioni, che consentirà di migliorare i livelli di appropriatezza e di risparmiare risorse, da utilizzare anche per velocizzare l'accesso ai farmaci innovativi. I pazienti oncologici del nostro Paese devono aspettare ancora quasi 14 mesi per accedere ai trattamenti anticancro innovativi, rispetto, ad esempio, ai 3 mesi della Germania».

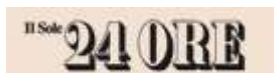
«Sul fronte dell'appropriatezza – sottolinea Angela Toss, coordinatrice Working Group Aiom Giovani - mettiamo in campo molti strumenti: dal Libro Bianco dell'Oncologia Italiana, alle Linee Guida per garantire percorsi diagnostici e terapeutici uniformi su tutto il territorio, ai controlli di qualità nazionali per i test biomolecolari, alle Raccomandazioni sull'uso della vaccinazione anti influenzale, anti pneumococcica e anti Sars-CoV-2 nei pazienti con neoplasia solida, fino al volume sui 'Numeri del cancro in Italia'. Aiom ha anche intrapreso un percorso di particolare attenzione a gruppi di pazienti che, per vari motivi, affrontano difficoltà nell'accesso alle cure oncologiche.

È il caso delle persone transgender, degli immigrati, dei detenuti e delle popolazioni che vivono in zone di guerra. Gli under 40 rappresentano più della metà di tutti i soci Aiom e sono particolarmente sensibili anche agli aspetti etici e sociali della professione».

«L'oncologia è una parte essenziale del Servizio sanitario sia per il carico assistenziale che per l'incessante progresso terapeutico – conclude il Presidente Aiom Perrone -. La nostra società scientifica ha una missione etica e civile, che va oltre la pratica clinica quotidiana. Dobbiamo compiere tutti gli sforzi possibili per

migliorare l'efficienza del sistema, perché le ricadute sono immediate anche sull'oncologia. E il confronto con le istituzioni è indispensabile».

<https://www.sanita24.ilssole24ore.com/art/medicina-e-ricerca/2024-11-08/xxvi-congresso-aiom-oncologia-mancata-prevenzione-falcia-200-vite-giorno-cure-gap-1300-letti-10-anni-e-out-of-pocket-1800-euro-l-anno-paziente-205232.php?uuid=AGjTF60&cmpid=nlqf>



Roma l'Healthcare Summit del Sole-24Ore

Le risorse economiche non sono l'unico fattore decisivo per lo sviluppo e la sostenibilità del sistema sanitario nazionale ma è necessario ripensare all'organizzazione nel suo insieme sfruttando le opportunità offerte dalla tecnologia, dal Pnrr, dal tessuto produttivo e dalla rete di ricerca.

L'Italia è un paese ricco di eccellenze a tutti i livelli ma, nonostante gli sforzi fatti, esistono ancora molte disuguaglianze tra territori e una domanda di salute non pienamente soddisfatta. È il messaggio che arriva dall'Healthcare Summit de Il Sole 24 Ore, che è stato aperto dal ministro della Salute Orazio Schillaci e dal Direttore del Sole 24 Ore Fabio Tamburini.

All'evento hanno partecipato rappresentanti di alto profilo del mondo aziendale, accademico e della ricerca, associativo, in cui un confronto a tutto campo sui principali temi relativi alla sanità in Italia. Il ministro Schillaci ha sottolineato gli sforzi del governo per migliorare gli stipendi e i trattamenti economici del personale sanitario, menzionando aumenti di indennità e tassazione agevolata per le prestazioni straordinarie. Ha anche accennato a proposte emendative in Parlamento per ulteriori aumenti e defiscalizzazioni. In merito alle aziende farmaceutiche e dispositivi medici ha affermato che la norma sbagliata è stata ereditata da governi precedenti ed è necessario ora limitarne ora i danni.

Ha inoltre ricordato che entro il 2026 apriranno oltre 1.400 case di comunità nelle quali i medici di famiglia dovranno lavorare 18 ore a settimana.

Sulle liste di attesa ha affermato che la piattaforma nazionale per il monitoraggio delle liste d'attesa sarà attiva da febbraio 2025 e i decreti attuativi sulle liste d'attesa sono tutti in fase di conclusione. Infine, il ministro ha discusso l'importanza di aumentare il finanziamento della sanità pubblica, auspicando un rapporto spesa sanitaria/Pil del 7%.

Nella tavola rotonda "Dalle liste d'attesa alle case di comunità: tutte le sfide aperte tra manovra e Pnrr" sono intervenuti Nicola Barni, Presidente Confindustria Dispositivi Medici, Marcello Cattani, Presidente Farindustria, Americo Cicchetti, Dg programmazione ministero della salute, Stefano Collatina, Presidente Egualia, Pierino Di Silverio, Segretario nazionale Anaa Assomed, Mariella Mainolfi, Direttrice generale professioni sanitarie Ministero della salute e Carmelo Gagliano Consigliere Fnopi, Giovanni Migliore, Presidente Fiaso.

«Abbiamo l'industria farmaceutica più forte al mondo ma abbiamo una legge di bilancio che vuole togliere risorse all'industria per darle alla distribuzione. Siamo stufi di aspettare qualcosa che poi non avviene. Il payback picchierà ancora di più sull'industria. Le finanze pubbliche sono un problema ma per questo vanno fatte scelte coraggiose sui sistemi sanitari. La chiave di volta è l'innovazione e poi i sistemi di dati e le infrastrutture. Siamo in un sistema statico con i Lea. Il sistema sanitario assorbe una cifra enorme ma un punto fondamentale è la qualità della spesa. Noi crediamo che da una parte vada rifondato il sistema con una forte capacità di execution – ha affermato durante la tavola rotonda il presidente di Farindustria Marcello Cattani -. Infatti, noi abbiamo un sistema che ha prodotto grandi differenze nel corso dei decenni e i tagli non hanno aiutato. Il futuro non è la casa di comunità ma la scienza, i nuovi farmaci, la tecnologia. Bisogna dare una linea molto chiara alle regioni che devono stare al gioco. Diciamo no a questa legge di bilancio il cui unico aspetto positivo è la rivisitazione del fondo per l'innovazione. Diciamo no alle quote di spettanza. Dal nostro punto di

vista serve una visione strategica che finora non abbiamo visto. Se il tema del payback non si scioglie e se la riforma di Aifa non accelera noi non avremo i farmaci e l'innovazione non arriverà».

Il presidente di Confindustria Dispositivi medici Nicola Barni ha affermato «per noi sostenibilità significa superare il payback e creare una nuova governance. Se non si supera il payback non c'è nulla da governare. Il payback apre una crisi irreversibile per le aziende. Noi forniamo al Ssn un milione e mezzo di dispositivi l'anno e vorrei capire qual è l'ordine di priorità da parte del decisore. Oggi non è un tabù dire che il Ssn è sottofinanziato. Potremmo scendere sotto il 6% del rapporto spesa sanitaria/Pil e io credo che dovremmo arrivare almeno al 7% che è la media europea. Gli effetti di questo sottofinanziamento si vedono chiaramente».

«Speriamo che le regioni ci seguano in relazione alla trasformazione del sistema sanitario. Vorrei più risorse e vorrei spenderle anche meglio. Possiamo dire che in relazione agli indicatori ha senso parlare di spesa sanitaria su Pil e considerando questa il nostro gap dagli altri paesi è molto più ridotto. Non viene mai citata la percentuale della spesa pubblica che va alla sanità rispetto alle pensioni. C'è stato un grande sforzo in termini di miglioramento del sistema ma ci sono ancora spazi di manovra e per questo basta vedere la variabilità a livello territoriale – ha affermato Americo Cicchetti, Dg programmazione ministero della Salute - . Basterebbe adottare per esempio lo stesso approccio sui farmaci equivalenti per avere benefici senza toccare appropriatezza ed efficacia delle prescrizioni. La trasformazione digitale ci aiuterà molto ma serve anche una trasformazione organizzativa. C'è un'azione importante che va fatta a livello di aziende sanitarie locali. Il contributo del Governo centrale è nel rendere ancora più rigidi gli standard che, per esempio, ci hanno dato enormi risultati in ambito ospedaliero. L'ambito che ha fatto più passi in avanti è stato proprio quello ospedaliero. Prevenzione e assistenza territoriale non hanno fatto gli stessi passi in avanti. Ci vuole una visione d'insieme e bisogna abbattere qualche veto incrociato. La priorità è il piano sanitario nazionale con l'obiettivo di ridurre le disuguaglianze».

La scommessa della sanità digitale.

Di “Fascicolo sanitario, tecnologie, telemedicina: il traino della sanità digitale”, dopo l'introduzione di Valerio Fabio Alberti, Consigliere Delegato GSD Sistemi e Servizi, Sovrintendenza Sanitaria, hanno discusso Fidelia Cascini, Assistant Professor of Hygiene & Public Health Università Cattolica del S. Cuore, Digital Health Expert Ministero della Salute, Domenico Mantoan, Dg Agenas, Luca Puccioni, Ceo e Co-Founder MioDottore.

La chiusura è stata affidata a Francesco Magro, Ad H2H Digital Solutions - Gruppo Rekeep.«L'infrastruttura che è alla base della telemedicina è stata realizzata.

Ci mancano le due autorizzazioni finali che sono il decreto sull'ecosistema dati sanitari e il decreto sulla telemedicina. Sono decreti d'intesa tra tre istituzioni: ministero della Salute, ministero dell'Economia e Finanze e Presidenza del Consiglio – dipartimento transizione digitale e siano in attesa del parere del garante per la privacy. Sono fiducioso che entro fine anno i decreti ci saranno – ha affermato Domenico Mantoan -. A quel punto avremo il permesso per far circolare i dati. Con la telemedicina ci aspettiamo che la cura dei cronici si trasformi da una cura legata alle singole prestazioni ad una presa in carico dove il paziente resta a domicilio e il Ssn potrà monitorarlo, organizzare visite di controllo o invitarlo a ricoverarsi. Un monitoraggio in continuo, silenzioso, che farà risparmiare risorse e che permetterà un monitoraggio permanente. In questo modo si darà quindi significato allo slogan “la casa come primo luogo di cura”. I primi fruitori della piattaforma saranno i pazienti e il loro medico di medicina generale».

L'Healthcare Summit ha dedicato un focus al tema “Health Technology Assessment: sfide e opportunità” al quale hanno partecipato Elisabetta Iannelli, Segretario Generale Favo- Federazione italiana delle associazioni di volontariato in Oncologia, Giandomenico Nollo, Presidente SIHTA - Società Italiana di Health Technology Assessment, Roberta Rondena, Value & Access Head Novartis Italia, Annalisa Scopinaro, Presidente Federazione Italiana malattie rare. Di “Life science in Italia: l'impatto di Pfizer” hanno discusso Barbara Capaccetti, Direttore Medico Pfizer Italia mentre al panel “Innovazione e Oftalmologia” hanno partecipato Michele Allamprese, Direttore esecutivo Associazione pazienti malattie oculari (Apmo), Arianna Gregis, Country Division Head Pharmaceuticals Bayer Italy, Mariacristina Parravano, Prof. Ass. Università Unicamillus, Responsabile Unità Operativa di Retina Medica, Irccs Fondazione Bietti, Roma. Alla prevenzione delle malattie cardiovascolari è stato dedicato il panel con Arrigo Cicero, Presidente Sinut-Società Italiana di Nutraceutica,

Pasquale Perrone Filardi, Presidente Sic-Società italiana di Cardiologia, Davide Polimeni, Chief Business Unit Officer Primary & Specialty Care, Dompé. Di “importanza della diagnosi precoce e della presa in carico per le malattie rare genetiche” hanno parlato Enrico Bertini, Neurologo, Responsabile Unità di Ricerca Malattie Neuromuscolari e Neurodegenerative Ospedale Pediatrico Bambino Gesù Roma, Anita Pallara, Presidente Famiglie SMA-Atrofia muscolare spinale, Paola Rizzitano, Consigliere nazionale Aisl e Presidente di Aisla Lazio - Associazione italiana sclerosi laterale amiotrofica.

<https://www.sanita24.ilsole24ore.com/art/aziende-e-regioni/2024-11-21/ripensare-sanita-suo-insieme-risorse-non-sono-l-unico-tema-concluso-roma-l-healthcare-summit-sole-24ore-165327.php?uuid=AGt3znJB&cmpid=nlqf>

Manovra di bilancio 2025



Manovra/ Ufficio Parlamentare di bilancio, tasso di crescita fondi Ssn sempre inferiore a quello del Pil nominale programmatico. Rischio significativo aumento disavanzi Ssr

“Nonostante la manovra preveda un rifinanziamento del Servizio sanitario nazionale (Ssn) per importi crescenti - da 1,3 miliardi del 2025 a 8,9 dal 2030, comprensivi delle risorse per i rinnovi contrattuali - il tasso di crescita del finanziamento resta sempre inferiore a quello del Pil nominale programmatico. Eventuali modifiche per aumentare gli stanziamenti richiederebbero riduzioni di altre voci di spesa o interventi discrezionali di aumento delle entrate”.

Questa la visione espressa dall’Ufficio parlamentare di Bilancio nell’intervento della presidente Lilia Cavallari nell’audizione sul Ddl di Bilancio davanti alle commissioni competenti di Camera e Senato.

“In termini di incidenza sul Pil la spesa sanitaria tornerebbe nel 2026 al 6,4 per cento, livello pre pandemia. Considerando che la stessa spesa è prevista crescere a un tasso superiore a quello del finanziamento del Ssn, vi è il rischio di un significativo aumento del disavanzo dei servizi sanitari regionali, anche oltre il 2027”, rileva ancora l’Upb.

Per poi sottolineare: “Malgrado la principale criticità del Ssn risieda attualmente nella carenza di personale, non sono finanziate nuove assunzioni. Vengono disposti il finanziamento delle prossime tornate contrattuali e l’incremento di una serie di indennità”.

Un altro gruppo di misure è a favore di alcuni soggetti privati che operano nella sanità e nel campo della farmaceutica. Inoltre, si interviene sul riparto del finanziamento tra le Regioni, plausibilmente favorendo quelle con Servizi sanitari regionali più forti, sottolinea l’Ufficio nella sua relazione.

Pensioni, misure a effetto limitato. Per il capitolo pensioni, tra i vari interventi, il Ddlb “conferma i principali canali temporanei di uscita anticipata dal mercato del lavoro e introduce un incentivo fiscale per la permanenza al lavoro oltre il raggiungimento dei requisiti ordinari di pensionamento, la cui efficacia dipenderà anche dal modo in cui gli stessi lavoratori risponderanno agli incentivi.

La riconferma di condizioni stringenti per l’accesso alle misure di flessibilità in uscita prefigura un’adesione limitata, soprattutto, per Opzione donna e Quota 103.

L’esenzione da imposta dei contributi ricevuti in busta paga conferisce una maggiore appetibilità alla misura diretta all’allungamento della vita lavorativa rispetto agli interventi dell’ultimo biennio.

La relazione molto stretta tra minori contributi oggi e minori pensioni in futuro, vigente nel sistema contributivo italiano, rende infatti decisiva l'esenzione fiscale introdotta per il 2025 nella valutazione di convenienza del provvedimento", sintetizza l'Upb.

Le politiche per la natalità. Il Ddlb destina risorse crescenti, circa un miliardo l'anno a regime, al finanziamento di politiche di sostegno alla natalità e di supporto alla prima infanzia - ricorda l'Upb -.

Viene reintrodotta il bonus nascite e viene esteso il supporto per il pagamento delle rette degli asili nido e delle forme di assistenza domiciliare.

Le misure ridisegnano il profilo dei sostegni economici alle famiglie con bambini e un Isee non superiore a 40.000 euro, sovrapponendosi all'assegno unico e universale nel caso del bonus nascite e accorpando le fasce Isee per l'erogazione del bonus asili nido. Viene rafforzato il congedo parentale".

Enti territoriali

La manovra interessa gli Enti territoriali su due livelli, ha sottolineato la presidente Cavallari: "misure che assicurano il loro contributo ai saldi di finanza pubblica e all'osservanza delle nuove regole Ue, e norme per il rafforzamento di alcune tipologie di spesa corrente: Fsc, Fondo assistenza ai minori, funzioni fondamentali dei Comuni e trasporto pubblico locale.

Per la spesa corrente, gli effetti restrittivi del contributo alla finanza pubblica nel periodo di programmazione sono in gran parte compensati per il complesso dei Comuni dall'aumento del Fsc e del tutto neutralizzati per le Province e Città metropolitane dall'incremento delle risorse per le funzioni fondamentali.

Per la spesa in conto capitale, gli effetti netti sono invece nell'insieme negativi in quanto l'atteso utilizzo degli accantonamenti imposti dal contributo alla finanza pubblica non appare sufficiente a compensare il definanziamento dei programmi di investimento.

La manovra "può anche determinare una significativa redistribuzione di risorse all'interno del comparto. Una parte significativa dei definanziamenti riguarda risorse con quote riservate al Mezzogiorno e ai piccoli Comuni, ma la spesa in conto capitale sostenuta con eventuali avanzi accantonati dagli Enti territoriali potrebbe non replicare tali vincoli.

I criteri di riparto del contributo alla finanza pubblica e del finanziamento aggiuntivo del Fsc dovrebbero essere coerenti con i fabbisogni infrastrutturali e le esigenze di finanziamento delle funzioni fondamentali e dei Lep".

Non solo: "si rischia che la stretta sulla spesa corrente si traduca nell'accumulazione nei bilanci degli Enti locali di risorse vincolate o in un loro utilizzo inefficiente, con possibili benefici per i saldi di finanza pubblica ma a discapito delle opportunità di crescita delle comunità locali. Inoltre, per evitare che venga messo a rischio il finanziamento delle funzioni fondamentali e dei Lep, è auspicabile che il riparto del contributo dei fondi perequativi basati sui fabbisogni standard e sulla capacità fiscale sia coerente con i criteri che regolano tali fondi".

<https://www.sanita24.ilsole24ore.com/art/in-parlamento/2024-11-05/manovra-ufficio-parlamentare-bilancio-tasso-crescita-fondi-ssn-sempre-inferiore-quello-pil-nominale-programmatico-rischio-significativo-aumento-disavanzi-ssr-114206.php?uuid=AGZdbqv>

quotidianosanita.it

Manovra. UPB: "Rischio di un significativo aumento del disavanzo dei servizi sanitari regionali"

L'Ufficio Parlamentare di Bilancio in audizione rileva: "Malgrado la principale criticità del SSN risieda attualmente nella carenza di personale, non sono finanziate nuove assunzioni".

05 NOV -

“Nonostante la manovra preveda un rifinanziamento del Servizio sanitario nazionale (SSN) per importi crescenti (da 1,3 miliardi del 2025 a 8,9 dal 2030, comprensivi delle risorse per i rinnovi contrattuali), il tasso di crescita del finanziamento resta sempre inferiore a quello del PIL nominale programmatico. Eventuali modifiche per aumentare gli stanziamenti richiederebbero riduzioni di altre voci di spesa o interventi discrezionali di aumento delle entrate. In termini di incidenza sul PIL la spesa sanitaria tornerebbe nel 2026 al 6,4 per cento (livello pre-pandemia). Considerando che la stessa spesa è prevista crescere a un tasso superiore a quello del finanziamento del SSN, vi è il rischio di un significativo aumento del disavanzo dei servizi sanitari regionali, anche oltre il 2027”. È quanto rileva l’Ufficio parlamentare di Bilancio in audizione sulla manovra.

“Malgrado – prosegue - la principale criticità del SSN risieda attualmente nella carenza di personale, non sono finanziate nuove assunzioni. Vengono disposti il finanziamento delle prossime tornate contrattuali e l’incremento di una serie di indennità. Un altro gruppo di misure è a favore di alcuni soggetti privati che operano nella sanità e nel campo della farmaceutica. Inoltre, si interviene sul riparto del finanziamento tra le Regioni, plausibilmente favorendo quelle con Servizi sanitari regionali più forti”.

Il capitolo dedicato alla sanità nell’audizione dell’Upb.

Il DDLB 2025 incrementa il finanziamento del Servizio sanitario nazionale (SSN) di 1,3 miliardi nel 2025, 5,1 nel 2026, 5,8 nel 2027 e ancora di importi crescenti fino a raggiungere 8,9 miliardi dal 2030. Sono incluse le risorse necessarie per i rinnovi contrattuali relativi ai trienni 2025-27 e 2028-2030. Il maggiore finanziamento disposto con il DDLB e la scelta di come allocare le nuove risorse dovrebbero riflettere le priorità che il Governo intende affrontare nei prossimi cinque anni. A differenza del passato, quando la programmazione di bilancio era principalmente focalizzata sul primo anno, date le nuove regole della governance della UE il Governo si è impegnato con il PSB a rispettare nei prossimi cinque anni una traiettoria di crescita della spesa primaria netta. Eventuali modifiche, ad esempio volte a rafforzare gli stanziamenti per il SSN, richiederebbero riduzioni di altre voci di spesa di pari importo o interventi discrezionali per incrementare le entrate. Il tasso di crescita del finanziamento del SSN resta sempre inferiore a quello del PIL nominale (programmatico), avvicinandosi a quest’ultimo solo nel 2026. Nell’ambito della programmazione di medio termine – tenendo anche conto di quanto assegnato negli anni precedenti – il finanziamento del SSN in rapporto al PIL subisce una riduzione marginale (-0,1 decimi di punto) nel 2025, collocandosi al 6 per cento, rimane stabile nel 2026 (l’anno in cui è concentrato l’incremento maggiore in valore assoluto) e diminuisce ulteriormente di un decimo di punto l’anno dal 2027.

Gli effetti complessivi della manovra in campo sanitario, già indicati nel PSB, risultano inferiori all’incremento del finanziamento per effetto degli oneri riflessi calcolati sulle accresciute remunerazioni del personale. Nel 2026 l’incidenza della spesa sanitaria sul PIL tornerebbe ai livelli precedenti la pandemia. Ipotizzando che l’incremento del finanziamento venga utilizzato per intero, è possibile ricostruire la dinamica della spesa sanitaria a partire dalla sua evoluzione tendenziale, indicata nel PSB fino al 2027. Dopo l’incremento registrato nel 2020, dovuto, da un lato, alle esigenze straordinarie legate alla pandemia e, dall’altro, alla caduta del prodotto, il successivo calo fino al 6,2 per cento nel 2023 e l’aumento di un decimo di punto stimato nel preconsuntivo 2024, l’incidenza della spesa sanitaria sul PIL crescerebbe di un decimo di punto nel 2026, portandosi al 6,4 per cento, in linea con quanto registrato nel 2019. Nel triennio 2025-27 il tasso di crescita della spesa sanitaria risulta sempre superiore a quello medio annuo dell’1,5 per cento fissato per la spesa primaria netta nel PSB, sia nel quadro tendenziale, sia in quello programmatico così ricostruito (che implica variazioni pari al 3,8 per cento nel 2025, al 4,8 nel 2026 e al 2,2 nel 2027). Ne consegue che la distanza tra la spesa sanitaria e il finanziamento del SSN aumenta significativamente nel periodo di previsione, tanto che il divario nel 2027 risulta circa triplo rispetto a quello del 2024. Anche se una parte di tale differenza viene normalmente coperta dalle maggiori entrate proprie degli enti del SSN rispetto a quelle convenzionali incluse nel finanziamento ordinario, questi andamenti implicano un rischio significativo di aumento del disavanzo dei Servizi sanitari regionali (SSR), che potrebbe protrarsi anche negli anni successivi al 2027.

Il rifinanziamento del SSN previsto dal DDLB 2025 è volto all’adozione di una serie di misure, di cui non sempre emergono con chiarezza le finalità. Alcuni interventi dispongono aumenti delle remunerazioni del personale, mentre non sono finanziate nuove assunzioni. Non viene dunque affrontata la principale criticità del SSN,

ossia la carenza di personale sanitario, se non indirettamente attraverso i limitati incrementi retributivi, che potrebbero in qualche misura aumentare l'attrattività del SSN. Un altro gruppo di misure è a favore dei soggetti privati che operano nella sanità, dalle strutture accreditate alla distribuzione farmaceutica all'ingrosso e alle comunità terapeutiche. Per quanto concerne in particolare la spesa farmaceutica, emergono perplessità circa l'impatto nullo sul disavanzo riportato nella Relazione tecnica del DDLB, in quanto si potrebbe determinare una riduzione degli introiti da pay-back.

Inoltre, è previsto un incremento significativo (più di 900 milioni nel 2025 e circa 500 negli anni successivi) delle risorse per gli obiettivi di carattere prioritario e di rilievo nazionale, senza tuttavia che si indichino le finalità che si intendono perseguire. Al riguardo va ricordato che, malgrado tali risorse rappresentino una quota del finanziamento del SSN vincolata appunto al perseguimento di tali obiettivi di carattere prioritario e di rilievo nazionale, di recente sono state utilizzate anche per coprire altre esigenze come, ad esempio, la flat tax sulle prestazioni aggiuntive, introdotta dal DL 73/2024 per la riduzione dei tempi di attesa delle prestazioni sanitarie, e l'incremento del tetto per i privati accreditati, come disposto dallo stesso DDLB. Infine, alcuni provvedimenti intervengono sul riparto del finanziamento tra le Regioni, tendenzialmente favorendo quelle con SSR più forti, attraverso l'introduzione di forme di premialità sulla gestione delle liste di attesa ed eventualmente tramite l'introduzione di ulteriori indicatori nell'ambito del Nuovo sistema di garanzia (NSG) volto al monitoraggio dell'erogazione dei livelli essenziali delle prestazioni (LEA). Quest'ultima operazione, di cui non è spiegata chiaramente la ratio, potrebbe essere inquadrata nell'ambito dell'applicazione di nuovi criteri di distribuzione delle risorse. Per quanto concerne la spesa in conto capitale, il DDLB incrementa le risorse del programma pluriennale di edilizia sanitaria (art. 20 della L. 67/1988 e successive modifiche) di 126,6 milioni annui dal 2027 al 2036, a compensazione di una riduzione del Fondo complementare al PNRR operata con il DL 19/2024.

https://www.quotidianosanita.it/governo-e-parlamento/articolo.php?articolo_id=125562



Le posizioni del ministro Schillaci sulla sanità, le verità sulla manovra e lo stato dell'arte sul payback dispositivi

Stefano Simonetti

In una intervista rilasciata il 26 ottobre alla edizione fiorentina del Quotidiano nazionale, il ministro della Salute Schillaci ha trattato i principali temi dell'attuale dibattito pubblico sulla sanità. In cinque domande molto specifiche fatte dalla giornalista, sono stati toccati i punti più controversi a cominciare dal finanziamento del Ssn rispetto al quale, tuttavia, non entro in un dibattito che chiama in causa percentuali del Pil, inflazione, sprechi regionali, record di stanziamenti mai visti, ecc.: le posizioni contrapposte sono radicate e fortemente distanti per immaginare un qualsiasi punto di convergenza.

Anche in merito alla presunta privatizzazione e smantellamento della Sanità pubblica, prendo atto solo della perentoria affermazione del ministro riguardo al privato accreditato e a "quanto sia impensabile abolirlo". Anche la asserita volontarietà delle prestazioni aggiuntive, peraltro detassate, non mi appassiona perché è una questione che coinvolge troppi aspetti diversi e delicati.

Quelle accennate sono tematiche controverse e molto influenzate in entrambe le parti da posizioni a volte precostituite e quasi sempre troppo trancianti.

Quello che invece merita alcune osservazioni sono dei passaggi dell'intervista nei quali si rilevano inesattezze o imprecisioni. Senza alcun intento polemico, tento di fare un intervento denotativo e non connotativo perché penso che una terminologia appropriata e la disambiguazione rendano più oggettivo il dibattito, anche perché, secondo la celebre battuta di Nanni Moretti, "le parole sono importanti", specie quando il clima generale è così surriscaldato.

- quando viene detto “questo governo ha rimesso al centro la sanità”: forse manca la parola “pubblica”, ma non è detto che sia una dimenticanza;
- viene ricordato “con l’aumento in busta paga del 6%, con l’indennità di specificità”: il primo argomento – per la precisione è del 5,78% - non riguarda soltanto i medici ma è esattamente quanto previsto per tutti i dipendenti pubblici per il rinnovo del triennio 2022-2024 che è ormai a due mesi dalla scadenza e che per i dirigenti sanitari è lungi dall’arrivare perché, non solo non sono iniziate le trattative, ma non è neanche stato redatto l’Atto di indirizzo.

Per la indennità di specificità gli importi previsti dal Ddl Bilancio 2025 sono i seguenti: indennità di specificità medico-veterinaria (art. 61) = € 32 mensili; indennità di specificità sanitaria (art. 62) = € 30 mensili; indennità di specificità infermieristica (art. 63, c. 1) = € 11 circa mensili; indennità tutela del malato (art. 63, c. 2) = € 10 circa mensili;

- si fa riferimento “ad altri operatori sanitari come farmacisti e biologi” : la denominazione “operatori sanitari” non la accettano più nemmeno gli Oss e aver citato soltanto due professioni non credo abbia fatto piacere a chimici, fisici, psicologi e dirigenti infermieristici e tecnico-sanitari;
- l’affermazione “da medico conosco i medici meglio dei sindacalisti” è piuttosto impegnativa e la replica dovrebbe spettare ai sindacati. Forse per il suo passato da Rettore e Preside il ministro conosce meglio i medici universitari;
- se “le liste d’attesa sono un fenomeno dovuto a una cattiva organizzazione”, forse ci si dovrebbe rivolgere alle 15 Regioni governate dalla sua stessa parte politica.

Infine la questione più complessa, quella relativa alle vicende del cosiddetto payback che è intricatissima riguardo a una sorta di disallineamento diacronico che provo a riassumere. Lo strumento finanziario del payback sui dispositivi medici è un meccanismo che prevede che le aziende fornitrici di dispositivi medici debbano restituire una quota del proprio fatturato qualora la spesa complessiva delle Regioni superi i limiti stabiliti.

Tuttavia, tale sistema, introdotto con uno scopo mirato a salvaguardare le finanze pubbliche e a rimediare a una cattiva programmazione e gestione delle spese, diventa un onere per le imprese, soprattutto quelle biomedicali.

Nasce con l’art. 9-ter, comma 9, della legge 125/2015 mentre quello sui medicinali – molto più lineare - risale invece alla legge 296/2006 e da allora funziona abbastanza bene. Il primo, invece, è decisamente più complesso e, soprattutto, contestato in quanto non sono stati mai definiti con chiarezza i criteri applicativi. Per tale motivo per alcuni anni è rimasto lettera morta e il Governo è tornato ad attivarlo solo nel 2022.

Tuttavia, circa 2.000 ditte produttrici avevano impugnato al Tar del Lazio il decreto del ministro della Salute, di concerto con il Mef, del 6 luglio 2022 e il Giudice amministrativo ha ritenuto di rimettere la questione alla Corte costituzionale con 16 ordinanze distinte.

Nel frattempo il Governo subentrato ha adottato una norma cautelativa che, nelle more del giudizio davanti alla Consulta, garantisce in ogni caso alle Regioni la quota spettante.

Si tratta dell’art. 8 della legge 56/2023, di conversione dell’ormai famoso “decreto bollette”.

Le intenzioni dell’esecutivo erano chiare: assumere a carico dello Stato gli oneri finanziari del payback nell’ipotesi in cui il contenzioso fosse stato favorevole ai produttori; si tratta di un fondo di 1.085.000 milioni di €.

Nel contempo si prevedeva che le aziende, qualora non avessero attivato un contenzioso o rinunciato allo stesso, avrebbero potuto versare a ciascuna Regione, entro il 30 giugno 2023, in luogo della quota intera, una somma pari al 48% di quanto dovuto a titolo di contributo al ripiano. Insomma, un accollo di costi da parte dello Stato per chi aveva fatto causa e un classico condono per gli altri.

Questo diverso trattamento è stato ritenuto incostituzionale e il comma 3 del citato art. 8 dichiarato illegittimo “nella parte in cui non estende a tutte le aziende fornitrici di dispositivi medici la riduzione al 48 per cento della quota determinata dai provvedimenti”. Solo per completezza di esposizione, si segnala che la quota maggiore era della Toscana con 206 ml di € quella minore del Lazio e della Campania con 0 € e quest’ultima, infatti, ha ricorso alla Corte costituzionale che le ha dato torto (sentenza n. 139/2023, la stessa che ha cassato l’art. 8, comma 3, di cui sopra).

Così ricostruito lo scenario come è evoluto negli anni 2022 e 2023, si deve dare atto che gli avvenimenti successivi hanno preso una direzione diversa perché la Corte Costituzionale, con la sentenza dello scorso

luglio pubblicata lo stesso giorno di quella già ricordata relativa all'impugnazione della Regione Campania, ha ritenuto legittimo il payback sanitario. La sentenza n. 139 del 24.7.2024 ha ritenuto non fondate, quanto al quadriennio 2015-2018, le questioni di legittimità costituzionale della legge del 2015 sollevate dal Tar Lazio in relazione ai rimborsi dovuti dai produttori/fornitori.

Le basi giuridiche su cui si fonda la decisione della Consulta e come esse si conciliano con i diritti delle imprese del settore biomedicale possono essere sintetizzate dalle stesse affermazioni contenute nelle motivazioni della pronuncia: "esso non è irragionevole poiché pone a carico delle imprese un contributo solidaristico che trova giustificazione nell'esigenza di assicurare la dotazione di dispositivi medici necessaria alla tutela della salute". Prosegue la sentenza con una precisazione utile per comprendere la odierna diatriba: "individua esplicitamente sia i soggetti su cui grava l'obbligo (le imprese che hanno venduto agli enti del Ssn dispositivi medici)".

Ecco perché il ministro dice "non ho capito perché io governo devo pagare i conti di altri": gli "altri" sono le ditte produttrici e se, come ha proseguito, la trova "una legge sbagliata", la legge in questione va semplicemente cancellata. In conclusione - e al netto di ulteriori interventi legislativi - allo stato attuale i rimborsi devono essere pagati dalle ditte e non certo dallo Stato.

<https://www.sanita24.ilsole24ore.com/art/aziende-e-regioni/2024-11-01/le-posizioni-ministro-schillaci-sanita-verita-manovra-e-stato-dell-arte-payback-dispositivi-091840.php?uuid=AGtJcpr&cmpid=nlqf>

quotidianosanita.it

Manovra. L'audizione del Cnel: "Mantenimento spesa sanitaria stabile in termini di Pil potrebbe risultare inadeguato rispetto ai fabbisogni reali"

"In un'ottica di invecchiamento della popolazione e aumento delle esigenze di cura, il mantenimento di una spesa pressoché stabile in termini di Pil è un obiettivo che potrebbe risultare inadeguato rispetto ai fabbisogni reali. Il disegno di legge di bilancio 2025 stanziava più risorse alla sanità di quanto sarebbero arrivate stando alla stretta applicazione della regola della spesa, e tuttavia queste risorse colmano solo una parte del fabbisogno finanziario del sistema sanitario pubblico".

"Nel 2025 si destinano alla sanità 962 milioni di euro, che salgono a circa 4,7 miliardi di euro nel 2027, per l'incremento del finanziamento al Fondo sanitario nazionale. Si tratta di risorse coerenti con le quantificazioni del DPB e rilevanti. L'impegno esplicitato anche nel Piano strutturale è quello di far crescere la spesa sanitaria in misura maggiore dell'aggregato della spesa netta, in modo da mantenere livelli adeguati di risorse.

Considerate le risorse che il disegno di legge intende impegnare, la spesa sanitaria si manterrebbe pari al 6,4% del Pil, un livello solo lievemente superiore a quello stimato per il 2023-24.

Inoltre, la spesa pubblica sanitaria in Italia è inferiore a quella degli altri tre grandi Paesi UE, per un ammontare variabile e assai significativo rispetto a Francia e Germania, sia quando lo si prenda in termini pro-capite sia quando lo si valuti in rapporto al Pil, una volta tenuto conto degli esborsi out of pocket, secondi solo a quelli spagnoli come quota sul totale".

La spesa sanitaria nei principali Paesi UE: indicatori rilevanti

	Spesa totale (2022)			Popolazione over 65 %		Popolazione over 80 %	
	Pro-capite*	% PIL	Quota oop**	2021	2050	2021	2050
Italia	4291	9.0	23	23.6	34.9	7.6	14.2
Germania	8011	12.7	13	22.0	28.1	7.1	11.9
Francia	6630	12.1	16	21.4	27.4	6.3	11.1
Spagna	4432	10.4	28	19.8	30.8	6.2	11.1

*in US\$ a parità di potere d'acquisto

** out of pocket e altro finanziamento volontario, %

Fonte: elaborazioni su dati OCSE, Health at a Glance, 2023

Così il Cnel ha fatto il punto questa mattina sulla manovra in audizioni presso le commissioni Bilancio riunite. "Per quanto tale sforzo sia apprezzabile - ha sottolineato il Cnel - è da considerare che in un'ottica di invecchiamento della popolazione e aumento delle esigenze di cura, il mantenimento di una spesa pressoché stabile in termini di Pil è un obiettivo che potrebbe risultare inadeguato rispetto ai fabbisogni reali. In conclusione, il disegno di legge di bilancio 2025 stanziava più risorse alla sanità di quanto sarebbero arrivate stando alla stretta applicazione della regola della spesa, e tuttavia queste risorse colmano solo una parte del fabbisogno finanziario del sistema sanitario pubblico, che negli anni precedenti la pandemia era stato sottoposto a una cura dimagrante che ne aveva gravemente intaccato la capacità di rispondere alle esigenze dei cittadini".

"Su questo aspetto, si evidenzia una questione di valenza generale e che potrebbe acuirsi progressivamente nei prossimi anni: rispetto ai fabbisogni del sistema economico-sociale il mantenimento di determinate risorse in quota di Pil può risultare insufficiente in contesti nei quali l'economia cresca poco, come è stato il caso dell'economia italiana negli ultimi decenni. In definitiva, il tema delle spese legate all'invecchiamento della popolazione in Paesi caratterizzati da bassa crescita dell'economia non è di agevole soluzione, e nel caso dell'Italia resterà uno degli snodi problematici della politica economica anche nei prossimi anni", conclude.

https://www.quotidianosanita.it/governo-e-parlamento/articolo.php?articolo_id=125546

quotidianosanita.it

Manovra. L'allarme della Corte dei Conti: "La spesa sanitaria su Pil torna ai livelli pre Covid. È urgente una chiara riscrittura di quali possono essere i servizi garantiti in sanità"

Giovanni Rodriguez

"Rivisto in aumento anche il fabbisogno nazionale standard cui contribuisce lo Stato, che raggiungerà i 136,5 miliardi nel 2025, 140,6 nel 2026 e 141,1 nel 2027. Va però considerato che i nuovi fondi attribuiti dalla legge di bilancio già a partire dal 2025, oltre ai contratti, sono destinati a specifici interventi aggiuntivi per circa 480 milioni, che crescono ulteriormente nel biennio successivo". Quanto al personale: "Mancano indicazioni in tema di programmazione delle assunzioni".

05 NOV -

"In linea con quanto previsto nel Piano strutturale, la manovra prevede un aumento della spesa sanitaria: essa cresce a poco meno di 142,9 miliardi nel 2025 e supera i 152 miliardi nel 2027. Una variazione che nel biennio 2026-27 stabilizza la spesa al 6,4 per cento del Prodotto, un livello pari a quello registrato prima della crisi (era il 6,41 per cento nel 2019)". A certificarlo è la Corte dei Conti nel corso dell'audizione di questa mattina sulla manovra di fronte alle commissioni Bilancio riunite.

"Rivisto in aumento anche il fabbisogno nazionale standard cui contribuisce lo Stato, che raggiungerà i 136,5 miliardi nel 2025, 140,6 nel 2026 e 141,1 nel 2027. Nel triennio tuttavia si conferma, pur attenuandosi, il profilo riduttivo delle risorse: dal 6,3 per cento del 2024 a 5,9 per cento in termini di prodotto del 2027". Va però considerato, spiega la Corte dei Conti, che i nuovi fondi attribuiti dalla legge di bilancio già a partire dal 2025, oltre ai contratti, sono destinati a specifici interventi aggiuntivi per circa 480 milioni, che crescono ulteriormente nel biennio successivo.

"Nel 2026 e nel 2027 sono previste misure rispettivamente per 2.372,5 e 2.711 milioni, senza considerare il trattamento accessorio e il rifinanziamento del fondo per la contrattazione collettiva nazionale per il personale pubblico, di cui si può stimare solo un primo possibile impatto non specificato per il momento nella relazione tecnica. Tra questi, 928 milioni per il 2026, 478 milioni per il 2027 e 528 milioni a decorrere dal 2028 sono destinati all'incremento delle risorse per il raggiungimento degli obiettivi sanitari di carattere prioritario e di rilievo nazionale".

Oltre ai rinnovi contrattuali, i nuovi fondi sono destinati, tra l'altro, a incrementare le indennità di specificità, tra cui quelle riguardanti il pronto soccorso: è da rilevare, tuttavia, che i ripetuti aumenti dell'indennità, a cui si aggiunge ora un limitato incremento del trattamento economico per i medici in formazione specialistica, in particolare per le specializzazioni meno ambite, non sembrano aver finora consentito di riorientare le scelte degli operatori sanitari. Risorse aggiuntive sono, inoltre, previste sia per l'aggiornamento dei Lea e gli importi tariffari, che per la remunerazione delle prestazioni per acuti e post acuti: una variazione quest'ultima rilevante, con un aumento dell'ordine del 3,7 per cento. "Quanto all'aumento del tetto di spesa per gli acquisti di prestazioni specialistiche ed ospedaliere da privati, secondo il monitoraggio condotto sui risultati di esercizio 2023, la spesa è risultata ben al di sopra del limite vigente. Il finanziamento previsto sembra, quindi, in grado di sostenere solo in parte l'incremento di spesa relativo a tale voce".

Guardando a quanto previsto nel Piano strutturale in tema di potenziamento del sistema sanitario nazionale, il disegno di legge di bilancio sembra intervenire solo su alcuni dei punti in esso indicati. "Se infatti si prevedono risorse per garantire, dopo la conclusione del Pnrr, il completamento degli investimenti programmati per il potenziamento dell'assistenza territoriale e l'aggiornamento dei Lea, mancano indicazioni in tema di programmazione delle assunzioni di personale, di sviluppo e riordino per la sanità integrativa, di rafforzamento e di revisione degli strumenti di monitoraggio della spesa".

In conclusione, spiega la Corte dei Conti, "la progressiva riduzione delle risorse che è possibile veicolare attraverso il bilancio pubblico richiede in tutti i settori, anche contando su un recupero di efficienza nella spesa, una chiara riscrittura di quelli che possono essere i servizi garantiti. In campo sanitario ciò appare più urgente sia per le specifiche caratteristiche del servizio reso, sia per l'incidenza sullo stesso delle condizioni in cui operano coloro che detto servizio devono rendere".

LA SPESA SANITARIA NEI DOCUMENTI PROGRAMMATICI

(in milioni e in percentuale)

	2021	2022	2023	2024	2025	2026	2027
LB 2025	127.627	131.674	131.119	137.934	142.891	149.352	152.186
variazione su anno prec	4,03	3,17	-0,42	5,20	3,59	4,52	1,90
in % Pil	6,93	6,59	6,16	6,30	6,32	6,40	6,36
in % spesa corrente primaria	15,49	15,43	15,00	15,27	15,34	15,71	15,80
Piano strutturale di bilancio	127.627	131.674	131.119	137.934	141.929	144.969	147.506
variazione su anno prec	4,03	3,17	-0,42	5,20	2,90	2,14	1,75
in % Pil	6,93	6,59	6,16	6,30	6,29	6,24	6,19
in % spesa corrente primaria	15,49	15,43	15,00	15,27	15,27	15,35	15,50
Def 2024	127.627	131.674	131.119	138.776	141.814	144.760	147.420
variazione su anno prec	4,03	3,17	-0,42	5,84	2,19	2,08	1,84
in % Pil	7,01	6,71	6,29	6,42	6,34	6,28	6,23
in % spesa corrente primaria	15,64	15,32	14,88	15,28	15,30	15,46	15,53
LB 2024	127.451	131.103	134.734	135.946	140.701	143.172	
variazione su anno prec	3,90	2,87	2,77	0,90	3,50	1,76	
in % Pil	6,99	6,74	6,57	6,38	6,39	6,30	
in % spesa corrente primaria	15,61	15,28	15,31	15,08	15,33	15,45	
Nadef 2023	127.451	131.103	134.734	132.946	136.701	138.972	
variazione su anno prec	3,90	2,87	2,77	-1,33	2,82	1,66	
in % Pil	6,99	6,74	6,57	6,24	6,21	6,11	
in % spesa corrente primaria	15,61	15,28	15,31	14,85	15,07	15,15	
Def 2023	127.451	131.103	136.043	132.737	135.034	138.339	
variazione su anno prec	3,90	2,87	3,77	-2,43	1,73	2,45	
in % Pil	7,13	6,87	6,74	6,31	6,21	6,17	
in % spesa corrente primaria	15,65	15,33	15,35	14,98	15,01	15,13	
LB 2023	127.834	133.998	134.548	131.039	132.095		
variazione su anno prec	4,17	4,82	0,41	-2,61	0,81		
in % Pil	7,17	7,04	6,76	6,31	6,14		
in % spesa corrente primaria	15,70	15,39	15,46	14,74	14,67		
Nadef 2022	127.834	133.998	131.724	128.708	129.428		
variazione su anno prec	4,17	4,82	-1,70	-2,29	0,56		
in % Pil	7,17	7,04	6,62	6,20	6,02		
in % spesa corrente primaria	15,70	15,39	15,14	14,48	14,37		
Def 2022	127.834	131.710	130.734	128.872	129.518		
variazione su anno prec	4,17	3,03	-0,74	-1,42	0,50		
in % Pil	7,20	7,00	6,65	6,32	6,15		
in % spesa corrente primaria	15,66	15,55	15,08	14,78	14,66		
Nadef 2021	129.449	125.708	123.554	124.428			
variazione su anno prec	4,84	-2,89	-1,71	0,71			
in % Pil	7,28	6,67	6,30	6,14			
in % spesa corrente primaria	15,54	15,20	14,93	14,89			
Def 2021	127.138	123.662	126.231	124.410			
variazione su anno prec	2,97	-2,73	2,08	-1,44			
in % Pil	7,31	6,74	6,63	6,33			
in % spesa corrente primaria	15,41	15,00	15,15	14,83			

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

IL FABBISOGNO SANITARIO NAZIONALE STANDARD NELLA LB 2025

(in milioni e in percentuale)

	2024	2025	2026	2027
1-Finanziamento del fabbisogno sanitario nazionale standard a	134.015	135.231	135.517	135.517
variazione %		0,91	0,21	0,00
in quota Pil	6,12	5,98	5,81	5,66
2-Incremento finanziamento sanitario nazionale DLB 2025 (art. 47)		1.302	5.078	5.780
3-Fabbisogno SSN standard (LB 2025)		136.533	140.595	141.297
variazione %		1,9	3,0	0,5
in quota Pil		6,05	6,05	5,93
Dettaglio da LB 2025:				
art. 50 aggiornamento tariffe acuti e post acuzie		77	1000	1000
art. 51, c.1 revisione LEA		50	50	50
art. 52 Piano Pandemico 2025-2029		150	150	300
art.53 acquisto dispositivi medici per perfusione, conservazione, trasporto e		10	10	10
art.56 incremento indennità PS		35	285	285
art.57 c. 3 rideterminazione quote per aziende farmaceutiche e dei grossisti e			50	50
art.58 cure palliative		10	10	10
art.59 medici formazione specialistica			120	120
art.60 psicologi in strutture penitenziarie		3	3	3
art. 61 indennità di specificità dirigenza medica e veterinaria		50	327	327
art. 62 indennità di specificità dirigenza sanitaria non medica		5,5	5,5	5,5
art.63 e1 indennità di specificità infermieristica		35	285	285
art. 63 c.2 indennità professioni sanitarie			15	150
art. 64 premialità liste di attesa		50	100	100
art. 65 comunità terapeutiche		15	15	15
Prime stime delle disposizioni relative al personale sanitario:				
Disposizioni in materia di trattamento accessorio		93	93	93
Rifinanziamento del fondo per la contrattazione pubblica- rinnovo CCNL		765	1.529	2.294
unità lavoratori interessati (dato 2021)	731.898			
retribuzione media complessiva (pro capite)	42.361			
oneri annuo (euro pro capite)	42.361			
Monte salari lordo (in milioni)(*)	42.475			
Costo complessivo (a)		765	1529	2294

(*) Fonte dei dati: MEF (PSB)

(a) il dato si basa su dati da Conto annuale 2021 per coerenza con l'impostazione contenuta nella LB 2025. La stima sale se si utilizzano i dati di Conto annuale 2022 e i rinnovi 2022-24, fino ad arrivare a circa 2,5 miliardi a regime nel 2027

https://www.quotidianosanita.it/governo-e-parlamento/articolo.php?articolo_id=125559

quotidianosanità.it

Manovra. Gimbe: "Rispetto a misure previste mancano 19 mld da qui al 2030. Nel 2027 si scende al 5,9% del Pil, minimo storico"

Secondo il report Ocse sulla sostenibilità fiscale dei servizi sanitari, la spesa sanitaria crescerà "fisiologicamente" in media del 2,6% annuo fino al 2040, spinta dal costo crescente di farmaci e tecnologie sanitarie, invecchiamento della popolazione e inflazione. "Purtroppo gli incrementi previsti dalla Manovra 2025, ben al di sotto di questa soglia, non saranno sufficienti a mantenere il passo, lasciando il nostro Ssn sempre più indietro".

"Il Disegno di Legge sulla Manovra 2025 è molto lontano dalle necessità della sanità pubblica: le risorse stanziare non bastano a risolvere un Servizio Sanitario Nazionale (SSN) in grave affanno, sono ampiamente insufficienti per finanziare tutte le misure previste dalla Manovra e mancano all'appello priorità rilevanti per la tenuta della sanità pubblica".

Queste le criticità principali emerse dall'audizione della Fondazione Gimbe presso le Commissioni Bilancio riunite di Camera e Senato, dove il Presidente ha invitato a non utilizzare la sanità come terreno di scontro politico ed ha avanzato proposte concrete per il rifinanziamento del Fondo sanitario nazionale (Fsn).

"Innanzitutto – ha spiegato il presidente di Gimbe, **Nino Cartabellotta** – il titolo dell'art. 47 'Rifinanziamento del Fabbisogno Sanitario Nazionale Standard' e ancor più le modalità con cui vengono presentati gli importi sono fuorvianti: vengono riportati solo gli incrementi cumulativi del Fsn, anziché le risorse aggiunte annualmente, con la relativa rideterminazione del Fsn. Cartabellotta ha proposto di rinominare l'art. 47 in 'Fabbisogno Sanitario Nazionale Standard' e di esplicitare per ciascun anno sia l'incremento in valore assoluto, sia l'importo rideterminato del Fsn. La Fondazione ha evidenziato come la crescita del Fsn sia nettamente insufficiente rispetto alle difficoltà della sanità pubblica di garantire in maniera equa il diritto alla tutela della salute. "L'incremento di € 2,5 miliardi per il 2025, che porta 'in dote' € 1,2 miliardi dalla Manovra 2024 – spiega Cartabellotta – aumenta il Fsn a € 136,5 miliardi, di fatto solo dell'1% rispetto a quanto già fissato nel 2024". E negli anni successivi, eccezion fatta per il 2026 (+3%), gli incrementi percentuali del Fsn sono risibili: +0,4% nel 2027, +0,6% nel 2028, +0,7% nel 2029 e +0,8% nel 2030.

"Ma soprattutto – ha rilevato Cartabellotta – emerge chiaramente la riduzione degli investimenti per la sanità rispetto alla ricchezza prodotta dal Paese, segno che il rafforzamento del Ssn e la tutela della salute non sono una priorità nemmeno per l'attuale Governo". Infatti, in termini di percentuale di Pil, il Fsn scende dal 6,12% del 2024 al 6,05% nel 2025 e 2026, per poi precipitare al 5,9% nel 2027, al 5,8% nel 2028 e al 5,7% nel 2029. "Questo trend – ha osservato Cartabellotta – riflette il continuo disinvestimento dalla sanità pubblica, avviato nel 2012 e perpetrato da tutti i Governi. L'aumento progressivo del Fsn in valore assoluto, sempre più sbandierato come un grande traguardo, è in realtà una mera illusione: perché la quota di PIL destinata alla sanità cala inesorabilmente, fatta eccezione per gli anni della pandemia quando i finanziamenti straordinari per la gestione dell'emergenza e il calo del Pil nel 2020 hanno mascherato il problema. E con la Manovra 2025 si scende addirittura sotto la soglia psicologica del 6%, toccando il minimo storico".

Misure previste.

Il Presidente ha poi presentato l'analisi dettagliata delle misure previste dall'art. 47 della Manovra 2025, evidenziando un netto divario con le risorse stanziare. Nel periodo 2025-2030, il costo complessivo delle misure ammonta a € 21.365 milioni, a cui vanno aggiunti i rinnovi contrattuali del personale sanitario, non riportati dal testo della Manovra. Costi che la Fondazione Gimbe ha stimato in € 7.649 milioni: € 3.618 milioni per il triennio 2025-2027 e € 4.031 milioni per il 2028-2030.

"Calcolatrice alla mano – ha chiosato Cartabellotta – le misure previste dalla Manovra per il periodo 2025-2030 hanno un impatto complessivo di oltre € 29 miliardi, mentre le risorse stanziare ammontano a circa € 10,2 miliardi. Con un divario che sfiora i € 19 miliardi e un Ssn già in grave affanno, è ovvio che anche le Regioni più virtuose faticeranno a implementare le misure disposte dalla Manovra e dovranno tagliare i servizi e/o aumentare le imposte regionali".

Misure non previste.

"Dalla Manovra 2025 – ha rilevato Cartabellotta – restano escluse priorità cruciali per la tenuta del Ssn. Innanzitutto, il piano straordinario di assunzione medici e infermieri, l'abolizione del tetto di spesa per il personale e risorse adeguate per restituire attrattività al Ssn, visto che le indennità di specificità sono solo briciole. Mancano inoltre risorse per ridurre/abolire il payback sui dispositivi medici e per gestire il continuo sfioramento del tetto di spesa della farmaceutica diretta, che pesa sempre di più sull'industria del farmaco". Infine, anche i 'nuovi' Lea per le prestazioni specialistiche e protesiche, attesi da ben 8 anni, rischiano di slittare oltre il 1° gennaio 2025, per esiguità delle risorse stanziare.

Il rifinanziamento del Ssn.

Secondo il report Ocse sulla sostenibilità fiscale dei servizi sanitari, pubblicato nel gennaio 2024, la spesa sanitaria crescerà "fisiologicamente" in media del 2,6% annuo fino al 2040, spinta dal costo crescente di farmaci e tecnologie sanitarie, invecchiamento della popolazione e inflazione.

"Purtroppo – ha spiegato Cartabellotta – gli incrementi previsti dalla Manovra 2025, ben al di sotto di questa soglia, non saranno sufficienti a mantenere il passo, lasciando il nostro Ssn sempre più indietro". Con il finanziamento assegnato dalla Legge di Bilancio 2025, infatti, dal 2026 ci allontaneremo dal tasso di crescita del 2,6% annuo, accumulando un gap di circa € 12 miliardi nel 2030.

Proposte per il rifinanziamento del Ssn.

Se il nostro Paese intende davvero rilanciare il Ssn – ha continuato Cartabellotta – è indispensabile avviare un rifinanziamento progressivo accompagnato da coraggiose riforme di sistema.

Perché aggiungere fondi senza riforme riduce il valore della spesa sanitaria, mentre fare riforme “senza maggiori oneri per la finanza pubblica” crea solo “scatole vuote”, come il DL anziani, il DL liste di attesa e il DdL sulle prestazioni sanitarie. Nonostante la stagnante crescita economica, gli enormi interessi sul debito pubblico e l’entità dell’evasione fiscale, con un approccio scientifico e la giusta volontà politica è possibile pianificare un incremento percentuale annuo del Fsn, al di sotto del quale non scendere, a prescindere dagli avvicendamenti dei Governi”. Seguendo le opzioni politiche suggerite dal report Ocse del gennaio 2024, la Fondazione Gimbe ha presentato in audizione proposte concrete per rifinanziare il Ssn.

Nell’impossibilità di aumentare la spesa pubblica totale visto l’inverosimile balzo del Pil nel breve-medio termine e i vincoli EU sul debito, occorre puntare sulla combinazione delle altre strategie proposte dall’Ocse. Innanzitutto, aumentare le risorse per la sanità, riallocandole da altri capitoli di spesa pubblica e/o introducendo tasse di scopo, in particolare su prodotti che danneggiano la salute (sin taxes): sigarette, alcool, gioco d’azzardo, bevande e prodotti zuccherati, e/o tassando i redditi milionari e/o gli extra-profitti di multinazionali. In secondo luogo, rivalutare i confini tra spesa pubblica e spesa privata: previo aggiornamento efficace dei Livelli Essenziali di Assistenza (le prestazioni che il Ssn è tenuto a fornire a tutte le persone, gratuitamente o dietro pagamento di ticket), occorre attuare una “sana riforma” della sanità integrativa che permetta di coprire i bisogni di salute aumentando la spesa intermediata e riducendo quella pagata di tasca dai cittadini (out-of-pocket); rivedere le compartecipazioni alla spesa sanitaria; incentivare, previa definizione di una governance nazionale, le partnership pubblico-privato. Infine, attuare un Piano Nazionale di disinvestimento da sprechi e inefficienze per aumentare il valore della spesa sanitaria.

“È ormai tempo di rimboccarsi le maniche – ha concluso Cartabellotta – abbandonando sia i proclami populisti del Governo sia le proposte irrealistiche di rifinanziamento delle forze di opposizione, evitando di fare della sanità un campo di battaglia politica. Perché senza un adeguato potenziamento del Ssn con adeguate risorse e coraggiose riforme di sistema, non resterà che assistere impotenti al suo declino: vedremo dissolversi la sua funzione di tutela universale della salute, disattendendo il principio sancito dall’art. 32 della Costituzione. Di conseguenza, è indispensabile ripensare le politiche allocative del Paese per contrastare la progressiva demotivazione e fuga del personale sanitario dal Ssn, le difficoltà di accesso alle innovazioni farmacologiche e tecnologiche, le diseguaglianze nell’accesso a servizi e prestazioni sanitarie, l’aumento della spesa privata e la rinuncia alle cure. Altrimenti, diremo definitivamente addio all’universalismo, all’uguaglianza e all’equità, principi fondanti del Ssn”.

https://www.quotidianosanita.it/governo-e-parlamento/articolo.php?articolo_id=125515

quotidianosanità.it

Incremento Fondo sanitario. Meloni a *Porta a Porta*: “Sto a sbagliare tutti i conti”. Ecco perché il presidente del Consiglio ha ragione

Giovanni Rodriguez

Con uno stanziamento di 136,5 miliardi, nel 2025 la spesa sanitaria sul Pil si dovrebbe intorno al 6,3%, al di sotto della media Ocse del 2022 (7%). Al netto del simpatico siparietto del presidente del Consiglio, calcolatrice alla mano e calcoli sbagliati, il dato fornito parla di un incremento di 391 euro di spesa pro capite tra il 2019 e il 2025. Manca però il confronto col resto d'Europa. Anche non considerando gli incrementi degli altri Paesi, la spesa pro capite italiana si collocherebbe comunque sotto la media europea visto il gap di 873 dollari registrato dall'Ocse nel 2022

31 OTT -

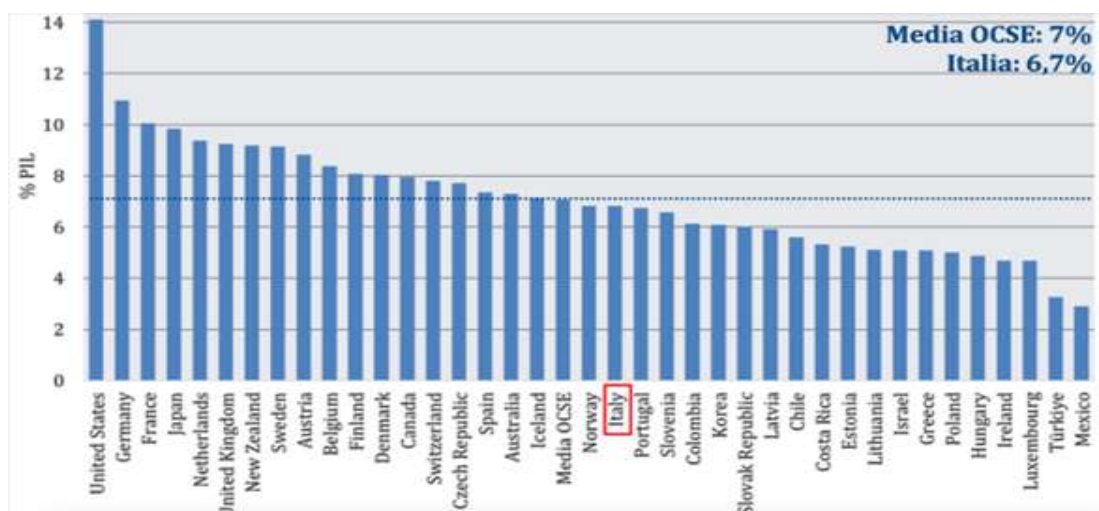
Per il 2025, grazie alla legge di Bilancio, ci saranno in tutto 136,5 miliardi per la sanità. A confermarlo nuovamente è il presidente del Consiglio, **Giorgia Meloni**, ieri sera ospite di *Porta a Porta* su Rai Uno. Rispetto all'anno precedente, ricorda correttamente Meloni, ci sarà dunque un incremento del Fondo sanitario nazionale di circa 2,5 miliardi. A questa cifra, ricordiamolo, si arriva sommando agli 1,3 miliardi stanziati dall'articolo 47 della manovra varata nei giorni scorsi dal Consiglio dei Ministri, l'importo già previsto dalla precedente manovra. La spesa sanitaria sul Pil si dovrebbe così come confermare, come annunciato dallo stesso governo, intorno al 6,3%. Se, come spiega Meloni calcolatrice alla mano, rispetto al 2019 ci sono oggi 22 miliardi in più sul Fondo sanitario nazionale rispetto ai 114,7 miliardi del 2019, resta invece pressoché invariata la spesa sanitaria sul Pil che, sempre nel 2019, si attestava al 6,4%.

LA SPESA SANITARIA E IL FABBISOGNO SANITARIO NAZIONALE STANDARD

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

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

Considerando l'incidenza sul Pil, in base ai dati Ocse, la spesa sanitaria pubblica italiana è stata nel 2022 (ultimo anno di rilevamento) pari al 6,8%, superiore a quella del Portogallo (6,7%) e della Grecia (5,1%), ma inferiore di ben 4,1 punti percentuali rispetto a quella tedesca (10,9%), di 3,5 punti rispetto a quella francese (10,3%), di 2,5 punti rispetto al Regno Unito (9,3%), e inferiore di mezzo punto anche rispetto a quella spagnola (7,3%). **L'Italia si collocava dunque al di sotto della media Ocse (7%).**



Anche l'investimento relativo al 2025 di certo non è quindi l'importante investimento di rilancio del Ssn che si vuole far intendere. Il "record" di stanziamenti sbandierato dal Governo in questi giorni lascia il tempo che trova visto che **negli ultimi quindici anni, tranne in due casi, tutti gli anni il Fondo sanitario è cresciuto segnando un nuovo "record" di stanziamenti rispetto all'anno precedente.**

Anno	Finanziamento ordinario del SSN (€/mld)	Incrementi annui (%)
2001	71,27	
2002	75,65	6,1%
2003	80,57	6,5%
2004	82,40	2,3%
2005	93,20	13,1%
2006	93,17	0,0%
2007	97,55	4,7%
2008	101,59	4,1%
2009	104,20	2,6%
2010	105,57	1,3%
2011	106,91	1,3%
2012	107,96	1,0%
2013	107,00	-0,9%
2014	109,93	2,7%
2015	109,71	-0,2%
2016	111,00	1,2%
2017	112,58	1,4%
2018	113,40	0,7%
2019	114,47	0,9%
2020	120,56	5,3%
2021	122,06	1,2%
2022	125,98	3,2%
2023**	128,87	2,3%
2024***	134,01	4,0%

Il confronto di spesa 2019-2025 fatto da Meloni dovrebbe poi tenere conto di alcuni elementi chiave quali le spese sostenute per far fronte ad una pandemia globale, l'invecchiamento progressivo della popolazione con l'incremento della domanda di salute, gli accantonamenti per i rinnovi dei contratti del settore e, soprattutto, la crescita dell'inflazione che ha ridotto pesantemente il potere d'acquisto.

Passiamo poi al dato riguardante la spesa pubblica pro capite. Qui Meloni, sempre calcolatrice alla mano, ha provato a fare un calcolo confondendo i dati dei diversi anni: "Sto a sbaglià tutti i calcoli, dai. Ho fatto un casino!". Al netto del simpatico siparietto, il dato fornito dal presidente del Consiglio parla di un incremento di 391 euro pro capite. Manca però il confronto col resto d'Europa. Facciamolo noi con i dati Ocse per contestualizzare questi dati.

La spesa sanitaria pubblica pro capite, a parità di potere d'acquisto, espressa in dollari statunitensi, l'unità di misura adottata dall'Ocse, in Italia nel 2019 era di 2629,24. Un dato ben inferiore rispetto ai 3479,87 del Regno Unito, ai 4314,28 della Francia e ai 5.389,89 della Germania.

Al 2022, ultimo rilevamento Ocse, la spesa sanitaria pro capite, a parità di potere d'acquisto, in Italia è stata di 3.255 dollari inferiore del 53% a quella della Germania (6.930), del 42% rispetto a quella della Francia (5.622) e del 27,3% rispetto al Regno Unito. **Il gap della spesa sanitaria pubblica pro capite italiana, a parità di potere d'acquisto, era di 873 dollari nel 2022 rispetto alla media europea.**

Paese	Misura	Unità	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022
Italia	Quota sul Pil	percentuale	6,6	6,5	6,4	6,4	6,4	7,3	7,1	6,8
	Prezzi correnti	Euro, milioni	109.132	110.086	111.117	113.591	114.691	121.390	126.595	130.364
	<i>Pro capite</i> , prezzi correnti	Euro	1.797	1.816	1.836	1.880	1.920	2.042	2.141	2.208
	<i>Pro capite</i> , prezzi correnti, a parità di potere d'acquisto	USD	2.299	2.436	2.489	2.582	2.629	2.850	3.051	3.255
Francia	Quota sul Pil	percentuale	8,8	9,5	9,4	9,3	9,3	10,3	10,4	10,3
	Prezzi correnti	Euro, milioni	192.743	212.653	216.742	220.786	225.859	237.676	261.037	271.218
	<i>Pro capite</i> , prezzi correnti	Euro	2.896	3.187	3.239	3.288	3.352	3.517	3.852	3.996
	<i>Pro capite</i> , prezzi correnti, a parità di potere d'acquisto	USD	3.577	4.084	4.158	4.249	4.314	4.624	5.178	5.622
Germania	Quota sul Pil	percentuale	9,4	9,5	9,6	9,7	9,8	10,8	11,1	10,9
	Prezzi correnti	Euro, milioni	285.092	297.262	312.544	325.002	341.709	367.825	398.083	423.311
	<i>Pro capite</i> , prezzi correnti	Euro	3.490	3.610	3.781	3.920	4.112	4.423	4.785	5.086
	<i>Pro capite</i> , prezzi correnti, a parità di potere d'acquisto	USD	4.461	4.786	5.043	5.291	5.390	5.911	6.424	6.930
Grecia	Quota sul Pil	percentuale	4,8	5,2	4,9	4,8	5	5,9	5,7	5,1
	Prezzi correnti	Euro, milioni	8.470	9.050	8.715	8.634	9.246	9.720	10.353	10.578
	<i>Pro capite</i> , prezzi correnti	Euro	783	840	810	804	862	909	980	1.011
	<i>Pro capite</i> , prezzi correnti, a parità di potere d'acquisto	USD	1.240	1.386	1.363	1.371	1.445	1.537	1.700	1.785
Paesi Bassi	Quota sul Pil	percentuale	8,4	8,4	8,3	8,2	8,4	9,5	9,6	8,6
	Prezzi correnti	Euro, milioni	57.972	59.201	60.951	63.675	68.267	75.845	82.034	80.944
	<i>Pro capite</i> , prezzi correnti	Euro	3.422	3.476	3.558	3.695	3.936	4.349	4.679	4.602
	<i>Pro capite</i> , prezzi correnti, a parità di potere d'acquisto	USD	4.010	4.137	4.292	4.501	4.673	5.261	5.722	5.672
Portogallo	Quota sul Pil	percentuale	5,8	5,8	5,7	5,8	5,8	6,8	7	6,7
	Prezzi correnti	Euro, milioni	10.335	10.803	11.165	11.825	12.410	13.599	15.117	16.125
	<i>Pro capite</i> , prezzi correnti	Euro	998	1.046	1.084	1.150	1.206	1.321	1.459	1.558
	<i>Pro capite</i> , prezzi correnti, a parità di potere d'acquisto	USD	1.627	1.736	1.780	1.919	1.962	2.157	2.421	2.640
Spagna	Quota sul Pil	percentuale	6,5	6,4	6,3	6,3	6,5	7,9	7,7	7,3
	Prezzi correnti	Euro, milioni	70.135	71.346	73.317	76.060	80.362	87.873	92.810	96.844
	<i>Pro capite</i> , prezzi correnti	Euro	1.510	1.535	1.574	1.625	1.705	1.855	1.957	2.042
	<i>Pro capite</i> , prezzi correnti, a parità di potere d'acquisto	USD	2.153	2.253	2.339	2.407	2.489	2.718	2.926	3.113
Regno Unito	Quota sul Pil	percentuale	7,9	7,8	7,7	7,7	7,9	10,1	10,3	9,3
	Prezzi correnti	Euro, milioni	150.857	156.745	160.040	166.529	176.717	213.071	233.063	230.461
	<i>Pro capite</i> , prezzi correnti	Euro	2.317	2.388	2.423	2.507	2.646	3.176	3.460	3.409
	<i>Pro capite</i> , prezzi correnti, a parità di potere d'acquisto	USD	3.041	3.175	3.231	3.322	3.480	4.152	4.539	4.479

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

Pur tenendo conto degli incrementi di spesa attuati dal governo italiano, ed anche senza considerare quelli che riguardano gli altri Paesi europei, l'Italia continuerebbe comunque a confermarsi ad un livello di spesa pro capite a parità di potere d'acquisto inferiore rispetto alla media europea.

https://www.quotidianosanita.it/governo-e-parlamento/articolo.php?articolo_id=125473



Performance manageriali del Ssn: da Agenas la classifica delle aziende ospedaliere e delle Asl.

Vince l'Ao Santa Croce e Carle di Cuneo. Primo test del modello su fabbisogni di personale. Resta la forbice Nord-Sud ma la Campania inverte il trend alla voce "investimenti"

Barbara Gobbi

L'Italia della sanità vede al top, tra le aziende sanitarie territoriali pubbliche, l'Aulss n.8 Berica (Vicenza), l'Ats di Bergamo, l'Aulss n. 6 Euganea, l'Aulss 1 Dolomiti e l'Ausl di Bologna. Mentre le prime 5 tra Ao e Aou sono l'Ao Santa Croce e Carle (Cn), l'Aou di Padova, l'Aou del Policlinico Tor Vergata (Roma), l'Aou Sant'Andrea (Roma), l'AOU Policlinico San Matteo (Pv).

Questa la "top five" su territorio e ospedale tracciata da Agenas che al Forum Risk Management di Arezzo ha presentato il modello di valutazione multidimensionale della performance manageriale nelle aziende ospedaliere e territoriali pubbliche.

Un report che, alla sua seconda edizione, contiene due importanti novità con l'aggiunta, appunto, della valutazione sulla sanità territoriale e di una prima applicazione, per gli ospedali, della metodologia per la determinazione degli standard di personale Ssn elaborata dalla stessa Agenzia che consente di determinare per ogni struttura il personale medico e infermieristico necessario, per singolo reparto, tenendo conto dei post letto disponibili, dei volumi di attività e della tipologia di pazienti assistiti.

Una prima applicazione centrata sui valori 2023 delle prime tre aziende ospedaliere con le migliori performance: AO Santa Croce e Carle di Cuneo, da cui emerge che le ore lavorate per la dirigenza medica sono prossime al valore del fabbisogno massimo determinato secondo la metodologia Agenas mentre le ore lavorate dagli infermieri superano il fabbisogno massimo; l'AOU Padova in cui sia per la dirigenza medica che per gli infermieri le ore lavorate superano il valore di fabbisogno massimo determinato secondo la metodologia; l'Aou S. Andrea in cui per la dirigenza medica le ore lavorate superano il valore di fabbisogno massimo determinato da Agenas mentre per gli infermieri le ore lavorate sono comprese nella forbice minimo-massimo.

«Abbiamo una mole enorme di dati e siamo prossimi, dopo un ultimo incontro con il Garante, a sbloccare l'Ecosistema dei dati sanitari o Eds. Abbiamo messo a disposizione del decisore politico nazionale che è il ministero della Salute e di quello regionale, cioè presidenti di Regione e assessori, degli elementi per capire come i soldi per la sanità si traducano in servizi sanitari e quindi perché, i presidenti, possano valutare i manager e i Dg possano modificare il comportamento della propria azienda, anche capendo come si collocano nel modo e dove devono implementare - ha detto il Dg Agenas Domenico Mantoan -. Prendiamo il cancro del colon: si può fare un esempio di politica sanitaria straordinaria, perché per effetto del combinato disposto tra screening e buon intervento chirurgico la mortalità sta diminuendo. Ma va detto che se è facile misurare le aziende ospedaliere, è molto più difficile valutare quelle territoriali e per questo abbiamo costituito un board scientifico. Il prodotto è migliorabile ma i risultati ci sono».

Mantoan si è poi soffermato sulla prima applicazione degli standard di personale e sulla richiesta di assunzioni da parte dei medici:

«Se assumiamo 30 mila persone in più dove le mettiamo? Senza standard non è possibile decidere e voglio ricordare che rispetto al 2019 abbiamo nella sanità pubblica 40mila persone in più ma non abbiamo visto una prestazione in più. Per mille motivi. Ma dove li mettiamo? Noi abbiamo provato a creare lo standard del personale in maniera scientifica, stabilendo un minimo e un massimo che è legato all'attività.».

E quanto ai soldi, «la politica decide quanti metterne in sanità: sono 140 miliardi e secondo me è stucchevole la polemica sul 6% o l'8% del Pil perché queste percentuali sono legate ai modelli organizzativi». Infine, la sollecitazione del Dg Mantoan ad attivare il territorio.

«Al netto di qualche situazione che va migliorata, il sistema oggi è retto dagli ospedali che stanno facendo il loro mestiere alla grande, compreso il Pronto soccorso. Se oggi abbiamo 25milioni in Ps è perché il cittadino trova una struttura aperta sulle 24 ore e va lì perché non trova risposte sul territorio. Quindi o ci sbrighiamo ad attivare un nuovo modello di cure primarie oppure abbandoniamo quella strada. Ma una risposta al cittadino dobbiamo darla», ha affermato.

L'analisi delle Aziende sanitarie territoriali pubbliche

Il monitoraggio si basa sulla valutazione, di 110 aziende sanitarie pubbliche, relativa a 34 indicatori classificati in 6 aree (prevenzione, distrettuale, ospedaliera, sostenibilità economica-patrimoniale, outcome) e 12 sub-aree.

Le aziende sanitarie territoriali, inoltre, sono state suddivise in quattro cluster in considerazione del numero di cittadini presi in carico, ovvero meno di 250.000 abitanti; tra i 250.000 e i 400.000 abitanti; tra i 400.000 e i 700.000 abitanti; superiori a 700.000 abitanti.

Il risultato del mix di tutte le aree analizzate porta all'individuazione di 27 aziende con una valutazione complessiva buona, 53 con valutazione intermedia, 30 con una valutazione migliorabile.

«Il quadro generale è quello di un'Italia a due dimensioni, con un Centro Nord giallo-verde e un Centro Sud giallo-rosso, già migliorativo rispetto agli anni precedenti, e l'auspicio è vedere nel 2024 una crescita di questi indicatori», ha detto Maria Pia Randazzo, Responsabile Uosd Statistica e Flussi informativi sanitari di Agenas. Critico per il Sud il capitolo screening, in particolare in Sicilia, Calabria e Campania, mentre l'Asst di Trento è al top.

Sull'assistenza territoriale, che è più variegata, il punteggio complessivo è più su livelli medi: riguarda anche le cure primarie e qui 5 aziende piemontesi (in verde) sono tra le migliori, grazie alle ospedalizzazioni evitabili. In tema di presa in carico territoriale, in assenza del flusso informativo che ci sarà dal prossimo anno, sono stati valutati il numero di assistiti per Mmg e Pls e i contatti con la guardia medica: qui vincono le Asl dell'Emilia Romagna ma anche l'Asl Medio Campidano della Sardegna.

Quanto alla presa in carico in Adi e gli assistiti in Dipartimento di salute mentale, in Rsa e gli accessi in Ps evitabili e 118, la migliore è l'azienda sanitaria territoriale Vercelli, seguita da Asl Genovese, Piacenza e Imola. Estrema la variabilità tra i contatti con il medico di continuità assistenziale.

L'Italia è più variegata per l'area dell'assistenza ospedaliera, con colorazioni verdi anche nelle Regioni del Sud e qui si indagano i processi organizzativi, la degenza media, il rispetto dei tempi d'attesa per interventi chirurgici ad alto volume come tutta l'area muscolo-scheletrica.

Qui al top sono Bolzano, Messina, Cagliari, Foggia e Brescia. Quanto alla sostenibilità economico-finanziaria, i costi pro capite vedono quasi tutto il Nord verde con qualche macchia di giallo: prime sono le Asl Berica, Euganea, Bergamo, Marca Trevigiana e Pedemontana.

Quanto al costo medio pro capite: in assoluto a Bolzano si registra il valore massimo con quasi 3mila euro pro capite mentre Napoli Nord è al minimo con 1.700 euro, ma con una capacità di offrire servizi che la porta in area "gialla".

Gli outcome sono l'elemento fondamentale: la mortalità prevenibile e trattabile vede macchie arancioni-rosse al Sud e il verde concentrato al Nord con la Marca trevigiana, Trento, PesaroUrbino, Bolzano e Scaligera al top. «Tra la prima e la ultima Asl - ha detto Randazzo - la probabilità di incorrere in una mortalità evitabile nella prima azienda è della metà rispetto alla peggiore e questo è uno dei dati su cui riflettere maggiormente».

La valutazione multidimensionale nelle Aziende ospedaliere e Aziende ospedaliere universitarie pubbliche

Rispetto al monitoraggio delle aziende ospedaliere e aziende ospedaliere- universitarie, gli indicatori presi in considerazione sono 27 classificati in 4 aree - accessibilità, processi organizzativi, sostenibilità economico-patrimoniale, investimenti - e 10 sub-aree.

Anche in questo caso, per ottenere valutazioni omogenee sono stati individuati quattro cluster con riferimento alla presenza o meno dell'Università e al numero di posti letto, inferiore o superiore a 700. Il risultato del mix di tutte le aree analizzate - spiegano da Agenas - porta all'individuazione di 13 aziende con una valutazione complessiva buona.

Oltre alle prime cinque Ao Santa Croce e Carle (Cn); Aou Padova (Pd); Aou Policlinico Tor Vergata (Rm); Aou Sant'Andrea (Rm); Aou Policlinico San Matteo (PV), 25 con valutazione intermedia e 13 con una valutazione

migliorabile. Resta il gap tra Nord e Sud, con il Meridione che oscilla tra il giallo e il rosso ma mai arriva al verde.

Due le notazioni in particolare ([per i risultati nel dettaglio si rimanda ai dati di dettaglio pubblicati da Agenas](#)): per l'area sostenibilità economico-patrimoniale la valutazione degli indicatori riscontra un lieve peggioramento a livello nazionale rispetto al 2022, ascrivibile alla sub-area dei costi operativi.

Le aziende con buone performance sono localizzate prevalentemente al centro-nord, ma anche in un'azienda della Sicilia.

Per l'area investimenti, le performance migliori sono riscontrabili nelle regioni del Sud, in particolare in Campania dove tutte le aziende raggiungono un buon punteggio di performance, con una punta di eccellenza in un'azienda del Lazio.

<https://www.sanita24.ilsole24ore.com/art/dal-governo/2024-11-28/performance-manageriali-ssn-agenas-classifica-aziende-ospedaliere-e-asl-primo-test-modello-fabbisogni-personale-resta-forbice-nord-sud-ma-campania-inverte-trend-voce-investimenti-103256.php?uuid=AGBn78RB&cmpid=nlqf>

quotidianosanita.it

Italia spaccata a metà. Le migliori performance manageriali di Asl e Ao tutte al Nord. E il Sud si conferma fanalino di coda. I dati di Agenas

di E.M.

L'Azienda Ulss 8 Berica e poi l'Asl di Bergamo l'Azienda Ulss 6 Euganea, l'Azienda Ulss 1 Dolomiti e l'Azienda Usl Bologna sono quelle che fanno registrare le migliori performance. Di contro, troviamo in fondo alla classifica l'Asl Napoli 1 Centro, l'Asp di Crotone, l'Asl di Matera, l'Asp di Enna e quella di Vibo Valentia. Presentato al Forum Risk Management di Arezzo il modello di valutazione multidimensionale della performance manageriale nelle aziende ospedaliere e territoriali pubbliche

28 NOV -

Le prime 5 Aziende sanitarie territoriali con un alto livello di performance manageriali nelle aree prevenzione, distrettuale, ospedaliera, sostenibilità economica-patrimoniale e outcome? Tutte al Nord. In testa l'Azienda Ulss 8 Berica e poi l'Asl di Bergamo l'Azienda Ulss 6 Euganea, l'Azienda Ulss 1 Dolomiti e l'Azienda Usl Bologna. Quelle invece complessivamente meno performanti? Tutte al Sud e sono capitanate dalla Asl Napoli 1 Centro seguita dall'Asp di Crotone, dall'Asl di Matera, dall'Asp di Enna e dall'Asp di Vibo Valentia.

Guidano invece la classifica delle Aziende Ospedaliere con alte performance manageriali sul fronte dell'accessibilità, gestione dei processi organizzativi, sostenibilità economico-patrimoniale e investimenti: l'Ao Santa Croce e Carle di Cuneo seguita dall'Aou Padova, dall'Aou Policlinico Tor Vergata di Roma e dall'Aou Sant'Andrea sempre nella Capitale. Chiude la cinquina l'Aou Policlinico San Matteo di Pavia.

È questa l'istantanea scattata da Agenas che ha presentato i dati aggiornati al 2023 del modello di valutazione multidimensionale della performance manageriale delle Aziende sanitarie pubbliche, ospedaliere e territoriali. L'occasione, la 19esima edizione del **Forum Risk Management in corso ad Arezzo**.

A finire sotto la lente degli analisti le attività di 110 Aziende territoriali e 51 Aziende ospedaliere. Riguardo le prime, il monitoraggio si è basato sulla valutazione di 34 indicatori classificati in 6 aree (prevenzione, distrettuale, ospedaliera, sostenibilità economica-patrimoniale, outcome) e 12 sub-aree.

Per quanto riguarda invece le Aziende ospedaliere, gli indicatori presi in considerazione sono stati 27, classificati in 4 aree (accessibilità, gestione dei processi organizzativi, sostenibilità economico-patrimoniale, investimenti) e 10 sub-aree.

A conti fatti, il mix di tutte le aree analizzate nelle Aziende territoriali ha portato all'individuazione di 30 aziende con una valutazione complessiva buona, 53 con valutazione intermedia, 27 con una valutazione

migliorabile. Invece tra le Aziende Ospedaliere, sono 13 quelle con una valutazione complessiva buona, 25 ha conquistato una valutazione intermedia e 27 hanno una valutazione migliorabile.

Ma vediamo i dati in sintesi

Le Aziende sanitarie territoriali

Le attività delle 110 Aziende territoriali, inoltre, sono state suddivise in cluster in considerazione del numero di cittadini presi in carico, ovvero meno di 250mila abitanti; tra i 250mila e i 400mila abitanti; tra i 400mila e i 700mila abitanti; superiori a 700mila abitanti.

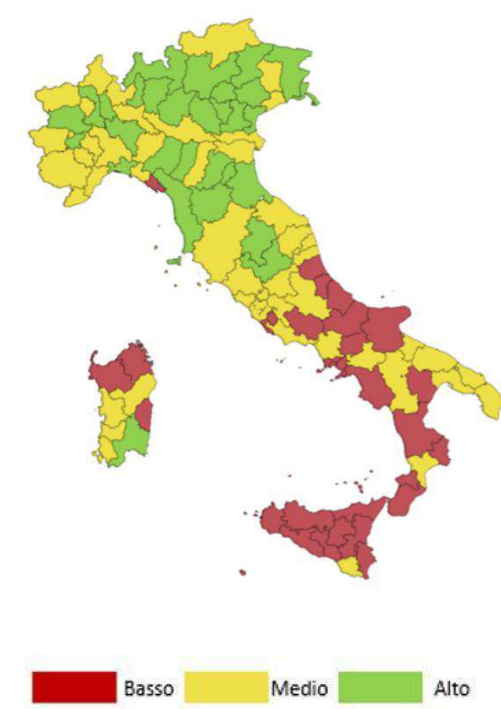
Come abbiamo visto le 5 Aziende che raggiungono un livello maggiore di performance sono l’Azienda Ulss 8 Berica; l’Ats di Bergamo; l’Azienda Ulss 6 Euganea; l’Azienda Ulss 1 Dolomiti e l’Azienda Usl Bologna. Le meno performanti sono la Asl Napoli 1 Centro seguita dall’Asp di Crotone, dall’Asl di Matera, dall’Asp di Enna e dall’Asp di Vibo Valentia.

Tabella n. 1 Livello di Performance Aziende sanitarie territoriali pubbliche

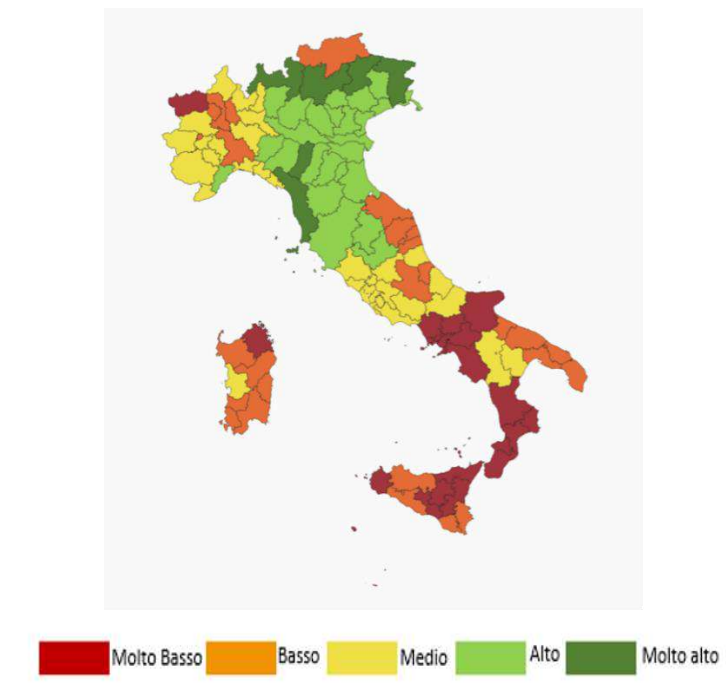
Cluster Popolazione Livello di Performance

	Alto	Medio	Basso
<250.000 ab	7	17	3
250.000-400.000 ab	7	15	6
400.000-700.000 ab	8	9	11
> 700.000 ab	5	12	10
TOTALE	27	53	30

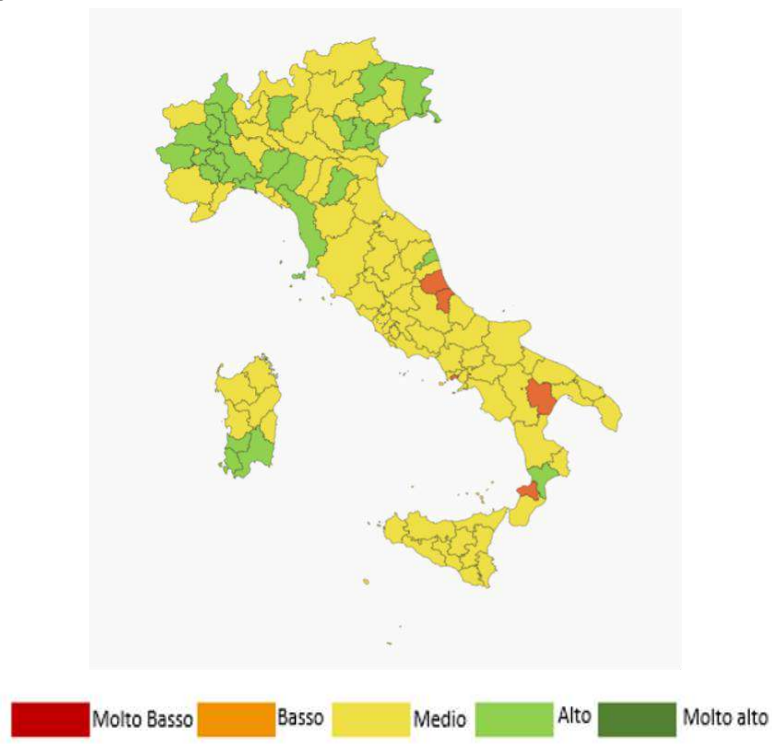
Distribuzione territoriale della performance delle Az. Sanitarie Territoriali Pubbliche



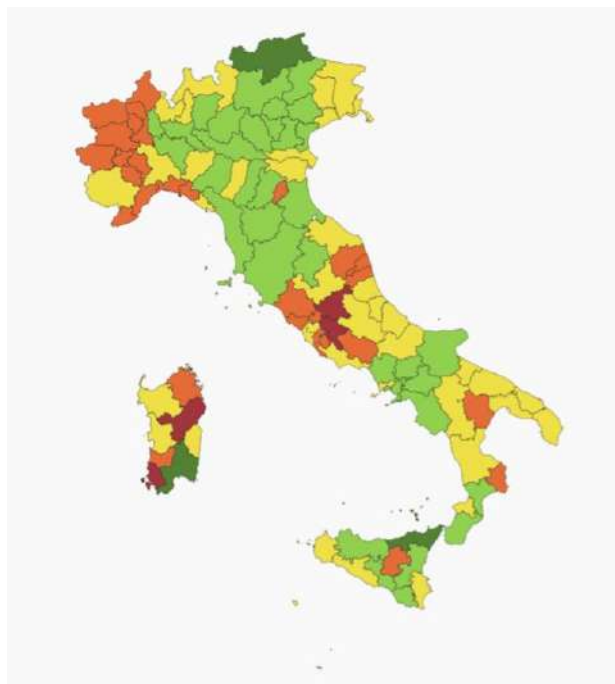
Area della Prevenzione: la valutazione degli indicatori rispetto le percentuali di screening (Mammella, Cervice, Colon) eseguiti sulla popolazione target evidenzia come le Asl delle regioni del Nord-Est registrino un livello alto/molto di screening eseguiti. Nel Nord Ovest non mancano aree critiche (Valle D’Aosta). Freno a mano tirato nelle Asl delle regioni del Centro e del Sud che presentano mediamente valori bassi. Particolarmente critiche le performance in Campania e in Calabria.



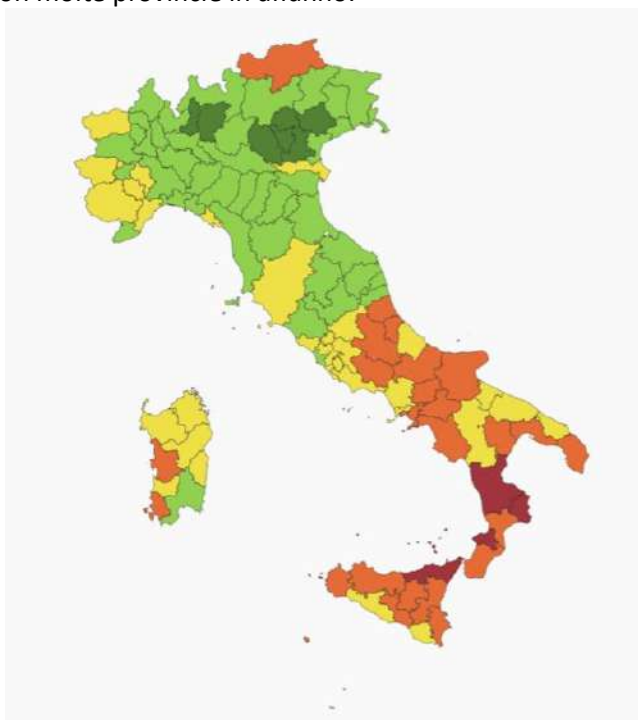
Area Assistenza distrettuale: la valutazione degli indicatori (dotazione dei servizi territoriali; cure primarie; presa in carico del territorio; ospedalizzazioni evitabili e il consumo di prestazioni di specialistica ambulatoriale) la situazione è molto omogenea a livello nazionale con la maggioranza delle Asl con un livello di performance medio.



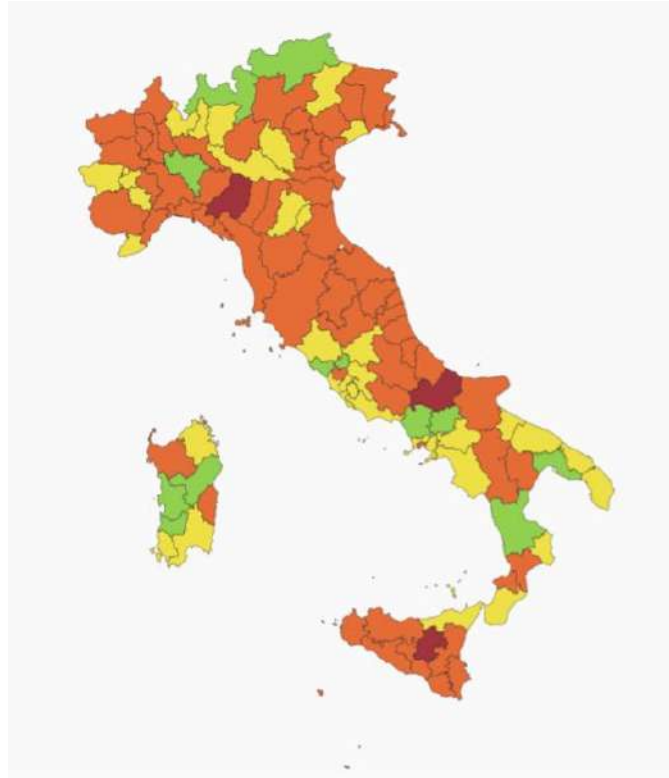
Area Assistenza ospedaliera: la valutazione degli indicatori (degenza media nei reparti di medicina interna e geriatria; l'indice di fuga per prestazioni di media e bassa complessità; il rispetto dei tempi di attesa per gli interventi di colecistectomia, protesi all'anca, ginocchio e spalla) evidenziano un comportamento variegato con il raggiungimento di alti livelli di performance sia al Nord che al Sud.



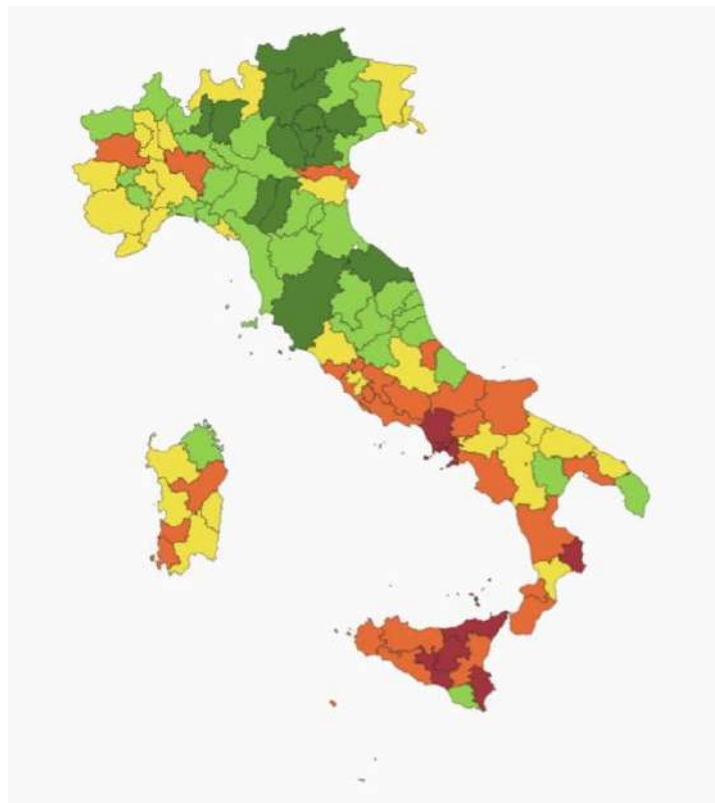
Area Sostenibilità economico-patrimoniale: la valutazione degli indicatori (costi pro-capite e l'indice di tempestività dei pagamenti) riportano performance delle Asl del Centro-Nord e registrano dei livelli maggiori rispetto a quelle del Sud, con molte provincie in affanno.



Area Investimenti: la valutazione degli indicatori (capacità di rinnovamento tecnologico e lo stato del patrimonio) evidenzia bassi livelli di performance in moltissime Asl a livello nazionale. Con pochissime eccezioni.



Area Outcome (Esiti): la valutazione degli indicatori (mortalità prevenibile e trattabile) indica come i tassi di mortalità siano molto più bassi al Centro-Nord. Fanno eccezione le Asl della Regione Lazio. Criticità al Sud, anche qui con qualche rara eccezione.



Valutazione multidimensionale nelle Aziende Ospedaliere e Aziende Ospedaliere Universitarie pubbliche
 Rispetto al monitoraggio delle aziende ospedaliere e aziende ospedaliero- universitarie, gli indicatori presi in considerazione sono 27 classificati in 4 aree (accessibilità, processi organizzativi, sostenibilità economico-

patrimoniale, investimenti) e 10 sub-aree. Anche in questo caso, al fine di ottenere valutazioni omogenee, sono stati individuati quattro cluster con riferimento alla presenza o meno dell'Università e al numero di posti letto, inferiore o superiore a 700.

Il risultato del mix di tutte le aree analizzate porta all'individuazione di 13 aziende con una valutazione complessiva buona (le prime cinque sono: AO Santa Croce e Carle (CN); AOU Padova (PD); AOU Policlinico Tor Vergata (RM); AOU Sant'Andrea (RM); AOU Policlinico San Matteo (PV), 25 con valutazione intermedia e 13 con una valutazione migliorabile.

Livello di Performance AO e AOU pubbliche

Tipologia di Azienda Livello di Performance

	Alto	Medio	Basso
AOU > 700 posti letto	7	10	3
AOU < 700 posti letto	4	3	3
AO > 700 posti letto	0	5	2
AO < 700 posti letto	2	7	5
Totale	13	25	13

Distribuzione territoriale della performance AO e AOU pubbliche

La performance complessiva delle Aziende Ospedaliere – anno 2023



■ Basso ■ Medio ■ Alto

Area accessibilità: sono stati analizzati il rispetto dei tempi di attesa di alcuni interventi chirurgici (di cui quattro interventi per tumori) e due indicatori relativi al pronto soccorso (tempo di permanenza e abbandoni). Sono cinque aziende con performance più alta, concentrate in regioni del Nord (Piemonte, Lombardia, Veneto e Toscana).



Area dei processi organizzativi: dalla valutazione degli indicatori di appropriatezza, efficienza ed attrattività, emerge come le performance di buon livello siano più presenti, sia in aziende del nord che del centro Italia. Agenas segnala che questa area è quella in cui si rileva un maggior miglioramento rispetto all'anno 2022.



Area sostenibilità economico-patrimoniale: la valutazione degli indicatori relativi a quest'area mostra un lieve peggioramento a livello nazionale rispetto al 2022, ascrivibile alla sub-area dei costi operativi. Le aziende con buone performance sono localizzate prevalentemente al centro-nord, ma anche in un'azienda della Sicilia.



Area investimenti: le performance migliori si riscontrano nelle regioni del sud, in particolare in Campania dove tutte le aziende raggiungono un buon punteggio di performance, con una punta di eccellenza in un'azienda del Lazio.



Approfondimento fabbisogno del personale

Rispetto alle aziende ospedaliere universitarie e alle aziende ospedaliere, l'Agenzia ha effettuato un approfondimento sul personale medico ed infermieristico (ore lavorate nel 2023), applicando la metodologia per la determinazione degli standard di personale del Ssn elaborata da Agenas. Questo è stato possibile a partire dall'anno in corso grazie ai dati presenti nel conto annuale del Ministero dell'economia e delle finanze-IGOP.

Lo strumento è stato sviluppato in coerenza con la riorganizzazione della rete ospedaliera di cui al Dm 70 e consente di determinare per ogni specifica struttura il personale necessario, per singolo reparto, tenendo conto dei posti letto disponibili, dei volumi di attività e della tipologia di pazienti assistiti.

Nella valutazione delle performance delle aziende ospedaliere e aziende ospedaliere universitarie, sono state verificate le ore lavorate - espresse in FTE complessivi - della dirigenza medica e degli infermieri nell'anno 2023 di tre delle prime aziende con migliore performance:

1. **AO Santa Croce e Carle** dirigenza medica: le ore lavorate convertite in FTE, sono prossime al valore di fabbisogno massimo determinato secondo la metodologia; personale infermieristico le ore lavorate superano il fabbisogno massimo.
2. **AOU di Padova**: sia per la dirigenza medica sia per gli infermieri, le ore lavorate superano il valore di fabbisogno massimo determinato secondo la metodologia.
3. **AOU S. Andrea** dirigenza medica: le ore lavorate superano il valore di fabbisogno massimo determinato; personale infermieristico: le ore lavorate sono comprese nella forbice minimo-massimo.

“Si ricorda - specifica Agenas - che il sistema di calcolo proposto permetterà ad ogni Regione di definire ogni anno un numero minimo di medici ed infermieri che consenta di aprire un reparto, nonché di ottenere l'accreditamento, e un numero massimo per farlo funzionare con efficienza. La metodologia può costituire un primo strumento di confronto sia a livello nazionale (tra diversi contesti regionali) che regionale (tra presidi ospedalieri), facendo emergere buone pratiche e, quindi, situazioni in cui la coerenza con la programmazione si coniuga con efficacia ed efficienza”.

https://www.quotidianosanita.it/studi-e-analisi/articolo.php?articolo_id=126077

Liste di attesa



Corte conti: nebbia fitta sulle azioni di contrasto e sull'impiego dei fondi anti liste d'attesa. Nel periodo Covid e post Covid risorse in funzione “tappa-disavanzi”

Corte dei Conti

Il controllo sull'attuazione delle misure assunte durante l'emergenza pandemica, con oltre 2 miliardi di euro stanziati per la riduzione delle liste d'attesa tra il 2020 e il 2024, ha evidenziato criticità nella metodologia adottata, basata su dati autocertificati da parte di Regioni e Province autonome che appaiono non omogenei, stante il mancato utilizzo di flussi informativi nazionali e di sistemi informativi strutturati, allo stato non disponibili.

È quanto emerge dall'analisi sulla Riduzione delle liste di attesa relative alle prestazioni sanitarie non erogate nel periodo di emergenza epidemiologica da Covid-19 che la Sezione centrale di controllo sulla gestione delle amministrazioni dello Stato della Corte dei conti ha approvato con Delibera n. 90/2024/G, esaminando l'adeguatezza dell'azione amministrativa posta in essere dal Ministero della Salute, in attuazione delle norme sul recupero delle liste di attesa per le prestazioni non rese a seguito della pandemia.

Il documento evidenzia le difficoltà incontrate dal Ministero stesso nello svolgimento delle attività di coordinamento e monitoraggio, sia sul versante della verifica dell'avvenuta programmazione, sia per quanto

attiene alla capacità delle autonomie territoriali nel comunicare tempestivamente il grado di raggiungimento degli obiettivi da esse programmati. I dati trasmessi, infatti, da Regioni e Province autonome - specifica la Corte - risultano spesso parziali e disomogenei e, dunque, non confrontabili fra loro per le diverse metodologie applicate alle stime dei ricoveri e delle prestazioni non erogate, con informazioni che non forniscono sempre quadri aggiornati e completi, dai quali potrebbe emergere un utilizzo regionale delle risorse stanziato maggiormente orientato al ripianamento dei disavanzi sanitari e a un abbattimento solo residuale delle liste di attesa, stante l'ampia finalizzazione prevista dalla normativa vigente che potrebbe indurre le Regioni a operare in tal senso.

Non risulta, inoltre, un meccanismo di acquisizione dati che consenta di valutare l'effettiva applicazione da parte dei soggetti attuatori (aziende sanitarie, etc.) delle misure previste in materia e, soprattutto, per verificare il corretto utilizzo delle risorse finanziarie messe in campo con la fiscalità generale. Questo - sottolinea la magistratura contabile - anche in virtù dell'assenza di risultanze sull'operatività delle sanzioni previste per stimolare le capacità di risposta delle autonomie territoriali, a seguito delle richieste di dati avanzate dal Ministero della salute per il monitoraggio sull'abbattimento effettivo delle liste di attesa. Anche sul fronte dell'attuazione delle misure assunte in epoca Covid e sull'utilizzo delle relative risorse, il Ministero ha riscontrato problematiche legate a una metodologia basata su dati autocertificati, resasi necessaria per l'assenza di sistemi informativi strutturati ai fini della rilevazione delle informazioni. Nell'ambito, dunque, della competenza statale sul coordinamento informativo, statistico e informatico dei dati, la Corte ha auspicato lo sviluppo di un apparato organizzativo e informativo per il monitoraggio sul conseguimento degli obiettivi in materia, viste anche le risorse stanziato, proprio di recente, per la riduzione del fenomeno.

<https://www.sanita24.ilsole24ore.com/art/dal-governo/2024-11-20/corte-conti-nebbia-fittazioni-contrasto-e-sull-impiego-fondi-anti-liste-d-attesa-periodo-covid-e-post-covid-risorse-funzione-tappa-disavanzi-100131.php?uuid=AG3fLZHB&cmpid=nlqf>

Sostenibilità



Schillaci, nessun taglio a sanità pubblica ma intenso lavoro riforma

di Radiocor Plus

«È necessario ribadire con fermezza che, dall'insediamento del Governo Meloni, non è stato effettuato alcun taglio alla sanità pubblica.

Al contrario, stiamo portando avanti un intenso lavoro di riforma per rafforzare un settore che ha subito anni di depauperamento.

La continua diffusione di dati inattendibili e la generalizzazione di casi singoli, sia riguardo alle liste d'attesa che agli scioperi o ai fondi, non fa altro che alimentare una narrazione distorta della realtà».

Così in una nota il ministro della Salute Orazio Schillaci.

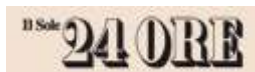
Che precisa: «La diffusione di dati non verificati e la strumentalizzazione propagandistica di casi isolati rappresentano un danno grave per il Servizio sanitario nazionale, per gli operatori sanitari e per tutti i cittadini italiani».

Schillaci sottolinea poi: «Siamo consapevoli che riformare un settore così complesso richieda tempo e dedizione, ma i primi risultati del nostro lavoro sono già visibili.

Abbiamo invertito la tendenza negativa degli anni precedenti e stiamo procedendo con determinazione verso il miglioramento del sistema. In questo percorso chiediamo la collaborazione costruttiva delle organizzazioni

sindacali per vigilare nei casi di troppe e inaccettabili scorrettezze nelle strutture sanitarie che ci raccontano purtroppo quotidianamente i media. Solo attraverso un dialogo basato su dati oggettivi e una cooperazione finalizzata al bene comune - conclude - possiamo garantire un servizio sanitario sempre più efficiente e vicino ai cittadini».

<https://www.sanita24.ilsole24ore.com/art/dal-governo/2024-11-22/schillaci-nessun-taglio-sanita-pubblica-ma-intenso-lavoro-riforma-115639.php?uid=AGrMpmKB&cmpid=nlqf>



Manovra/ Quando pagano in pochi sanità e pensionati soffrono

Claudio Testuzza

Anche nell'iter di questa ultima definizione della legge finanziaria, alcuni partiti continuano a promettere, nel sistema fiscale, l'ampliamento del tetto, da 85 mila a 100 mila euro, della "flat tax", cioè di una tassa piatta sui redditi. Stessa aliquota, 15 per cento per tutte le partite Iva.

Addirittura uguale a quella minima in vigore, senza tener conto che la nostra Costituzione impone la progressività delle imposte sul reddito. L'idea che se le aliquote delle imposte fossero più basse i contribuenti evadrebbero di meno è una favola che si sente ripetere da decenni.

Chi ricorda le vecchie imposte ante riforma fiscale del 1973 sa bene che, per fare un solo esempio, l'I.G.E., imposta generale sulle entrate - sostituita sia pure con un meccanismo diverso dall'attuale Iva - che colpiva ogni passaggio di beni o di servizi, prevedeva un'aliquota del 3% (che solo negli ultimi anni di applicazione venne elevata prima al 3,3% e poi al 4%), la sua evasione era comunque diffusissima. La verità è che, nel nostro Paese, chi propende per sfuggire al fisco ha cercato sempre espedienti per pagare il meno possibile.

Il regime della flat tax realizzato, oltre a costituire un'incomprensibile sperequazione a carico dei cittadini a basso e medio reddito provoca, per effetto della perdita delle detrazioni e delle deduzioni, una sorta di "indotto" di evasioni e di elusioni da parte dei soggetti che forniscono beni o servizi al contribuente, per cui lo stesso, può esser indotto a non chiedere fattura e pagare in contanti per usufruire di uno sconto.

Limitandosi all'ambito sanitario, non gli servirebbe più, per esempio, la fattura dei medici specialisti, degli odontoiatri, dei fisioterapisti o di altri operatori sanitari, che peraltro capita già ora che propongano al cliente uno sconto, pur di non rilasciarla.

Mentre nella sanità pubblica la gestione dell'intramoenia affidata alle aziende, ha impedito il "nero", questo risulta purtroppo ancora diffuso in certe aree geografiche e di attività.

L'evasione nel settore sanitario, forse è la più odiosa, visto che si basa sulla dipendenza psicologica dei pazienti nei confronti dei medici, rischia così di essere incoraggiata.

Altro versante che soffre di queste disparità è quello dei pensionati costretti, come tutti coloro che acquisiscono un reddito, a pagare integralmente le tasse.

Gli scaglioni e le aliquote fiscali non sono, infatti, diversificati a seconda della tipologia di reddito. Il reddito da pensione è equiparato ad un reddito da lavoro dipendente, e le trattenute fiscali vengono operate direttamente dal sostituto d'imposta.

Ma è un reddito, ricordiamo, determinato da versamenti prodotti dagli stessi lavoratori nel corso della loro vita e, soprattutto, destinato a non avere che solo parziale recupero dall'inflazione.

Nell'arco del triennio 2023-2025, una pensione che nel 2022 ammontava a 1.732 euro nette subisce un taglio complessivo di 968 euro; per una pensione netta di 2.029 euro la perdita è di 3.571 euro, e per una di 2.337 euro si arriverà a una perdita di 4.487 euro.

Chi percepisce una pensione netta di 2.646 euro, perde complessivamente 4.534 euro. Secondo un'analisi prospettica, questi tagli, proiettati sull'aspettativa di vita media, possono raggiungere cifre molto elevate: da 8.772 euro per un pensionato con 1.732 euro netti, fino a 44.462 euro per chi percepisce 2.646 euro netti.

Ma invece di combattere con fermezza l'evasione fiscale e contributiva si pensa ancora una volta di tagliare le pensioni, colpendo sempre gli stessi, già gravati da un sistema fiscale iniquo e a cui non possono sottrarsi.

Dagli ultimi dati sulle entrate fiscali le cifre rilevano due cose: che la povera Irpef, trafitta dai regimi sostitutivi e dall'evasione, si è trasformata in modo ormai strutturale in un club per pochi che pagano per tutti gli altri. E che la forte crescita economica vissuta subito dopo il Covid, e fotografata dalle dichiarazioni 2023 sui redditi 2022 oggetto dell'ultima analisi, ha modificato solo marginalmente il quadro.

Il totale dei redditi prodotti nel 2022 e dichiarati nel 2023 ai fini Irpef è ammontato a 970 miliardi, per un gettito Irpef generato di 189,31 miliardi. Valore in aumento del 6,3% rispetto allo scorso anno ma inferiore alla crescita del Pil nominale (+7,7%).

Si è modificata un poco anche la forma tradizionalmente schiacciata dalla piramide dei redditi dichiarati. In particolare salgono sia i contribuenti con redditi compresi tra i 20 e i 29mila euro (9,5 milioni) sia quelli con redditi medio-alti dai 29mila euro in su, mentre diminuiscono i dichiaranti per tutte le fasce di reddito fino a 20mila euro, che calano da 23,133 a 22,356 milioni.

Ma questi piccoli smottamenti non cambiano la sostanza della questione: il 45,16% degli italiani non ha redditi (o non li dichiara), e di conseguenza vive a carico di qualcun altro. E quel qualcuno è rappresentato dal 15,26% dei contribuenti, che dichiarando redditi superiori a 35mila euro pagano il 63,39% dell'Irpef italiana.

Una minoranza di "ricchi", e fedeli al Fisco, che paga sanità e welfare per tutti gli altri ed è stata, fin qui, esclusa da ogni forma di agevolazione.

L'evidente squilibrio presentato dal Report realizzato dal Centro Studi e Ricerche presieduto da Alberto Brambilla e presentato alla Camera in data 29 ottobre 2024, rappresenta un problema non trascurabile per l'intero sistema fiscale italiano.

I dati fanno male a chi continua a versare al fisco il dovuto se il 75,80% dei contribuenti dichiara redditi da zero fino a 29mila euro, corrispondendo solo il 24,43% di tutta l'Irpef.

Un'imposta neppure sufficiente a coprire la spesa sanitaria!

E ancora: chi guadagna dai 55mila euro in su (circa il 5% del totale) si fa carico da solo di circa il 42% del gettito fiscale e non riceve nulla in cambio.

Su una popolazione di 59.030.133 cittadini residenti sono 42.026.960 quanti hanno presentato una dichiarazione dei redditi nel 2023. A versare almeno un euro di Irpef è stata poco più della metà degli italiani. Così come sottolineato dall'Osservatorio itinerari previdenziali, quasi la totalità delle imposte dirette, 86,33% pari a circa 278 miliardi, va con l'attuale sistema principalmente a beneficio delle prime tre fasce di reddito entro i 20mila euro (circa il 53,19% degli italiani) e in parte a chi dichiara tra il 20 e i 29mila euro (22,61% dei cittadini). Viene da sé che chi paga più imposte, cioè le fasce di reddito più elevate, non beneficia dei servizi che esso stesso ha contribuito a finanziare.

Se si guarda alla sola spesa sanitaria, coloro i quali hanno redditi fino a 15mila euro godono di una differenza tra l'Irpef versata e il costo della sanità pari a 50 miliardi. Tale valore sale a 57,8 miliardi se si sommano i redditi da 15 a 20 mila euro.

L'ultima relazione sull'economia non osservata e sull'evasione tributaria e contributiva realizzata dalla commissione istituita presso il ministero dell'Economia, che viaggia in parallelo con il piano strutturale di bilancio (Psb), segnala che l'ultimo dato disponibile relativo al 2021 su quanto sfugge all'Erario è complessivamente pari a 82,4 miliardi di euro.

Un'enormità! Proprio perché sulla lotta all'evasione non si può e non si deve abbassare la guardia, la Corte dei conti nell'audizione sul Psb ha proposto una serie di interventi che vanno dall'accompagnamento alla compliance attraverso un confronto preventivo basato sulle banche dati un adeguato numero di controlli ex post, passando per una calibrazione delle conseguenze dell'evasione, sia in termini di misura e tipologia delle sanzioni applicabili, sia in termini di effettività dell'azione di riscossione coattiva in caso di mancato pagamento.

E i giudici contabili hanno messo nero su bianco anche un suggerimento specifico per Governo e Parlamento: allargare il perimetro della ritenuta d'acconto, demandandone l'effettuazione al soggetto incaricato della transazione finanziaria.

<https://www.sanita24.ilsole24ore.com/art/lavoro-e-professione/2024-10-31/manovra-quando-pagano-pochi-sanita-e-pensionati-soffrono-093054.php?uuid=AGZuwmq&cmpid=nlqf>

Il Servizio Sanitario delle diseguaglianze e delle iniquità

Alessandro Giustini

06 NOV -

Gentile Direttore,

l'articolo di [Quotidiano Sanità](#) che sintetizza il [Report del Pne](#) di Agenas è la fotografia brutale di un Sistema Sanitario che oltre a non esser più per nulla nazionale è un insieme di modalità di lavoro diversificate, interpretazioni mutevoli di Decreti e Disposizioni, applicazioni di protocolli asservite ad interessi o possibilità locali persino tra Aziende diverse persino nella medesima Regione e prima di tutto tra Regioni diverse. E poi diffusa cecità, o piuttosto ipocrisia, che copre nei competenti e nei professionisti la clamorosa evidenza di questa tragica situazione.

La funzione di sviluppo operativo e gestionale delle Aziende e di governo e controllo sia interno che verso la collaborazione con il privato da parte delle Regioni sono miseramente fallite insieme al fallimento della efficientazione degli investimenti nazionali in relazione alle potenzialità ed ai bisogni locali che era la motivazione più plausibile della Autonomia data alle Regioni. Contemporaneamente fu cancellata la capacità di controllo democratico che le Comunità avevano sulle attività della Sanità rendendo totalmente oscuro il ruolo delle responsabilità. Mentre viceversa con il termine "Azienda" divenne evidente il meccanismo fondamentalmente mercantile che si voleva far crescere all'interno del Sistema.

L'unica cosa veramente e sempre più unitaria a livello nazionale oggi è oramai la diseguaglianza, accanto alla scomparsa delle gratuità ed aggiungerei della efficacia ed efficienza!

Ed è proprio un documento di Agenas (uno dei mega organismi nati a sostegno dello "sforzo" che Regioni ed Aziende avrebbero dovuto svolgere) che attesta questa drammatica situazione. In realtà anche negli anni passati questi dati del Pne avevano evidenziato diseguaglianze e gravissime distorsioni operative. Poi tutte le attenzioni venivano orientate sui "migliori ospedali" per distogliere dalla criticità del quadro nazionale.

E infine va rammentato che i migliori risultati non sono altro che risultati del tutto dovuti in relazione all'applicazione delle dotazioni e parametri delle varie disposizioni nazionali a partire dal DM 70 e delle indicazioni della evidenza scientifica in campo clinico. Dovuti per tutti gli ospedali e non solo per i "migliori" che più ci si avvicinano! Di fronte a questi dati, come parimenti di fronte ai dati tragicomici del rispetto a livello nazionale dei LEA, non si intravede alcuna opinione o azione delle associazioni di Direttori sanitari e Generali che in sostanza ne sono gli autori responsabili: tanto i bonus vanno avanti ugualmente anche se la qualità dei risultati è come minimo molto molto discutibile!

Come non si manifesta alcuna riflessione critica da parte delle categorie mediche e professionali di coloro che sono direttamente coinvolti in queste attività e di questi "esiti". Da esperti e competenti sul piano clinico ed anche organizzativo non posso pensare che non si rendano conto delle criticità e delle carenze dei risultati del proprio lavoro a prescindere dall'impegno profuso. Le responsabilità (e gli alibi) sono sempre facili da assegnare ad altri nelle Aziende e nelle Regioni : non ci danno le risorse etc. etc.

Non posso pensare che non vedano da tempo la inadeguatezza delle impostazioni del sistema rispetto alle nuove evidenze scientifiche ed epidemiologiche, alle innovazioni organizzative che potrebbero rivitalizzare il ruolo degli ospedali (offrendo ad es. anche soluzioni alle crescenti inapproprietezze negli accessi per tante patologie e nella domanda di prestazioni con conseguenti liste di attesa) e contemporaneamente offrire soluzioni ai problemi di continuità di cura nel territorio ed a domicilio dando ad es. un nuovo ruolo ai Medici di medicina Generale.

Non posso pensare che tutti questi operatori sul campo non vedano da un lato il ritardo abnorme della revisione del DM77 (un Comitato di tante decine di componenti che "lavora" da 2 anni) e la vacuità contemporanea delle indicazioni (sempre di Agenas) su COT, Case ed ospedali di Comunità, assistenza domiciliare. Sicuramente invece possono vedere bene la massa di risorse del PNRR che vengono assorbite da queste iniziative di mattoni ed imbiancature di sepolcri. Altri tempi (e molto migliori) quando gli stessi medici e professionisti della sanità hanno lottato per costruire un Sistema Sanitario che rispondesse sia sul piano etico che clinico ai diritti dei Cittadini per la ottimale tutela della Salute.

I Sindacati lottavano in ogni modo per proposte concrete e chiare che partivano dal loro specifico campo di competenze e di impegno collegando a questo anche una naturale e doverosa prospettiva di riconoscimento economico che potesse compensare il lavoro ma anche il risultato per i Cittadini come “produttività” e parallelamente il rispetto della legge.

E tutte le forze politiche mostravano con forza quale era ritenuta l'importanza sociale e democratica di una buona sanità per tutti. Se per ipotesi il Governo trovasse i soldi che vengono chiesti a gran voce oggi potremmo vedere tutti subito acquetarsi in nome della completa soluzione dei problemi del Servizio Sanitario nazionale: ma sappiamo molto bene neppure in quel caso avremmo salvato il Ssn.

Altri tempi. Ma anche altri Sindacati, altre forze politiche?

Unica cosa che è invariata sono i Diritti di tutti i Cittadini.

https://www.quotidianosanita.it/lettere-al-direttore/articolo.php?articolo_id=125566

quotidiano**sanità**.it

Ha ragione il Governo: in molte Regioni le risorse vanno allocate meglio

Claudio Maria Maffei

21 NOV -

Gentile direttore,

in questa ormai rituale discussione sulla sanità italiana che il Governo Meloni vorrebbe ben finanziata e il resto del mondo a ragione considera sottofinanziata, in una cosa il Governo la dice giusta: le risorse vanno usate meglio.

E' quello che ieri sera dalla Gruber ha ripetuto ossessivamente Mario Sechi, che di questo Governo è uno dei più forti sostenitori, citando i tagli nel finanziamento dei vari governi che hanno preceduto quello Meloni, tagli calcolati a sproposito sulla base delle riduzioni rispetto a una previsione o a una promessa fatta e non rispetto all'effettivo finanziamento dell'anno precedente, come ricordato anche qui su QS da [Vincenzo Mapelli](#).

Della possibilità di usare meglio le risorse nessuno lo sa meglio del Governo Meloni, visto che la sua Regione di punta, le Marche, della cattiva allocazione delle risorse stanno facendo ampio sfoggio dal momento dell'insediamento della nuova Giunta di centrodestra nel 2020. Il nuovo Governo regionale ha esordito con la scelta di fare un [costoso e fallimentare screening di massa per il Covid](#) con cui vennero buttati milioni di euro per test non usati e comunque non affidabili.

Poi la nuova Giunta ha provveduto a fare marcia indietro rispetto a tre progetti di nuovi ospedali che avrebbero integrato strutturalmente tre coppie di ospedali con DEA di primo livello distanti pochi chilometri tra loro.

Ne è [derivato un programma di edilizia ospedaliera totalmente contro la norma](#) e cioè il DM 70 del 2015 (almeno tre DEA in più). Poi la scia delle allocazioni sballate è proseguita con la moltiplicazione delle Aziende con il [“superamento” dell'Azienda Sanitaria Unica Regionale](#) trasformata in 5 Aziende Sanitarie Territoriali, una delle quali ha incorporato una Azienda Ospedaliera soppressa.

I costi incrementali legati a questa scelta in totale controtendenza rispetto al resto d'Italia dovevano essere recuperati coi nuovi Atti Aziendali che debbono ancora vedere la luce (luce?) dopo quasi due anni dalla istituzione delle nuove Aziende.

Sempre a proposito di risorse allocate male, la Regione Marche ha nel 2023 ha moltiplicato per 5 i milioni spesi per i cosiddetti gettonisti (da 4 a 20), secondo [un rilievo della Corte dei Conti delle Marche](#).

Gran parte di questi fondi sono stati utilizzati per tenere in piedi i 15 Pronto Soccorso, troppi come dimostra il fatto che gran parte di loro non raggiunge il numero di accessi previsti per quel tipo di ospedale dal DM 70 (fonte: [rilevazioni Agenas](#)).

Ma siccome la Giunta di centrodestra non si fa mancare niente, in sede di nuovo Piano Socio Sanitario ha previsto tre Pronto Soccorso in più in altrettanti ospedali di area disagiata più tre quasi-Pronto Soccorso con medici specializzati (che ovviamente non ci sono) del DEA di competenza in altrettanti Ospedali di Comunità. Ma attenzione: questa allocazione delle risorse è dissennata, ma non cieca.

A beneficiare di questi “nuovi” Pronto Soccorso o aspiranti tali sono in 5 casi su 6 strutture nei bacini di utenza elettorale dell’Assessore alla Salute Filippo Saltamartini e dell’Assessore ai Lavori Pubblici Francesco Baldelli, che infatti nei loro collegi elettorali hanno fatto 2020 l’en plein di voti e contano di rifarlo nel 2025, anno delle prossime elezioni regionali.

Perché ancora le elezioni si vincono sugli ospedali e sulla sanità, come dimostra il fatto che l’attuale Assessore alla Salute ottenne nel 2020 il riconoscimento contro la norma (il DM 70 che nelle Marche in Regione non lo puoi nominare nemmeno) dello status di ospedale di area disagiata per l’ospedale del Comune di cui era al tempo Sindaco portando la neve in Regione (giuro: [leggere qui](#)).

Ma il primato di allocazione tanto dissennata quanto mirata di risorse spetta all’Assessore ai Lavori Pubblici che per l’Ospedale di area disagiata del Comune di cui è stato a lungo Sindaco ha previsto un progetto di adeguamento del costo di circa 40 milioni di fondi europei (così dicono le carte) che prevede un reparto di degenza ordinario di chirurgia generale, che in base al DM 70 non può avere, con due sale operatorie nuove per chirurgia complessa in aggiunta alle due sale operatorie appena ristrutturata per la chirurgia di giorno, che è l’unica che si può fare in quel tipo di ospedali.

Il progetto prevedeva inizialmente anche quattro posti letto di intensiva post-operatoria che sono poi stati tolti dopo che [ne avevo scritto qui su Qs](#) (lo dico io che questo quotidiano se non ci fosse bisognerebbe inventarlo). In questo stesso ospedale a proposito di risorse mal allocate la continuità dell’attuale Punto di Primo Intervento non utilizza più i medici della postazione dell’emergenza territoriale in integrazione di quelli “interni”, con un ulteriore aggravio dei costi per l’affidamento del servizio a medici non specialisti delle cooperative, [vicenda ricostruita qui su Qs dal Sindacato Medici Italiani \(Smi\) Marche](#).

Altri esempi di finanza allegra nella sanità delle Marche governata da centrodestra? La riapertura del Punto Nascita di Pesaro ([anche di questo ho scritto qui su Qs](#)) che ha portato quell’ospedale a non raggiungere nel 2023 il volume soglia di parti (500) previsto dal Programma Nazionale Esiti e a dover incrementare il ricorso ai pediatri cottimisti. Anche [la promessa di dotare tre nuovi ospedali della chirurgia robotica](#) senza alcuna valutazione preliminare di Health Technology Assessment va nella stessa direzione.

Non aggiungo altro per non sfinire chi legge oltre che me stesso con questa mortificante ricostruzione. Ma ci tenevo davvero a prendere questa volta le parti di Mario Sechi. E quando mi ricapita una occasione così?

https://www.quotidianosanita.it/lettere-al-direttore/articolo.php?articolo_id=125917

quotidianosanità.it

Povertà sanitaria. Banco farmaceutico: riguarda 463.000 persone in Italia, +8,43% rispetto al 2023. E 102.000 sono minori

Nel 2023, inoltre, la spesa complessiva delle famiglie è pari a 23,64 miliardi di euro, 1,11 miliardi in più (+3%) rispetto al 2022 (quando la spesa era di 22,535 miliardi). Tuttavia, solo 12,99 miliardi di euro (il 55%) sono a carico del SSN (erano 12,61 nel 2022, pari al 56%). Restano 10,650 miliardi (45%) pagati interamente dalle famiglie (erano 9,91 nel 2022, pari al 44%).

27 NOV - Nell’anno in corso, 463.176 persone (7 residenti su 1.000) si sono trovate in condizioni di povertà sanitaria. Significa che hanno dovuto chiedere aiuto a una delle 2.011 realtà assistenziali convenzionate con Banco Farmaceutico per ricevere gratuitamente farmaci e cure che, altrimenti, non avrebbero potuto permettersi. Rispetto alle 427.177 del 2023, c’è stato un aumento del 8,43%.

È quanto emerge dai nuovi dati sulla povertà sanitaria diffusi da Banco Farmaceutico in occasione della presentazione, alla Camera dei Deputati, del libro Tra le crepe dell’universalismo - Disuguaglianze di salute, povertà sanitaria e Terzo settore in Italia (ed. il Mulino).

Il volume, curato dall'Osservatorio sulla Povertà Sanitaria (organo scientifico del Banco, che ha sviluppato i nuovi dati sulla povertà sanitaria) è stato realizzato grazie al contributo incondizionato di ABOCA, IBSA Italy e DOC Generici.

Nel frattempo, per il settimo anno consecutivo, la spesa farmaceutica sostenuta dalle famiglie aumenta, ma la quota a carico del Servizio Sanitario Nazionale (SSN) diminuisce.

Nel 2023 (ultimi dati AIFA disponibili) la spesa complessiva delle famiglie è pari a 23,64 miliardi di euro, 1,11 miliardi in più (+3%) rispetto al 2022 (quando la spesa era di 22,535 miliardi). Tuttavia, solo 12,99 miliardi di euro (il 55%) sono a carico del SSN (erano 12,61 nel 2022, pari al 56%).

Restano 10,650 miliardi (45%) pagati interamente dalle famiglie (erano 9,91 nel 2022, pari al 44%). Vuol dire che, rispetto all'anno precedente, le famiglie hanno pagato di tasca propria 731 milioni di euro in più (+7,4%). In 7 anni (2017-2023), la spesa farmaceutica a carico delle famiglie è cresciuta di 2,576 miliardi di euro (+31,9%).

La quota a proprio carico riguarda tutte le famiglie, anche quelle povere, che devono pagare interamente il costo dei farmaci da banco a cui si aggiunge (salvo esenzioni) il costo dei ticket.

Le persone in condizioni di povertà sanitaria sono prevalentemente uomini (pari al 54% del campione, contro il 46% delle donne) e persone in età adulta (18-64 anni, pari al 58%). Resta significativa la quota di minori, che sono 102.000 (pari al 22%), più degli anziani che corrispondono al 19% (88.000 unità).

Sostanzialmente identica è la quota dei cittadini italiani (49%, pari a 225.594 unità) e di quelli stranieri (51%, pari a 237.583 unità). Considerando le condizioni di salute, i malati acuti (65%) superano in misura consistente i malati cronici (35%).

Le difficoltà riguardano anche le famiglie non povere. I dati più recenti di Istat rilevano che, complessivamente, 4 milioni 422 mila famiglie (16,8% del totale, pari a circa 9 milioni 835 mila persone) hanno cercato di limitare la spesa per visite mediche e accertamenti periodici di carattere preventivo.

Tra queste, 678 mila famiglie sono in condizioni di povertà assoluta (31% del totale, composte da circa 1 milione 765 mila persone), mentre 3 milioni 744 mila sono famiglie non povere.

Il contenimento della spesa sanitaria si persegue limitando il numero di visite e accertamenti, oppure rinviando e rinunciando a una parte delle cure necessarie.

La strada della rinuncia è seguita, complessivamente, da ben 3 milioni 369 mila famiglie. Ha rinunciato almeno una volta il 24,5% delle famiglie povere, contro il 12,8% di quelle non povere. Significa che 536 mila famiglie indigenti sono particolarmente esposte al rischio di compromettere o peggiorare la propria salute.

“Contrastare la povertà sanitaria - ha dichiarato **Sergio Daniotti**, presidente della Fondazione Banco Farmaceutico Ets - significa praticare gesti di gratuità in grado di aiutare, concretamente, le persone che hanno bisogno; ma anche approfondire il fenomeno attraverso un lavoro culturale che contribuisca a far prendere sempre più coscienza dell'entità del fenomeno, e dell'importanza di quel sistema di realtà del Terzo settore che, insieme alla sanità pubblica e privata, sta garantendo la sostenibilità di un Servizio Sanitario Nazionale il cui universalismo è sempre più a rischio. I dati e le analisi del nostro Osservatorio sulla Povertà Sanitaria raccontano di un Paese in cui le persone fragili faticano a prendersi cura della propria salute, ma indicano anche nella collaborazione ampia e consapevole tra tanti soggetti (realtà non profit, farmacisti, medici, aziende, cittadini e istituzioni) il metodo per rispondere alla loro esigenza di benessere integrale, fatto di esigenze fisiche, ma anche spirituali, di cure mediche e farmacologiche, ma anche di accoglienza e comprensione”.

https://www.quotidianosanita.it/studi-e-analisi/articolo.php?articolo_id=126028



<https://www.quotidianosanita.it/allegati/allegato1732713049.pdf>

One Health, clima e salute

quotidianosanita.it

L'Oms chiede l'integrazione urgente della salute nei negoziati sul clima in vista della Cop29

Sviluppato dall'Oms in collaborazione con oltre 100 organizzazioni e 300 esperti, il rapporto speciale COP29 su cambiamenti climatici e salute identifica politiche critiche in tre dimensioni integrate: persone, luogo e pianeta. Il rapporto delinea azioni chiave volte a proteggere tutte le persone, in particolare i circa 3,6 miliardi di persone che vivono in aree maggiormente suscettibili ai cambiamenti climatici.

08 NOV -

Con il lancio del rapporto speciale della COP29 su clima e salute e di una guida tecnica sui contributi sani determinati a livello nazionale, l'Oms esorta i leader mondiali alla COP29 ad abbandonare l'approccio isolato per affrontare il cambiamento climatico e la salute. Sottolinea l'importanza di posizionare la salute al centro

di tutti i negoziati, strategie, politiche e piani d'azione sul clima, per salvare vite e garantire un futuro più sano per le generazioni presenti e future.

"La crisi climatica è una crisi sanitaria, il che rende la priorità della salute e del benessere nell'azione per il clima non solo un imperativo morale e legale, ma un'opportunità strategica per sbloccare benefici trasformativi per la salute per un futuro più giusto ed equo", ha affermato il dott. **Tedros Adhanom Ghebreyesus**, direttore generale dell'Oms. "La COP29 è un'opportunità cruciale per i leader globali di integrare le considerazioni sulla salute nelle strategie per adattarsi e mitigare il cambiamento climatico. L'Oms sta supportando questo lavoro con linee guida pratiche e supporto per i paesi".

Sviluppato dall'Oms in collaborazione con oltre 100 organizzazioni e 300 esperti, il rapporto speciale COP29 su cambiamenti climatici e salute identifica politiche critiche in tre dimensioni integrate: persone, luogo e pianeta. Il rapporto delinea azioni chiave volte a proteggere tutte le persone, in particolare i circa 3,6 miliardi di persone che vivono in aree maggiormente suscettibili ai cambiamenti climatici.

Il rapporto sottolinea l'importanza della governance che integra la salute nel processo decisionale sul clima e il clima nel processo decisionale sulla salute, essendo essenziale per il progresso. Le principali raccomandazioni del rapporto includono:

- Fare della salute e del benessere umano la misura principale del successo climatico per catalizzare il progresso e garantire un adattamento e una resilienza incentrati sulle persone;
- Porre fine ai sussidi e alla dipendenza dai combustibili fossili riallineando i sistemi economici e finanziari per proteggere sia la salute delle persone sia l'ambiente, attraverso investimenti in alternative pulite e sostenibili che riducano le malattie legate all'inquinamento e taglino le emissioni di carbonio;
- Mobilitare finanziamenti per iniziative legate al clima e alla salute, in particolare per rafforzare sistemi sanitari reattivi e sostenere il personale sanitario, creando sistemi sanitari resilienti e a prova di clima per proteggere la salute e salvare vite umane;
- Investire in soluzioni comprovate; solo 5 interventi – dai sistemi di allerta sanitaria per il caldo, all'energia pulita per le famiglie, alla fissazione di prezzi efficienti per i combustibili fossili – salverebbero quasi 2 milioni di vite all'anno e apporterebbero 4 dollari di benefici per ogni dollaro investito;
- Concentrare maggiormente l'attenzione sul ruolo delle città nei risultati sanitari, attraverso una progettazione urbana più sostenibile, energia pulita, alloggi resilienti e servizi igienici migliorati;
- Aumentare la protezione e il ripristino della natura e della biodiversità, riconoscendo i benefici sinergici per la salute derivanti dall'aria pulita, dall'acqua e dalla sicurezza alimentare.

"La salute è l'esperienza vissuta del cambiamento climatico - **Maria Neira**, Direttrice, Ambiente, Cambiamento climatico e Salute, Oms -. Dando priorità alla salute in ogni aspetto dell'azione per il clima, possiamo sbloccare benefici significativi per la salute pubblica, la resilienza climatica, la sicurezza e la stabilità economica. La salute è l'argomento di cui abbiamo bisogno per catalizzare un'azione urgente e su larga scala in questo momento critico".

Rafforzare l'azione dell'Oms su salute e clima

I Climate NDC o Nationally Determined Contributions sono piani e impegni nazionali assunti dai paesi nell'ambito dell'Accordo di Parigi. Mentre la salute è identificata come una priorità nel 91% degli NDC, pochi delincono azioni specifiche per sfruttare i benefici per la salute della mitigazione e dell'adattamento al clima o per proteggere la salute dai rischi correlati al clima.

Per supportare i paesi a integrare meglio la salute nelle loro politiche climatiche, l'Oms ha pubblicato oggi i criteri di qualità dell'Oms per l'integrazione della salute nei contributi determinati a livello nazionale: NDC sani. La guida delinea azioni pratiche per i ministeri della salute, i ministeri dell'ambiente e altri settori determinanti per la salute (ad esempio trasporti, energia, pianificazione urbana, acqua e servizi igienici) per incorporare considerazioni sulla salute nelle loro politiche e azioni di adattamento e mitigazione.

Questa guida tecnica funge da quadro concreto per implementare le raccomandazioni incluse nel rapporto speciale COP29 dell'Oms, affrontando aree chiave come leadership e ambiente abilitante; circostanze

nazionali e priorità politiche; mitigazione; adattamento; perdite e danni; finanza; e implementazione. L'integrazione della salute nei piani climatici supporterà:

- affrontare gli impatti sulla salute: affrontare i diversi effetti sulla salute causati dai cambiamenti climatici;
- rafforzare i sistemi sanitari: migliorare la resilienza climatica e la decarbonizzazione nei sistemi sanitari;
- e promuovere i benefici collaterali: concentrandosi sui settori chiave che hanno una forte influenza sia sulla salute che sulla mitigazione e l'adattamento ai cambiamenti climatici, come i trasporti e l'energia.

Oltre alle proprie iniziative, l'Oms convoca 90 paesi e 75 partner attraverso l'Alleanza per l'azione trasformativa su clima e salute (ATACH). Questa piattaforma è stata creata per promuovere gli impegni presi alla COP26 per la creazione di sistemi sanitari sostenibili e resilienti al clima. ATACH promuove l'integrazione del nesso tra cambiamenti climatici e salute nei rispettivi piani nazionali, regionali e globali utilizzando il potere collettivo degli Stati membri dell'Oms e di altri stakeholder per portare avanti questo programma con urgenza e scala.

https://www.quotidianosanita.it/scienza-e-farmaci/articolo.php?articolo_id=125629

THE LANCET
Planetary Health

Questo diario Riviste Pubblicare Clinico Salute globale Multimedia Eventi Di

COMMENTO · Online per la prima volta, il 7 novembre 2024 · Accesso Libero

Nessuna soluzione miracolosa, nessuna scorciatoia: affrontare i determinanti commerciali della crisi climatica

Benjamin Legno ^{un} · Penelope Milsom ^b · Sharon Friel ^c

L'anno scorso la 28a Conferenza delle Parti delle Nazioni Unite sui Cambiamenti Climatici (COP28) ha posto saldamente la salute nell'agenda globale sui cambiamenti climatici. Molti sperano che la prossima COP29 in Azerbaigian si baserà su questo slancio.

Tuttavia, sebbene importante, non ci sono dubbi sul fatto che porre al centro la salute umana nei negoziati sui cambiamenti climatici non sarà sufficiente a guidare l'azione necessaria per prevenire un clima catastrofico e un crollo ecologico.

In definitiva, gli sforzi per proteggere la salute delle generazioni attuali e future e degli ecosistemi naturali da cui dipende la vita devono concentrarsi sul confronto con il potere dell'industria dei combustibili fossili e sulla trasformazione del sistema politico-economico dominante in cui è incastonata. ¹

Una lente sui determinanti commerciali della salute, che evidenzia le pratiche delle entità commerciali e il sistema più ampio che le abilita e le limita, può fornire importanti spunti. ²

Per decenni, l'industria dei combustibili fossili ha sfruttato le sue risorse di lobbying, l'accesso privilegiato ai decisori politici e l'importanza strutturale unica nelle economie per impedire l'azione del governo su questioni critiche legate al clima e all'ambiente. ³ L

a sua campagna di pubbliche relazioni di lunga data ha messo in dubbio le cause e gli impatti del crollo climatico, minimizzato la fattibilità e l'impatto delle energie rinnovabili ed esagerato l'importanza dei combustibili fossili nel garantire l'accessibilità e la sicurezza dell'energia. ⁴ Allo stesso tempo, l'industria dei combustibili fossili ha cercato di presentarsi come un attore legittimo e integrante nella transizione globale verso le energie rinnovabili. ⁴

L'industria dei combustibili fossili, ovviamente, non opera nel vuoto. In termini generali, il suo potere ampiamente sfrenato è incorporato in un più ampio sistema cosiddetto consumistico di istituzioni, attori, politiche e norme che incentiva e sostiene lo sfruttamento delle risorse naturali, insieme al consumo eccessivo

di beni e servizi dipendenti dai combustibili fossili, indipendentemente dai costi ambientali, sociali e sanitari.¹

Questo sistema è profondamente plasmato da, e rafforza ulteriormente, squilibri di potere esistenti che favoriscono in larga misura l'accumulo di profitti macchiati dai combustibili fossili per un'élite benestante.

Il meccanismo di risoluzione delle controversie tra investitori e stati, inizialmente istituito negli anni '60 per proteggere i beni dei colonizzatori provenienti da stati di recente indipendenza e che ora consente facilmente alle società di combustibili fossili e agli investitori di citare in giudizio i governi per aver preso provvedimenti sul cambiamento climatico, fornisce un esempio di tali dinamiche.⁵

Anche il ruolo del militarismo e dell'imperialismo nella propagazione del sistema consumistico non dovrebbe essere trascurato. Negli ultimi anni, la spesa militare per sostenere le forniture globali di combustibili fossili è aumentata a molti miliardi di dollari USA.⁶

Gli eserciti sono anche i maggiori consumatori di combustibili fossili al mondo; l'impronta di carbonio dell'esercito statunitense da sola è maggiore di quella di interi paesi industrializzati come Portogallo e Danimarca.⁷

Tuttavia, il sistema consumistico è socialmente costruito e dinamico, e può quindi essere interrotto e trasformato per realizzare molteplici obiettivi interconnessi di equità sanitaria planetaria.

Una lente sui determinanti commerciali della salute aiuta a illuminare l'ampia gamma di azioni che possono rendere ciò una realtà. Tra le numerose possibilità, esempi chiave includono l'eliminazione di tutte le forme di sussidi per i carburanti e lo spostamento degli investimenti pubblici verso percorsi economici sostenibili; l'uso della politica monetaria per porre restrizioni agli investimenti privati nell'industria dei combustibili fossili e in altri settori problematici (ad esempio, l'agricoltura industriale); l'aumento della proprietà pubblica nel settore delle energie rinnovabili; e l'assoggettamento dell'industria dei combustibili fossili alla sua versione della Convenzione quadro sul controllo del tabacco per limitare severamente la sua interazione con i decisori negli spazi politici nazionali e nei forum internazionali pertinenti (ad esempio, le COP).

Devono essere adottate anche misure per garantire una transizione energetica equa all'interno e tra i paesi. Ciò è particolarmente importante per molte comunità nei paesi a basso e medio reddito, meno responsabili, ma sproporzionatamente gravate dagli impatti del clima e del crollo ecologico.

A tal fine, le azioni chiave includono la garanzia della giustizia del debito e di un finanziamento equo per il clima per perdite e danni e per la transizione verso l'energia rinnovabile, e l'istituzione di meccanismi per garantire che comunità e governi mantengano la sovranità sulle proprie risorse naturali e possano chiedere conto a potenti attori privati. I principali ostacoli alla garanzia dei suddetti cambiamenti strutturali sono politici, non tecnici. Indipendentemente dai risultati della COP29, la comunità sanitaria deve dare priorità all'aumento del suo sostegno a sforzi più ampi volti a delegittimare le idee e le narrazioni che descrivono il cambiamento che abilita la salute come vicoli ciechi politici.

C'è anche un ruolo importante da svolgere nel promuovere alternative incentrate sulla sostenibilità e sulla giustizia,⁸ come elevare le visioni del mondo indigene per ampliare la comprensione collettiva della salute,⁹ e spingere per modelli economici che forniscano benessere condiviso.¹⁰

Affinché si verifichi un cambiamento efficace e giusto, i confini disciplinari e geografici dovranno essere trascesi e la partecipazione significativa delle comunità emarginate nei principali forum decisionali dovrà essere garantita.

Alcuni potrebbero considerare che tali azioni esulano dal tradizionale mandato della salute pubblica e che la comunità sanitaria dovrebbe concentrarsi solo sulla decarbonizzazione del sistema sanitario.

Tuttavia, per evitare risultati catastrofici di equità sanitaria planetaria, non ci sono soluzioni miracolose né scorciatoie.

[https://www.thelancet.com/journals/lanplh/article/PIIS2542-5196\(24\)00278-X/fulltext?dgcid=raven_jbs_aip_email](https://www.thelancet.com/journals/lanplh/article/PIIS2542-5196(24)00278-X/fulltext?dgcid=raven_jbs_aip_email)

Colmare il divario di genere, clima e salute: la strada verso la COP29

Kim Robin van Daalen, PhD ^{a, b, c} · Dott.ssa Laura Jung · Sara Dada, laurea magistrale · Razan Othman, laurea in medicina e chirurgia, Dott.ssa Alanna Samios · Ruiz · Dott.ssa Grace Zurielle Malolos · e altri [Mostra altro](#)

Riepilogo

Concentrandosi specificamente sul nesso genere-clima-salute, questa Personal View si basa su lavori e analisi femministe esistenti per discutere perché gli approcci intersezionali alla politica climatica e la rappresentanza inclusiva nel processo decisionale sul clima siano cruciali per raggiungere soluzioni giuste ed eque per affrontare gli impatti del cambiamento climatico sulla salute umana e sulle società.

Questa Personal View evidenzia come donne, ragazze e persone con diversità di genere spesso affrontino impatti sproporzionati sulla salute correlati al clima, in particolare coloro che sperimentano vulnerabilità aggravate e sovrapposte a causa di sistemi di oppressione attuali e precedenti. Riassumiamo l'insufficiente inclusione significativa di genere, salute e la loro intersezione nella governance climatica internazionale.

Nonostante la tendenza a confondere l'uguaglianza di genere con la rappresentanza basata sui numeri, la governance climatica nell'ambito dell'UNFCCC (1995-2023) rimane dominata dagli uomini, con diversi paesi che si prevede impiegheranno più di un decennio per raggiungere la parità di genere nelle delegazioni dei loro partiti.

Promuovere una maggiore attenzione alle questioni di genere nelle politiche e nell'attuazione del clima e promuovere un'equa partecipazione alla governance climatica non solo migliorerà l'inclusività e l'efficacia delle strategie nazionali, ma contribuirà anche a creare società più resilienti, eque e sane.

Introduzione

Mentre il mondo si prepara per il 29° vertice sul clima della Conferenza delle Parti delle Nazioni Unite (COP29) a Baku, in Azerbaigian, le preoccupazioni sulla rappresentanza di genere e l'uguaglianza si sono riaccese dopo la nomina iniziale di 28 uomini e nessuna donna al comitato organizzatore della COP29 nel gennaio 2024. ¹

Questa decisione ha suscitato aspre critiche, con la Women and Gender Constituency, insieme ad altre circoscrizioni di osservatori e oltre 180 organizzazioni della società civile, che chiedono che l'uguaglianza di genere sia al centro della presidenza della COP29 e dei suoi risultati. ²

Sia i cambiamenti ambientali a lenta insorgenza (ad esempio, innalzamento del livello del mare, aumento delle temperature, siccità) sia gli eventi a insorgenza improvvisa indotti dai cambiamenti climatici (ad esempio, forti piogge, tempeste, inondazioni) esacerbano le disuguaglianze sistemiche e colpiscono in modo sproporzionato le popolazioni emarginate, in particolare quelle che vivono in aree a basso reddito. ³

Le popolazioni più colpite dai cambiamenti climatici tendono a essere quelle meno responsabili delle emissioni di gas serra e spesso non sono sufficientemente riconosciute o considerate prioritarie nella governance climatica globale. ^{4,5}

Sebbene i contesti locali possano variare e intersecarsi con altre caratteristiche sociali (ad esempio, classe, razza, capacità, sessualità, età, posizione geografica), donne, ragazze e minoranze di genere sono spesso particolarmente a rischio di impatti negativi correlati al clima. ^{6,7}

Questi impatti negativi includono minacce alla loro salute, un'area tradizionalmente trascurata nel discorso sui cambiamenti climatici. ^{8,9}

Nonostante decenni di sforzi per integrare le considerazioni di genere all'interno della Convenzione quadro delle Nazioni Unite sui cambiamenti climatici (UNFCCC), i progressi sono stati lenti. ¹⁰⁻¹³

Le studiosse femministe hanno costantemente notato che l'enfasi rimane principalmente sul raggiungimento di un equilibrio di genere nella governance del clima, piuttosto che esplorare temi come la reattività di genere, l'uguaglianza di genere o il trasferimento equo e pulito di tecnologie. ¹⁰⁻¹³

L'UNFCCC non riconosce sufficientemente il ruolo del cambiamento climatico nel peggioramento degli impatti sulla salute di genere, tra cui la violenza di genere e la salvaguardia della salute riproduttiva e materna nel contesto del cambiamento climatico. [11,14](#)

Inoltre, sebbene la necessità di un equilibrio di genere sia spesso evidenziata, la governance del cambiamento climatico continua a essere dominata dalla sproorzionata rappresentanza di uomini (cisgender), [15](#) rischiando l'esclusione di esigenze e prospettive diverse e minando un processo decisionale efficace. [16](#)

In questa Personal View, ci concentriamo specificamente sul nesso genere-clima-salute e ci basiamo su lavori e analisi femministe esistenti [7,10,11,17-20](#) per discutere perché gli approcci intersezionali alla politica climatica e la rappresentanza inclusiva nel processo decisionale sul clima siano cruciali per raggiungere soluzioni giuste ed eque per affrontare gli impatti del cambiamento climatico sulla salute umana e sulle società.

Questo lavoro è contestualizzato da: revisione di alcuni dei principali impatti di genere sulla salute segnalati del cambiamento climatico; sintesi delle principali decisioni e iniziative su genere, salute e la loro intersezione nella storia dell'UNFCCC; e valutazione quantitativa del divario di genere nelle delegazioni dei partiti alle COP dal 1995 (COP1) al 2023 (COP28) e le tempistiche stimate per raggiungere la parità di genere in queste delegazioni.

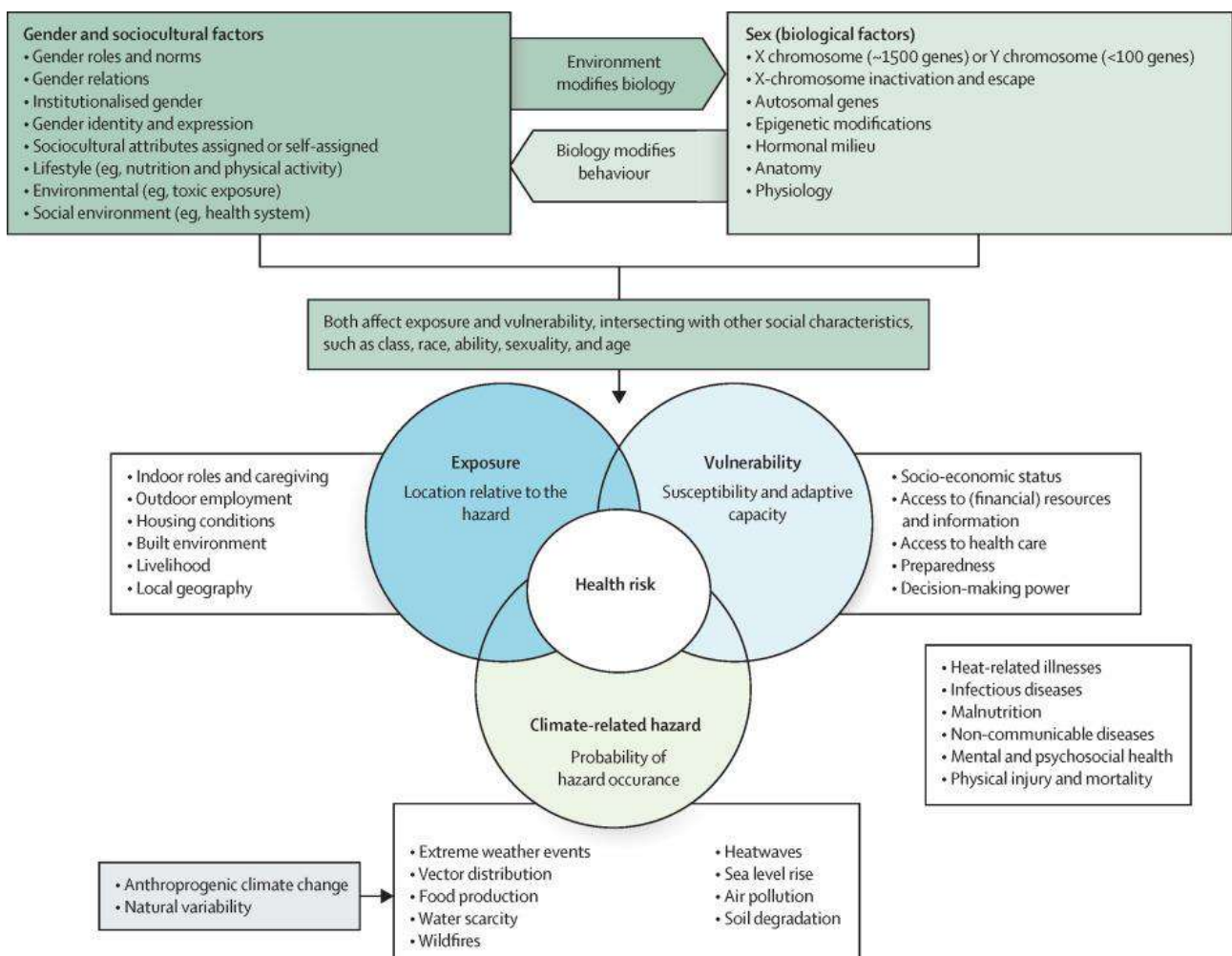


Figura 1 Genere, cambiamenti climatici e impatti sulla salute

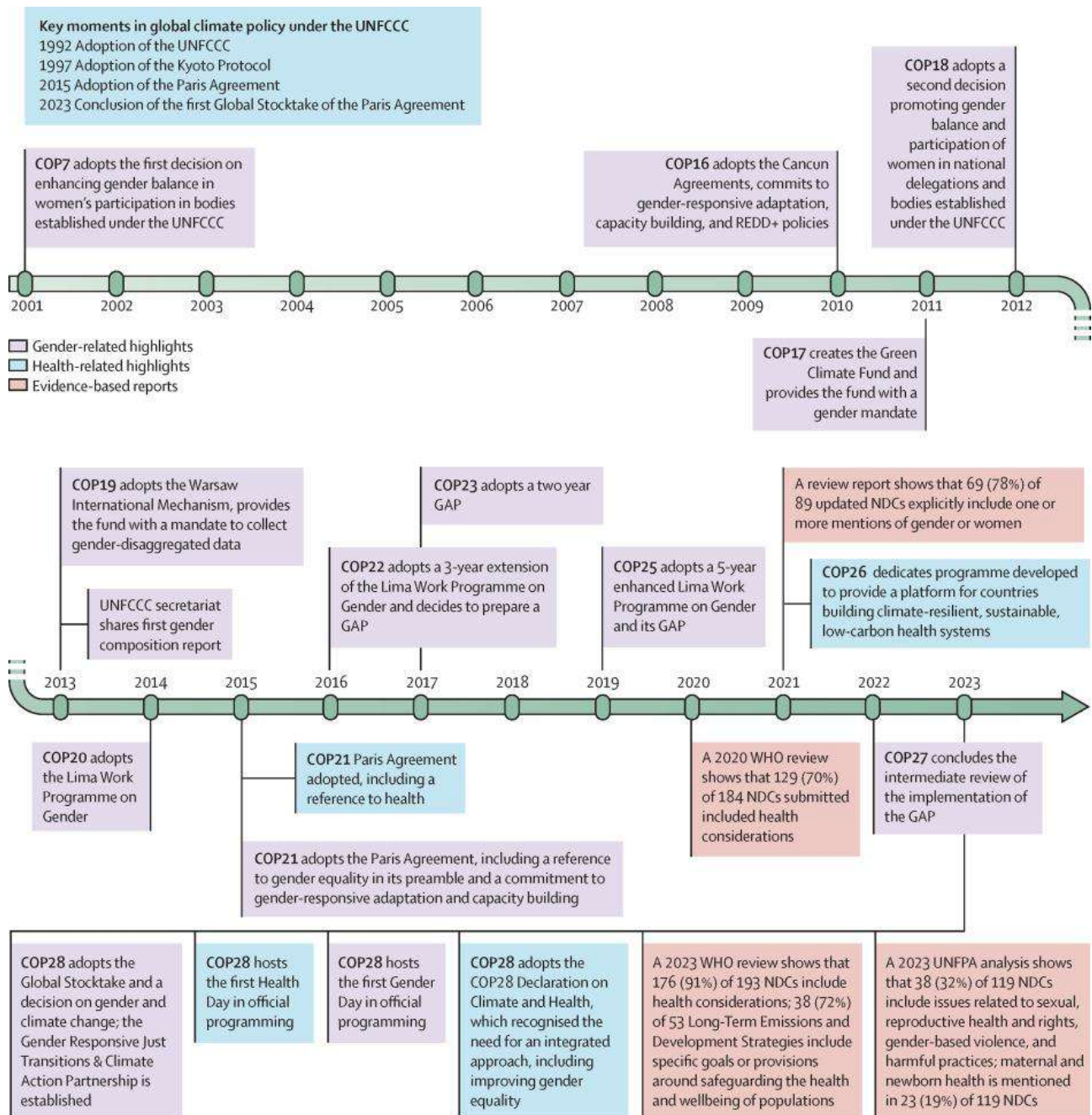


Figura 2 Cronologia riassuntiva delle principali decisioni e iniziative in materia di salute e genere nell'UNFCCC (1992-2023)¹¹¹⁻¹¹⁴

Un momento cruciale per il riconoscimento del genere si è verificato alla COP7 del 2001, che ha segnato la prima decisione formale di migliorare la partecipazione delle donne al processo decisionale sul clima (figura 2).¹¹

Tuttavia, meccanismi solidi per migliorare la partecipazione delle donne non sono stati introdotti fino al 2009. Tali meccanismi includono l'istituzione della Women and Gender Constituency e il lancio del Women's Delegate Fund,^{117,118} che hanno svolto un ruolo cruciale nel sostenere approcci sensibili al genere e trasformativi del genere nell'azione per il clima e nel sostenere la partecipazione delle donne alla governance del clima.¹¹

Le successive decisioni multilaterali hanno ulteriormente istituzionalizzato il genere all'interno dell'UNFCCC, portando a sforzi più strutturati e continui per integrare il genere nella governance del clima.¹¹

Esempi includono gli Accordi di Cancun alla COP16 e il Programma di lavoro di Lima sul genere (LWPG) adottato alla COP20, insieme al Gender Action Plan (GAP), che è stato accettato per la prima volta alla COP23.

Il GAP stabilisce le priorità in cinque aree tematiche per promuovere la conoscenza e la comprensione dell'azione climatica sensibile al genere.

Nel complesso, l'accordo di Parigi, adottato alla COP21, riconosce l'uguaglianza di genere e l'emancipazione delle donne, in particolare nell'adattamento e nel rafforzamento delle capacità.

Tuttavia, i paesi hanno assunto questi impegni solo in misura limitata nei loro contributi determinati a livello nazionale (NDC), che tendono a concentrarsi sull'equilibrio di genere rispetto a politiche e azioni sostanziali sensibili al genere. [119](#)

Più di recente, alla COP28, è stata lanciata la Gender-Responsive Just Transition and Climate Action Partnership. Approvata da 60 parti, la partnership include un pacchetto di impegni riguardanti dati, finanziamenti e pari opportunità per garantire che l'azione per il clima e la transizione verso un'economia a basse emissioni di carbonio siano gender-responsive. [120](#) parti hanno inoltre concordato di rivedere l' LWPG e il GAP per affrontare progressi, sfide, lacune e priorità nell'implementazione del GAP entro la COP29. [121](#)

Il primo bilancio globale alla COP28, una valutazione formale dei progressi verso la mitigazione del riscaldamento globale dall'accordo di Parigi, ha rinnovato l'incoraggiamento per politiche gender-responsive, con diverse organizzazioni chiave (ad esempio, il Green Climate Fund) che si sono impegnate a integrare il genere. [122](#)

Nonostante questi progressi, le attuali considerazioni di genere sembrano rimanere ampiamente focalizzate sulle strategie di adattamento climatico fino ad oggi, trascurando gli impatti cruciali di genere degli sforzi di mitigazione, l'agenda delle perdite e dei danni e i finanziamenti per il clima. [11.116](#)

Dal punto di vista sanitario, si registrano anche lenti progressi ([figura 2](#)). [115](#)

Nonostante il diritto umano alla salute sia stato riconosciuto nell'Accordo di Parigi nel 2015, solo nel 2017 la salute ha acquisito rilevanza politica nello spazio COP: quando la presidenza della COP23 ha incaricato l'OMS di produrre il rapporto speciale COP24 su clima e salute. [123](#)

Poco dopo, è stato lanciato a Glasgow il Programma sanitario della COP26, un'iniziativa per la creazione di sistemi sanitari sostenibili a basse emissioni di carbonio, resilienti al clima o entrambi. Sulla base di questo slancio, l'Alleanza per l'azione trasformativa su clima e salute è stata presto istituita come piattaforma per supportare l'attuazione di questi impegni, a cui si sono impegnati 84 paesi a partire da ottobre 2024. [124](#)

Risultati più concreti potrebbero essere osservati durante la COP28, con la prima riunione ministeriale clima-salute convocata, l'approvazione della Dichiarazione COP28 su clima e salute da parte di 151 paesi (a ottobre 2024), la prima giornata ufficiale della salute, il numero più alto di eventi collaterali clima-salute e impegni di finanziamento di oltre 1 miliardo di dollari dedicati a clima e salute. [115](#)

Le valutazioni degli NDC e i loro aggiornamenti mostrano una crescente attenzione alle considerazioni sulla salute. [111.112.125](#) Tuttavia, la maggior parte degli NDC non include valutazioni nazionali clima-salute, non stabilisce o monitora obiettivi sanitari espliciti o integra la salute in un contesto più ampio di determinanti sociali. [111.112.125](#)

Nonostante i sostanziali impatti di genere sulla salute dei cambiamenti climatici descritti in precedenza e il loro riconoscimento da parte di altri organismi delle Nazioni Unite, in particolare OMS, [112.126](#) UNFPA, [113](#) e la Commissione sullo status delle donne, [127](#) gli impatti di genere sulla salute correlati al clima non sono sufficientemente considerati nei meccanismi ufficiali di governance climatica globale. [11](#)

Ad esempio, un'analisi UNFPA del 2023 ha rilevato che solo 38 (32%) dei 119 NDC hanno affrontato questioni relative alla salute sessuale e riproduttiva e alla violenza di genere, e solo 23 (19%) hanno menzionato la salute materna e neonatale. [113](#)

LWPG e GAP non includono contenuti sostanziali sulla salute e sui diritti sessuali e riproduttivi, né menzionano la salute in senso più ampio. Sebbene Finlandia e Svezia abbiano sollevato preoccupazioni sulla necessità di un approccio integrato che incorpori l'uguaglianza di genere nelle iniziative legate al clima nell'allegato, la dichiarazione COP28 su clima e salute fa solo un singolo riferimento a donne e ragazze, limitato allo sviluppo e all'attuazione delle politiche, senza menzionare considerazioni di genere più ampie.

Inoltre, la natura non vincolante dell'accordo e l'assenza di meccanismi di responsabilità sottolineano la continua ambiguità nel raggiungimento di risultati tangibili. [128](#)

Il coordinamento tra i gruppi della società civile è inoltre necessario per promuovere risposte integrate a clima, genere e salute.

Cercando di supportare la collaborazione tra salute e diritti sessuali e riproduttivi e organizzazioni focalizzate sul clima, la Sexual and Reproductive Health and Rights and Climate Justice Coalition è stata istituita nel 2021 e lavora per mobilitare le forze collettive per promuovere l'uguaglianza di genere e la salute riproduttiva nel contesto del cambiamento climatico. [129](#)

L'attuale squilibrio di genere

Indipendentemente dalla gamma di obiettivi adottati multilateralmente per migliorare la partecipazione di genere negli organi UNFCCC [130-132](#) e dal predominio generale del linguaggio sull'equilibrio di genere rispetto a un'inclusione più significativa del genere (uguaglianza) all'interno dell'UNFCCC, [11,116](#) tendenze nella composizione di genere delle delegazioni dei partiti alle COP mostrano che le voci delle donne e delle minoranze di genere rimangono sottorappresentate ([figura 3](#) ; [figura 4](#)).

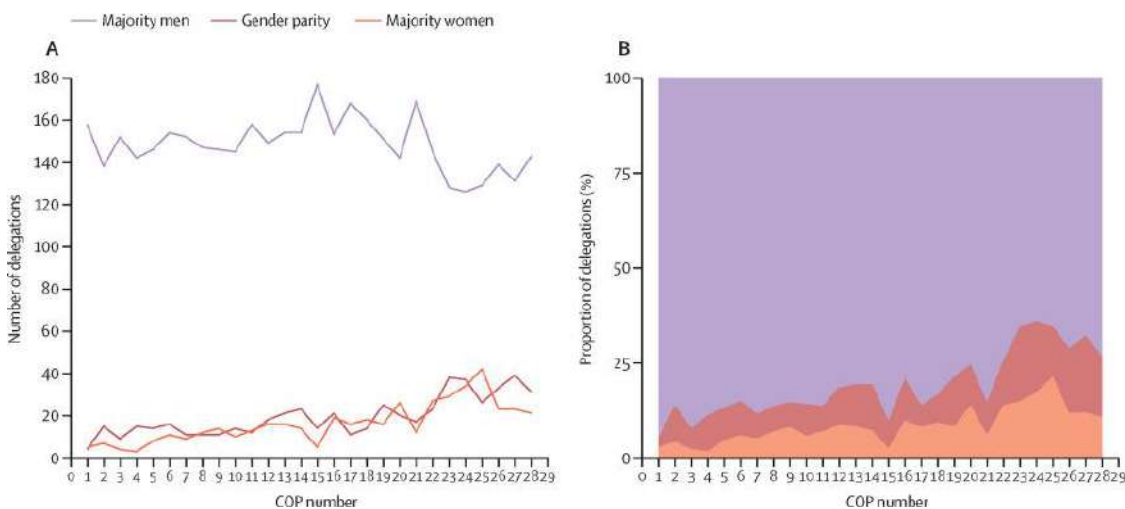


Figura 3 Composizione della delegazione dedotta dalla COP1 alla COP28 (1994-2023)

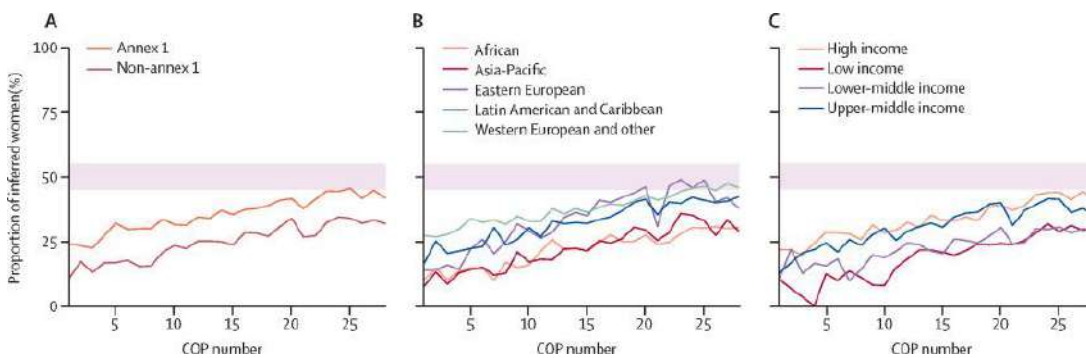


Figura 4 Percentuale di donne dedotte dalla COP1 alla COP28 (1995-2023)

La rappresentanza femminile alla COP28, la variazione percentuale della rappresentanza femminile (1995-2023) e gli anni necessari al raggiungimento della parità di genere dalla COP28 variano ampiamente tra le Parti ([figura 6](#) ; [appendice pp 23, 24](#)).

Confrontando le Parti con valori p aggiustati inferiori a 0,01 per la tendenza, si stima che solo una Parte, il Bangladesh, impiegherà più di 50 anni per raggiungere la parità di genere, mentre si prevede che altre impiegheranno diversi anni ([figura 6](#)). Si è ritenuto che 34 Parti avessero già raggiunto la parità (ad esempio, percentuale di donne alla COP28 >45%; [figura 6](#)).

Si può osservare una maggiore variazione confrontando le Parti con valori p aggiustati per tendenze superiori a 0,01 e inferiori a 0,05 ([appendice pp 23, 24](#)).

Abbiamo esplorato la rappresentanza femminile nella COP28, la variazione percentuale della rappresentanza femminile nelle COP precedenti (1995-2023) e il numero di anni mancanti al raggiungimento della parità di genere dalla COP28, e come questi si relazionano all'indice di disuguaglianza di genere (GII; una metrica composta di disuguaglianza di genere).

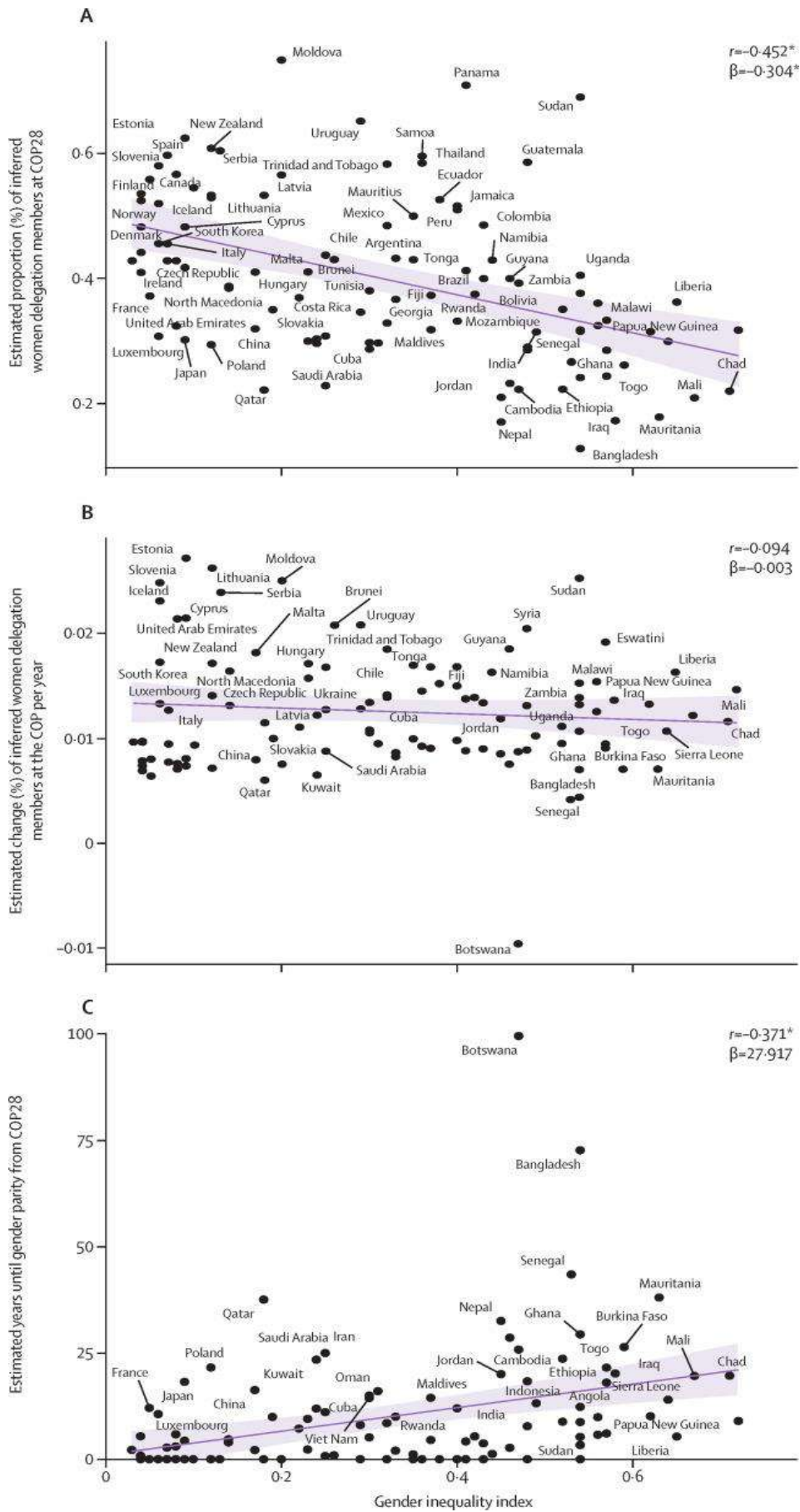


Figura 7 Rappresentanza femminile per indice di disuguaglianza di genere del partito

Andare oltre l'equilibrio di genere

Tuttavia, sebbene le nostre analisi quantitative si siano concentrate sul raggiungimento dell'equilibrio di genere, il semplice fatto di includere una massa critica di donne non garantisce necessariamente, di per sé, lo sviluppo e l'attuazione di politiche climatiche più attente al genere o più efficaci. [136,154,155](#)

Le donne non sono intrinsecamente femministe, né gli uomini ostacolano intrinsecamente politiche attente al genere. [156](#) Contrariamente ad alcuni degli studi citati in precedenza, [146-153](#) alcune ricerche sul coinvolgimento delle donne nella governance climatica suggeriscono che una maggiore rappresentanza non sempre porta a cambiamenti politici significativi. [12,154](#)

A titolo illustrativo, uno studio sulla rappresentanza descrittiva nei paesi scandinavi ha rilevato che una maggiore rappresentanza non ha portato a un cambiamento sostanziale esplicito nel riconoscimento di approcci specifici di genere nelle strategie climatiche. [154](#)

Alcuni partecipanti hanno ragionato che ciò è dovuto al fatto che l'uguaglianza di genere era "già realizzata", nonostante gli studiosi abbiano notato prove di differenze di genere nelle condizioni materiali e negli atteggiamenti rilevanti per la politica climatica scandinava. [154](#)

Utilizzando la teoria femminista post-strutturale delle relazioni internazionali, gli autori sostengono che i loro risultati potrebbero essere dovuti al fatto che le norme maschili sono profondamente istituzionalizzate nelle istituzioni climatiche, plasmando il modo in cui i decisori politici si adattano e operano. [154](#)

Inoltre, anche quando formalmente inclusa, la partecipazione attiva delle donne in istituzioni dominate dagli uomini è spesso limitata da norme sociali esistenti, pregiudizi impliciti e barriere strutturali. [10,145,157](#)

Ad esempio, i progetti REDD+ indiano e nepalese, che miravano ad avere un numero uguale di donne e uomini nei processi decisionali, hanno segnalato che le donne avevano poca influenza sui processi decisionali e non venivano ascoltate. [158,159](#)

Gli effetti positivi netti delle quote, come mezzo per migliorare l'equilibrio di genere, non sono sempre universali, [136](#) tendono a non riflettere l'intersezionalità delle donne con altri gruppi (ad esempio, razza, classe) e spesso favoriscono donne che sono già relativamente potenti. [11,160](#) L

e quote possono persino portare al rafforzamento o all'esacerbazione delle strutture di potere di genere o all'assegnazione di cosiddette questioni femminili o di genere alle donne. [13,145,161](#)

Inoltre, ricerche precedenti evidenziano come i termini di impegno negli spazi negoziali dell'UNFCCC consentano una visione ristretta sul genere e siano svantaggiosi per coloro che non rappresentano gli interessi del Nord globale e non hanno il capitale, le connessioni o altre risorse per sfidare questi interessi. [10](#)

L'assenza di intersezionalità nei dibattiti dell'UNFCCC si traduce nella concettualizzazione del genere all'interno di prospettive occidentali prevalentemente bianche. [10](#)

Come hanno sottolineato altri studiosi, [11-13](#) è improbabile che concentrarsi esclusivamente sul cosiddetto gioco dei numeri produca risultati di genere sostanzialmente migliori o più equi senza affrontare anche le barriere di genere alla piena inclusione nella governance e senza riconoscere che le donne non sono un gruppo omogeneo. [11-13](#)

Un focus limitato sull'equilibrio dei numeri nella rappresentanza rischia di distogliere l'attenzione dalle riforme guidate dal femminismo che mirano a smantellare i sistemi di oppressione, tra cui il patriarcato, il colonialismo e il capitalismo, che sono causa del cambiamento climatico. [11-13](#)

Nel complesso, sebbene il miglioramento dell'equilibrio di genere nella governance sia importante come parte del processo democratico, questo è solo un piccolo passo verso l'integrazione significativa di genere ed equità nella politica climatica e nella sua attuazione.

Il genere influenza il modo in cui le persone e il loro benessere sono influenzati e in grado di adattarsi al cambiamento climatico .

Incorporare in modo significativo il genere nelle politiche e nelle pratiche climatiche significa identificare e riconoscere i rischi e le vulnerabilità specifici di genere (ad esempio, sensibili al genere) e affrontarli e le loro cause (ad esempio, sensibili al genere) attraverso tutte le fasi di sviluppo del programma e delle politiche. [162,163](#)

Un'incorporazione significativa del genere richiede investimenti nelle condizioni abilitanti (ad esempio, strutture di governance inclusive, finanziamenti per il clima e bilancio sensibile al genere, partnership di sviluppo internazionale, società civile attiva, analisi e prove di genere e pratiche culturali abilitanti) che garantiscano efficacia, efficienza e sostenibilità a lungo termine di queste azioni. [164](#)

In tutto ciò, è fondamentale riconoscere la diversità delle donne e la loro incarnazione di identità multiple e intersecanti che modellano le loro esperienze climatiche e le esigenze di mitigazione e adattamento. Ridurre le donne a un singolo gruppo omogeneo non solo rischia di approfondire le disuguaglianze esistenti, ma trascura anche le opportunità di affrontare le diverse esigenze di tutti gli individui. [7,13](#)

In modo cruciale, per affrontare queste problematiche è necessario un chiaro riconoscimento delle sfide uniche di genere per la salute umana e la salvaguardia della salute e dei diritti sessuali e riproduttivi nel contesto di un clima in cambiamento. [29,30,96,100](#)

Tuttavia, le studiosse femministe [10-13](#) segnalano costantemente che il genere rimane trascurato nella governance climatica internazionale, nazionale e locale e, laddove il genere viene preso in considerazione, l'azione positiva non è sempre garantita. [10-13](#)

Ad esempio, l'assenza di finanziamenti e monitoraggio adeguati può ostacolare i progressi, [10-13](#) oppure le strategie basate su presupposti di genere errati (ad esempio, le donne sono innatamente premurose e connesse all'ambiente, le donne sono omogeneamente vulnerabili, l'uguaglianza di genere è una questione femminile e l'uguaglianza di genere riguarda i numeri) rischiano di avere conseguenze indesiderate o controproducenti. [13](#)

Tuttavia, è difficile valutare la piena portata dell'incorporazione significativa dell'uguaglianza di genere, poiché tende a esserci una scarsità di valutazione sull'attuazione delle politiche climatiche.

Riconoscere la posizione unica delle minoranze di genere e di sesso

È ampiamente riconosciuto che gli individui gender-different hanno rischi unici correlati alla salute e al clima a causa della loro maggiore vulnerabilità, stigma e discriminazione. [165-167](#)

A titolo illustrativo, durante e dopo eventi estremi, le persone transgender negli Stati Uniti segnalano di essere state minacciate o di vedersi proibito l'accesso ai rifugi. [168](#)

Analogamente, nelle Filippine, in Indonesia e a Samoa, gli individui gender-different, come *bakla*, *waria* e *fa'afafin* e (persone biologicamente maschili che svolgono regolarmente ruoli tradizionalmente associati alle donne) spesso subiscono discriminazione, scherno ed esclusione dai centri di evacuazione o dall'accesso al cibo. [167](#)

Permangono importanti lacune nella conoscenza delle implicazioni sulla salute del cambiamento climatico per le persone gender-different.

Le iniziative organizzative volte ad affrontare le disparità di genere si concentrano prevalentemente su donne e ragazze cisgender e le poche raccomandazioni pratiche e politiche che includono persone gender-different si concentrano solo sui soccorsi in caso di calamità. [169](#)

Sono urgentemente necessari più dati sensibili al genere sugli effetti sulla salute correlati al clima per le persone gender-different per informare le politiche e le pratiche.

Sebbene ci siamo sforzati di includere discussioni su persone con diversità di genere, i limiti dei dati, l'inquadramento sociale e le scarse prove scientifiche spesso limitano la discussione oltre queste categorie binarie di genere e sesso.

Pertanto, riconosciamo i limiti di questa visione personale nel catturare l'intero spettro della diversità di genere e sesso utilizzando prevalentemente termini binari colloquiali, come "donne" e "uomini" o "femmina" e "maschio" per evidenziare in generale i contrasti e le differenze che emergono nel nesso clima-salute a causa del genere.

La strada verso la COP29

In questa Personal View, ci concentriamo sul nesso genere-clima-salute per sottolineare la necessità cruciale di un'integrazione di genere intersezionale nella politica climatica sia come questione di equità che come necessità strategica per risultati efficaci e sostenibili per tutte le persone e il loro benessere.

Sottolineiamo come donne, ragazze e persone di genere diverso abbiano spesso impatti sproporzionati sulla salute correlati al clima, in particolare coloro che sperimentano vulnerabilità aggravate e sovrapposte a causa di sistemi di oppressione attuali e precedenti. Inoltre, riassumiamo la limitata inclusione significativa di genere, salute e la loro intersezione nella governance climatica internazionale e mostriamo che, nonostante la tendenza a confondere l'uguaglianza di genere con la rappresentanza basata sui numeri, la governance

climatica nell'ambito dell'UNFCCC rimane dominata dagli uomini, con diversi paesi che si prevede impiegheranno più di un decennio per raggiungere la parità di genere nelle delegazioni dei loro partiti.

Con i paesi che si preparano a presentare il loro terzo round di NDC all'inizio del 2025, questa è un'opportunità cruciale per la proattività.

Le dimensioni di genere del cambiamento climatico e le sue vulnerabilità, impatti, capacità di adattamento e interventi associati, tra cui salute e diritti sessuali e riproduttivi, violenza di genere e altri problemi di salute di genere, nonché la reattività di genere dovrebbero essere rafforzate e integrate negli NDC, nei piani nazionali di adattamento e in altre politiche climatiche chiave nazionali e locali.

L'adattamento proattivo include l'incorporazione esplicita di considerazioni di genere in obblighi sostanziali e procedurali. Sebbene gli obblighi vincolanti saranno un passo importante per garantire che gli stati siano responsabili, questi sono spesso soggetti a livelli maggiori di controllo e negoziazione rispetto agli obblighi non vincolanti e potrebbero richiedere tempo per essere adottati formalmente.

Le parti della COP29 dovrebbero quindi anche considerare l'adozione di obblighi, tra cui obiettivi sostanziali e procedurali non vincolanti, per modellare le norme e creare trazione per incorporare considerazioni di genere nel diritto internazionale sul clima.

Gli impegni sensibili al genere dovrebbero includere impegni per raccogliere dati disaggregati per sesso e genere (oltre il binario) sui vari impatti sulla salute del cambiamento climatico tra i sessi, l'allocazione di risorse e investimenti nelle necessarie condizioni abilitanti e l'affrontare le persistenti disuguaglianze di genere nella vita economica, sociale e legale.

Sebbene vi sia il potenziale per elevare le considerazioni sulla salute all'interno del Gender Action Plan dell'UNFCCC, è fondamentale integrare le questioni di genere e salute in tutti gli aspetti dei negoziati sul clima, piuttosto che limitarli a un singolo flusso di lavoro.

Promuovendo la sensibilità di genere nell'azione per il clima e promuovendo un'equa partecipazione alla governance, i paesi non solo miglioreranno l'inclusività e l'efficacia delle strategie nazionali, ma contribuiranno anche a costruire società più resilienti, eque e sane, meglio attrezzate per affrontare la crisi climatica.

[https://www.thelancet.com/journals/lanplh/article/PIIS2542-5196\(24\)00270-5/fulltext?dgcid=raven_jbs_aip_email](https://www.thelancet.com/journals/lanplh/article/PIIS2542-5196(24)00270-5/fulltext?dgcid=raven_jbs_aip_email)

quotidianosanita.it

Aspettativa di vita di 80,6 anni in Ue nel 2022, e in Italia sale a 82,8. I dati Eurostat

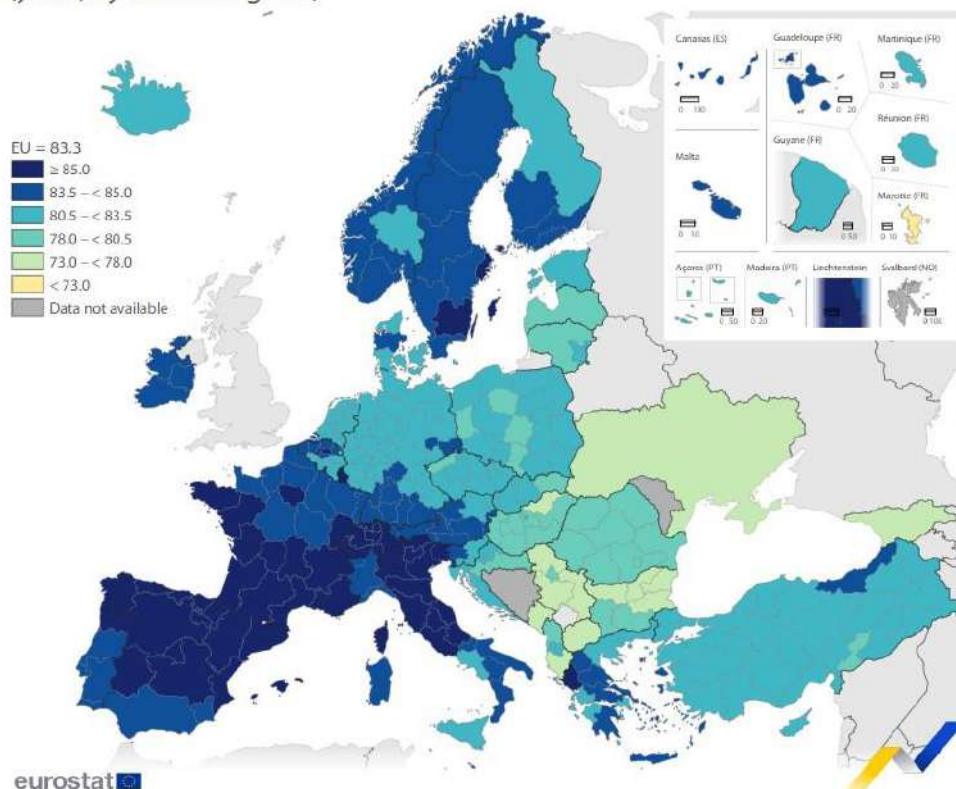
E se le donne europee possono sperare di vivere 83,3 anni, per le italiane il dato sale a 84,8. L'aspettativa di vita si riduce per gli uomini ma anche in questo caso gli italiani, con 80,7 anni, superano la media europea di 77,9 anni. In Italia l'aspettativa di vita più alta si registra nella Pa di Trento (84,4 anni), seguita da Bolzano (83,7 anni) e da Veneto e Umbria (83,5 anni). Si muore prima invece in Campania (81,1), Sicilia (81,5) e Calabria (81,8).

05 NOV - Nel 2022, l'aspettativa di vita alla nascita nell'Unione Europea è stata di 80,6 anni, con un vantaggio di 5,4 anni per le donne (83,3 anni) rispetto agli uomini (77,9 anni). Ma gli italiani possono gioire: nel nostro Paese l'aspettativa di vita generale sale a 82,8 anni e il vantaggio, rispetto alla media europea, riguarda sia le donne (84,8 anni l'aspettativa di vita delle italiane) che gli uomini (80,7 anni l'aspettativa di vita degli italiani). Tuttavia, l'Italia non è la nazione più longeva in Ue: più di noi vivono, in media, i cittadini di Spagna (83,2), Svezia (83,1) e Lussemburgo (83). I dati arrivano [dall'Eurostat](#), e confermano invece, ovunque, il divario di genere a favore delle donne.

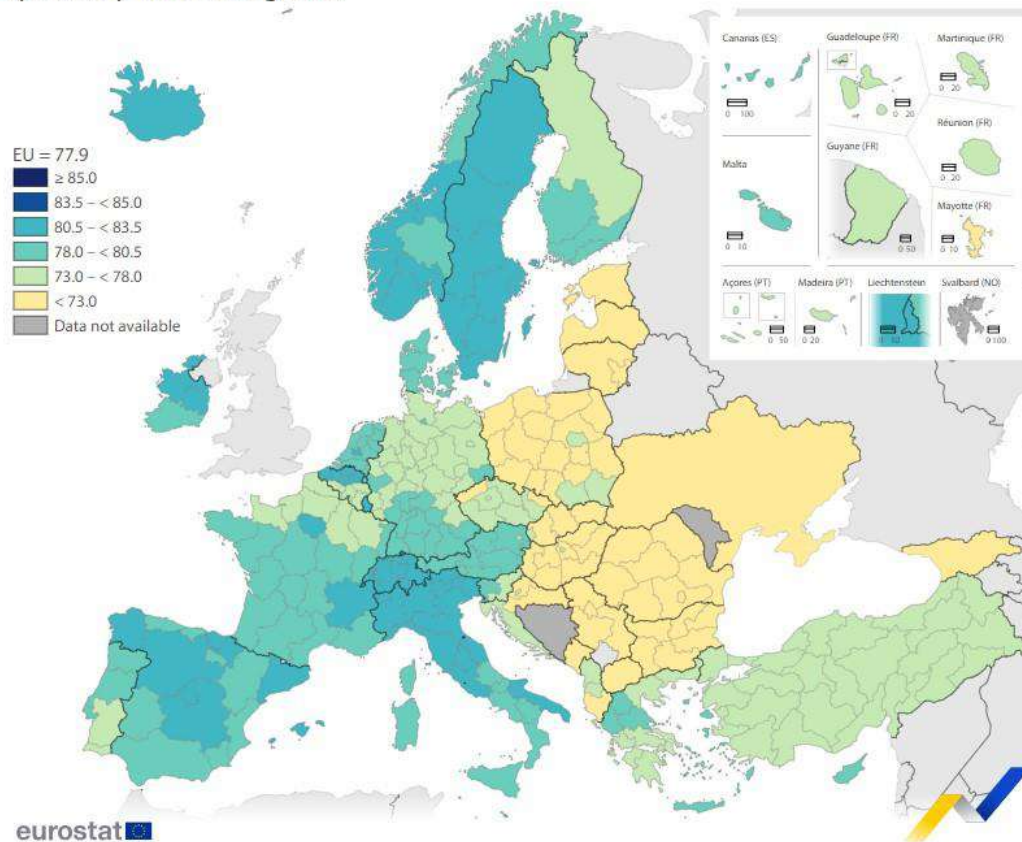
Per quanto riguarda gli uomini, l'aspettativa di vita più alta si registra in Svezia (81,4), poi Irlanda (80,9) e Lussemburgo (80,8); Italia al quarto posto con 80,7. Per le donne, invece, l'aspettativa di vita più alta si registra in Spagna (85,9 anni), seguita da Lussemburgo (85,2) e Francia (85,1); Italia quarta insieme alla Svezia con 84,8 anni. Se l'Italia è tra i Paesi in Europa con la maggiore aspettativa di vita, non va però allo stesso modo in tutte le Regioni. Tra la Regione dove si vive di più (Pa di Trento, 84,4 anni in media) e quella in cui si vive di meno (Campania, 81,1) ci sono, infatti, 2,6 anni di differenza.

In generale il dato sull'aspettativa di vita è più alto al Nord (Nord Est 83,5 e Nord Ovest 83,1) e al Centro (83,3) che al Sud (81,9) e Isole (81,6). Entrando nei dettagli, dopo la Pa di Trento si vive di più nella Pa Bolzano (83,7 anni) e in Veneto e Umbria (83,5 anni). Dall'altra parte, al risultato peggiore della Campania segue quello della Sicilia (81,5) e della Calabria (81,8).

Life expectancy at birth for females, 2022 (years, by NUTS 2 regions)



Life expectancy at birth for males, 2022 (years, by NUTS 2 regions)



https://www.quotidianosanita.it/studi-e-analisi/articolo.php?articolo_id=125554



Giunti alla fine delle due giornate del [Forum della Leopolda](#), riportiamo la riflessione del giornalista **Luca Telese**:

"Alla Leopolda della Salute trovi cose che ti aspetti e scopri cose che non ti aspetti, che ti sorprendono e ti cambiano"

Tra le cose che possono incidere nel cambiamento è il Manifesto "[La Salute Bene Comune](#)"

1. Umanità al Centro: Promuove un approccio olistico alla cura, integrando aspetti fisici, mentali e sociali.
2. Innovazione Tecnologica Responsabile: Propone l'utilizzo dell'intelligenza artificiale e delle tecnologie avanzate per potenziare, non sostituire, l'elemento umano.
3. Professionisti e Costruttori del Futuro della Sanità: Enfatizza la formazione di una nuova generazione di professionisti sanitari con mentalità innovativa.

4. Equità e Sostenibilità: Mira a garantire un accesso universale ed equo alle cure, riducendo le disparità territoriali e sociali.
5. Partecipazione e Co-creazione: Incoraggia il coinvolgimento attivo di tutti gli stakeholder nei processi decisionali.
6. Una Sola Salute (One Health): Riconosce l'interconnessione tra salute umana, animale e dell'ecosistema.
7. Trasformazione e Innovazione Continua: Promuove lo sviluppo di nuovi approcci e culture organizzative per integrare efficacemente l'innovazione.

Ti invitiamo a leggere e sottoscrivere il manifesto>>>[QUI](#)

P.S. Ti proponiamo anche di promuoverlo. Grazie



<https://magazine.grandiospedali.it/2024/11/15/sottoscrizione-del-manifesto-la-salute-bene-comune/>



Come studiamo i rapporti tra ambiente e salute: l'esposoma e gli effetti di acqua contaminata e cibo processato

di *Paolo Vineis* *

Oggi è molto in voga il termine “esposoma”, per indicare che siamo esposti nel corso della vita a una molteplicità di agenti ambientali che possono influire sulla nostra salute.

L'esposoma è l'equivalente del “genoma” ma viene applicato alle esposizioni ambientali anziché ai geni.

Il concetto - al centro della mia lettura magistrale al Festival della Scienza Medica a Bologna, lunedì 25 novembre - è stato introdotto in base alla constatazione che la maggior parte delle malattie sono di origine ambientale (in senso lato, includendo esposizioni voluttuarie come le sigarette).

Esso esprime un salto di qualità nelle indagini sulle cause ambientali delle malattie. In passato, prove evidenti del predominio dell'ambiente sull'ereditarietà sono venute dallo studio delle popolazioni migranti.

Come dimostrano molti esempi (i francesi in Québec, i giapponesi negli Stati Uniti, gli italiani in Australia, ecc.), chi migra acquisisce il rischio di malattie croniche non trasmissibili - come le malattie cardiovascolari, i tumori e il diabete - che è tipico della popolazione ospitante.

Per esempio, i giapponesi negli Stati Uniti (Hawaii) alla seconda generazione dopo la migrazione presentavano rischi di cancro al colon molto più elevati rispetto ai giapponesi rimasti in patria, e rischi molto più bassi di cancro allo stomaco, un'osservazione che depone fortemente contro un'origine ereditaria di questi tumori e di altre malattie croniche.

L'esposoma comprende la totalità delle esposizioni a cui un individuo è sottoposto dal concepimento alla morte, che includono quelle derivanti da agenti ambientali, condizioni socioeconomiche, stili di vita, dieta e processi endogeni.

L'esposoma si avvale dello sviluppo di nuove tecnologie (e deve ad esse parte del suo successo), sia per la rilevazione di inquinanti ambientali - come i sensori individuali portatili -, sia per la determinazione sistematica di molecole nel corpo e delle loro alterazioni.

Queste ultime tecnologie vengono definite "omiche" e includono la epigenomica (le alterazioni epigenetiche del Dna), la trascrittomica (l'insieme degli Rna messaggeri), la proteomica (l'insieme delle proteine) e la metabolomica (l'insieme dei metaboliti), solo per citare le principali.

Vediamo qualche esempio. Mentre sappiamo molto sugli effetti dell'inquinamento atmosferico sulla salute umana, poco si sa sugli effetti sulla salute della contaminazione dell'acqua - tranne che da parte dei microrganismi.

Recentemente gli sviluppi della spettrometria di massa - una delle tecniche dell'esposoma - applicata alle misurazioni nell'acqua hanno portato all'identificazione di un gran numero di composti, molti dei quali sono noti (come pesticidi, droghe illecite e molecole farmaceutiche), mentre molti altri sono sconosciuti.

Viene pertanto proposto di condurre uno "screening" sistematico della qualità dell'acqua, per poi restringere la ricerca ai composti con concentrazioni elevate o con sospetta tossicità.

In questo modo, ad esempio, sono stati identificati alcuni mutageni a cui la popolazione londinese è esposta attraverso l'acqua del rubinetto.

Un secondo esempio è l'obesità infantile, una vera sfida per la salute pubblica.

L'obesità infantile è in aumento nella maggior parte dei Paesi e le politiche preventive sono state finora inefficaci. Mentre sono noti diversi fattori di rischio, si sa poco del ruolo degli alimenti, in particolare di quelli industriali come gli alimenti ultra-processati (Upf).

In una ricerca nella popolazione inglese "Alspac" è stata dimostrata una relazione tra l'assunzione di Upf e le traiettorie verso una crescente adiposità infantile.

Congiuntamente, è stato dimostrato con una ricerca di esposoma (metabolomica) che il consumo di Upf era correlato a livelli ematici più bassi di amminoacidi a catena ramificata (Bcaa) nel sangue dei bambini.

Poiché bassi livelli di Bcaa sono stati riscontrati anche in associazione all'obesità infantile, abbiamo concluso che questa catena di eventi conferisce plausibilità biologica a un ruolo causale degli Upf e che l'assunzione di Upf nei bambini dovrebbe essere limitata per prevenire l'obesità infantile.

** Imperial College di Londra e Accademia dei Lincei Il prof. Vineis terrà una lezione magistrale nell'ambito del Festival della Scienza Medica a Bologna, lunedì 25 novembre dalle 9*

<https://www.sanita24.ilsole24ore.com/art/medicina-e-ricerca/2024-11-22/come-studiamo-rapporti-ambiente-e-salute-l-esposoma-e-effetti-acqua-contaminata-e-cibo-processato-130358.php?uuid=AGqDcrKB&cmpid=nlqf>

COUNTDOWN · Online il primo, novembre 04, 2024 · [Accesso Libero](#)

Il rapporto cinese del 2024 del *Lancet* Countdown su salute e cambiamenti climatici: l'avvio di un nuovo percorso sano e a basse emissioni di carbonio

[Prof. Wenjia Cai, PhD^{a,*}](#), [Prof. Chi Zhang, PhD^{b,*}](#), [Dott. Shihui Zhang, dottore di ricerca^{c,*}](#), [Prof. Yuqi Bai, PhD^{a,b,c}](#), [Max Callaghan, dottore di ricerca^{d,*}](#), [Direttore generale Nan Chang^e](#) e altri [Mostra altro](#)

Sintesi

Il 2023 è stato un anno fondamentale per il cambiamento climatico a livello globale, in tutta l'Asia e all'interno della Cina. Le temperature medie globali sono state di 1,45 °C superiori alla media preindustriale, rendendolo l'anno più caldo mai registrato dal 1850.

In Asia, il 2023 è stato il secondo anno più caldo mai documentato. La Cina ha registrato la sua temperatura media più alta di sempre a 10,71 °C (0,82 °C in più rispetto alla media del 1981-2010), ha avuto la seconda piovosità più bassa dal 2012 e ha sopportato notevoli eventi di inondazioni e siccità.

In un mondo che si avvicina rapidamente all'obiettivo a lungo termine dell'accordo di Parigi di "mantenere l'aumento della temperatura media globale ben al di sotto dei 2°C rispetto ai livelli preindustriali e proseguire gli sforzi per limitare l'aumento della temperatura a 1,5°C", l'importanza dell'azione e dell'attuazione è urgente. In quanto maggiore emettitore mondiale di gas serra, potenza per l'impiego di energia rinnovabile e una delle nazioni più colpite dai rischi per la salute correlati al clima, il ruolo proattivo della Cina nell'affrontare il cambiamento climatico e i suoi rischi per la salute è cruciale sia a livello locale che globale.

Questo è il quinto rapporto annuale sulla Cina del *Lancet* Countdown su salute e cambiamenti climatici, il rapporto di punta per monitorare i progressi, o la mancanza di progressi, su cambiamenti climatici e salute in Cina. Nel corso degli anni, quello che è iniziato come uno sforzo marginale di pochi individui dedicati è cresciuto fino a diventare un movimento considerevole in prima linea nel dibattito globale su clima e salute. Il rapporto è guidato dal *Lancet* Countdown Asia Centre, con contributi di 77 esperti in 26 istituzioni.

I progressi sono valutati con 31 indicatori in cinque ambiti: impatti, esposizioni e vulnerabilità ai cambiamenti climatici (sezione 1); azioni di adattamento (sezione 2); sforzi di mitigazione e loro implicazioni sulla salute (sezione 3); aspetti economici e finanziari (sezione 4); e impegno pubblico e politico (sezione 5).

Quest'anno, il rapporto adotta una prospettiva lungimirante, che include proiezioni di rischi per la salute associati ai cambiamenti climatici, e traccia le tendenze preoccupanti nell'esposizione ai composti, evidenziando l'importanza degli sforzi di adattamento in corso. Inoltre, sono stati introdotti due nuovi indicatori: gli asset di carbone incagliati dalla transizione a basse emissioni di carbonio (indicatore 4.2.5) e le emissioni del settore sanitario (indicatore 3.4).

Entrambi gli indicatori sottolineano la necessità di azioni di mitigazione per salvaguardare la salute delle persone in Cina. Ove possibile, abbiamo allineato i nostri indicatori con le discussioni della 28a Conferenza delle Parti (COP28) della Convenzione quadro delle Nazioni Unite sui cambiamenti climatici e li abbiamo potenziati con dati aggiornati e metodologie migliorate.

Un forte aumento dei rischi climatici e sanitari

La salute degli individui e delle comunità è il bene più prezioso della società.

Tuttavia, il peggioramento del clima dovuto al ritardo nell'azione climatica non solo sta mettendo sempre più a rischio la salute e la vita delle persone, ma sta anche danneggiando i sistemi economici e sociali che sostengono la salute e il benessere.

Similmente ad altri paesi, la Cina si trova ad affrontare un aumento delle minacce per la salute dovute a condizioni climatiche calde e secche, come ondate di calore, siccità e incendi boschivi.

Nel 2023, il numero medio di giorni di esposizione alle ondate di calore per persona ha raggiunto i 16 giorni, oltre tre volte la media storica (1986-2005), il che ha comportato un aumento di 1,9 volte dei decessi correlati alle ondate di calore (indicatore 1.1.1).

Inoltre, le temperature più elevate hanno comportato un aumento del 24% delle potenziali ore di lavoro perse (indicatore 1.1.2) e un aumento del 60% del tempo ridotto per attività all'aperto sicure (indicatore 1.1.3) rispetto alle medie storiche.

Anche il verificarsi di giornate calde e secche composte è salito alle stelle, con 30 volte più giorni nel 2023 rispetto al 1986-2005, presentando potenziali rischi per la salute non monitorati.

In effetti, l'esposizione alla siccità è cresciuta di oltre il 900% rispetto al valore di base, portando a un rischio in eccesso del 15,1% di diarrea infettiva correlata alla siccità dal 2013 al 2022 (indicatore 1.2.2) e, con l'effetto combinato del clima caldo e secco, l'esposizione agli incendi boschivi è aumentata del 43,9% rispetto al 2001-04 (indicatore 1.2.1).

Invertendo la tendenza degli anni precedenti, nel 2023 21 province hanno registrato una diminuzione dei loro spazi verdi urbani (indicatore 2.2.2), che potrebbe essere correlata ad anni di siccità diffuse e persistenti, indicando gli effetti del cambiamento climatico sulle capacità di adattamento.

Gli effetti sulla salute del cambiamento climatico hanno portato anche conseguenze economiche. Il costo economico nazionale dovuto alla perdita di capacità lavorativa correlata al calore ha raggiunto un nuovo massimo di 283,4 miliardi di dollari, pari all'1,65% del prodotto interno lordo (PIL; indicatore 4.1.2), e le perdite economiche dovute agli eventi estremi correlati al clima sono aumentate notevolmente a 77,1 miliardi di dollari (0,45% del PIL), circa 1,5 volte rispetto al 2022 (indicatore 4.1.4).

Nel 2023, i costi economici nazionali diretti della mortalità correlata alle ondate di calore tra gli individui in età lavorativa sono saliti a 61,3 milioni di dollari, in aumento del 23,1% rispetto al 2022 (indicatore 4.1.1).

Una strada accidentata verso azioni accelerate sul clima

Insieme ai rischi per la salute in rapido aumento derivanti dal riscaldamento climatico e dagli eventi climatici estremi, l'impegno nell'intersezione tra cambiamento climatico e salute è cresciuto notevolmente in Cina dagli anni 2000, compresi i settori pubblico e professionale (indicatori 5.1–5.4).

La Cina ha pubblicato il suo primo Health National Adaptation Plan per stabilire obiettivi, quadri e linee guida per le azioni di adattamento alla salute entro il 2030 (indicatore 2.1).

I servizi di informazione climatica per la salute e i servizi di allerta precoce sui rischi per la salute stanno diventando più raffinati, diversificati e sempre più diffusi (indicatori 2.3–2.4).

Nel 2023 sono state avanzate diverse politiche per affrontare questa questione cruciale, tra cui il completamento di una costruzione del quadro politico per realizzare gli obiettivi di carbon peaking e carbon neutrality, uno spostamento dell'attenzione politica dal controllo del consumo energetico complessivo al controllo delle emissioni di carbonio complessive e il lancio di due iniziative pilota per valutare i rischi per la salute ambientale e climatica e promuovere misure di adattamento in aree selezionate.

Di conseguenza, la capacità di energia rinnovabile in Cina è aumentata di 302,2 gigawatt (GW) nel 2023, rappresentando più della metà dell'aumento globale per l'anno, che ha portato la capacità rinnovabile totale del Paese a un record di 1450 GW e ha superato per la prima volta gli impianti a carbone (1390 GW) (indicatore 4.2.1).

Nonostante i progressi, la transizione dai combustibili fossili in Cina è su una strada accidentata. Nel 2023, il consumo di carbone è aumentato del 4% rispetto al 2022 (indicatore 3.1.2), che è stato il più grande tasso di crescita annuale dal 2011. Le emissioni pro capite di CO₂ in Cina hanno raggiunto un nuovo record e hanno superato il Giappone diventando per la prima volta le più alte in Asia nel 2023.

Inoltre, le emissioni di CO₂ del solo settore sanitario cinese sono ammontate a 240 milioni di tonnellate nel 2020 (indicatore 3.4).

Dal 2022 al 2023, in linea con l'aumento del consumo di carbone, il numero di città che hanno superato la soglia di concentrazione media annuale di PM_{2,5} dell'OMS è aumentato da 98 a 117 PM_{2,5}, così come il numero di città che hanno superato la soglia dell'ozono (da 243 a 256 PM_{2,5}), ponendo un rischio immediato per la salute umana e sottolineando le implicazioni del ritardo di una giusta transizione energetica (indicatore 3.3).

Le sfide che la Cina deve affrontare sono molteplici. Per raggiungere gli obiettivi climatici di 2°C–1,5°C, le emissioni di carbonio della Cina devono diminuire annualmente del 6–9% dal 2030 al 2060, un tasso di riduzione senza precedenti, soprattutto considerando che le emissioni sono ancora in aumento.

Inoltre, eventi meteorologici estremi, come siccità e carenze idriche nel sud-ovest, hanno portato a una diminuzione dell'uso di energia rinnovabile e a un aumento delle ore operative annuali per impianto di centrali elettriche a carbone di 76 ore, raggiungendo le 4466 ore nel 2023 (indicatore 3.1).

Questo aumento ha invertito il recente declino della produzione di energia a carbone, evidenziando gli ostacoli nel passaggio a uno sviluppo a basse emissioni di carbonio. Inoltre, gli investimenti della Cina nei sussidi al carbone e ai combustibili fossili continuano ad aumentare e il prezzo del carbonio rimane a un livello piuttosto basso e stagnante, creando un incentivo di mercato meno favorevole per la transizione verso l'energia rinnovabile (indicatore 4.2.3).

Di conseguenza, le emissioni della Cina hanno continuato ad aumentare, rendendo sempre più difficile il raggiungimento degli obiettivi climatici e un futuro sano per il popolo cinese.

Un bisogno urgente di un futuro più sano ed equo

Sebbene già pericolosi, i recenti rischi per la salute potrebbero essere solo un assaggio di quelli ancora peggiori a venire. Entro il 2060 (2051-70), si prevede che la mortalità media annua correlata alle ondate di calore, la perdita di produttività del lavoro correlata al calore e i decessi correlati agli incendi boschivi aumenteranno del 183-275% (indicatore 1.1.1) e del 28-37% (indicatore 1.1.2) rispetto alla media del 1986-2005. Inoltre, si prevede che il rischio annuo in eccesso di incidenza della febbre dengue aumenterà del 15,3-15,5% rispetto ai livelli del 2013-19 (indicatore 1.3).

Le regioni costiere, che ospitano quasi la metà della popolazione cinese e il 60% del suo PIL, affrontano minacce derivanti dall'innalzamento del livello del mare, con potenziali tassi di esposizione in aumento fino al 10,2% a seconda degli scenari di emissioni (indicatore 1.4).

La dipendenza della Cina dal carbone non comporta solo rischi per la salute, ma anche rischi economici, tra cui i patrimoni carboniferi inutilizzati derivanti dalla transizione verso un'economia a basse emissioni di carbonio, che si prevede costeranno 10,6 miliardi di dollari entro il 2030, anche se la Cina non pianifica nuove unità alimentate a carbone (indicatore 4.2.5).

Le crescenti disparità sanitarie rappresentano un'altra potenziale conseguenza negativa dell'azione ritardata per il clima. Nel 2023, l'esposizione alle ondate di calore ha notevolmente superato le medie nazionali nelle province a basso reddito di Gansu e Ningxia con infrastrutture e misure di adattamento scadenti, portando a un aumento della mortalità (indicatore 1.1.1).

Anche le aree a basso reddito, come Jilin, Heilongjiang e Liaoning, hanno dovuto affrontare costi economici più elevati a causa dell'esposizione alle ondate di calore (indicatore 4.1.1).

Inoltre, queste province, che in genere hanno temperature estive più fresche, hanno un punteggio inferiore nella loro capacità di gestire le emergenze sanitarie (indicatore 2.2.1) e hanno sostanzialmente meno condizionatori d'aria ogni 100 famiglie rispetto alla media nazionale (indicatore 2.2.2).

Questa situazione potrebbe peggiorare con il futuro riscaldamento climatico, sottolineando l'urgente necessità di strategie di adattamento e protezione dal calore migliorate.

La transizione verso le energie rinnovabili in Cina offre opportunità per guidare una crescita economica sostenibile, migliorare la salute pubblica e accrescere l'equità regionale. Iniziative come il Three-Year Action Plan for Winning the Blue Sky Defense Battle hanno impedito oltre 312.500 decessi prematuri correlati all'inquinamento atmosferico in aree inquinate (indicatore 3.3).

Gli investimenti nelle energie rinnovabili, in particolare nelle regioni sottoservite, ad esempio lo Xinjiang che guida tutte le province con 6,6 miliardi di dollari investiti (indicatore 4.2.2), stimolano la creazione di posti di lavoro e migliorano le condizioni sanitarie ed economiche locali, dimostrando il potenziale per una transizione giusta ed equa a livello nazionale.

Tracciare un percorso sano a basse emissioni di carbonio oltre la COP28

Mentre il mondo ha dato priorità al clima e alla salute alla COP28, la Cina sta passando a una strategia unificata, che include nuove politiche per affrontare l'inquinamento atmosferico, misure di adattamento avanzate e sviluppo di energie rinnovabili. Nonostante le minacce senza precedenti derivanti dal cambiamento climatico, la Cina ha ancora bisogno di orientarsi verso un futuro sano, equo e a basse emissioni di carbonio. Questo rapporto delinea azioni cruciali per proteggere la salute e il benessere delle generazioni attuali e future in Cina:

1. Istituire un meccanismo di coordinamento interdipartimentale efficace per rispondere ai rischi per la salute derivanti dai cambiamenti climatici

La Cina dovrebbe implementare un meccanismo di coordinamento ministeriale a livello nazionale per coordinare le risorse, come dati, finanziamenti e infrastrutture necessarie per affrontare i rischi per la salute del cambiamento climatico, attingendo a pratiche simili a quelle dell'Office of Climate Change and Health Equity degli Stati Uniti. La Cina dovrebbe anche esplorare le migliori pratiche per stabilire meccanismi di coordinamento locali, sfruttando le attuali iniziative pilota simili ai piloti Environmental and Climate-Health Risks Assessment guidati dalla National Disease Control and Prevention Administration e al pilota Advancing Adaptation Measures Cities guidato dal Ministry of Ecology and Environment.

2. Accelerare l'attuazione del controllo delle emissioni complessive di carbonio a livello regionale

Con le politiche nazionali ora emanate, le regioni devono rapidamente espandere le energie rinnovabili, ridurre l'intensità di carbonio dell'energia e migliorare il controllo delle emissioni di carbonio per evitare futuri rischi di attività bloccate e danni alla salute.

3. Promuovere investimenti e finanziamenti rispettosi del clima e della salute

La Cina dovrà tagliare i sussidi ai combustibili fossili e aumentare il supporto finanziario per le tecnologie essenziali di mitigazione e adattamento. I finanziamenti per le tecnologie di adattamento dovrebbero coprire i meccanismi per le azioni del Health National Adaptation Plan; i sistemi di allerta precoce; e la ricerca sulle valutazioni di impatto, i rischi composti, l'adattamento e la costruzione pilota. La tecnologia di mitigazione dovrebbe includere il potenziamento della ricerca e dello sviluppo, la garanzia della sicurezza energetica con l'innovazione tecnologica e l'aumento della resilienza climatica dei sistemi energetici per accelerare la transizione dal carbone.

4. Sviluppare un sistema sanitario a basse emissioni di carbonio

Definire standard globali di sostenibilità e basse emissioni di carbonio per le strutture e le pratiche sanitarie, facendo riferimento alle linee guida internazionali, avviare progetti pilota per esplorare soluzioni innovative a basse emissioni di carbonio nel settore medico e compilare un catalogo di prodotti a basse emissioni di carbonio da utilizzare in contesti sanitari contribuirebbe a raggiungere l'obiettivo di un futuro a basse emissioni di carbonio.

5. Fornire servizi meteorologici sanitari di alta qualità

Gli attuali servizi sanitari personalizzati correlati al meteo dovrebbero essere estesi ad altre parti della Cina. Questi servizi dovrebbero offrire avvisi personalizzati che tengano conto della posizione geografica specifica, delle malattie prevalenti nell'area e delle suscettibilità individuali. Lo sviluppo di sofisticati sistemi di allerta precoce che utilizzino le ultime ricerche meteorologiche e mediche può prevedere potenziali rischi per la salute derivanti da vari eventi meteorologici. L'implementazione di questi servizi dovrebbe comportare la collaborazione tra dipartimenti meteorologici, ambientali e sanitari per garantire che informazioni accurate, tempestive e pertinenti raggiungano il pubblico.

La Cina sta integrando sempre di più le politiche climatiche e sanitarie e coordinandosi a livello locale, provinciale, nazionale e internazionale per dare priorità a una risposta incentrata sulla salute. Nel 2023, il primo Health Day ufficiale alla COP28 ha sottolineato la necessità di dare priorità alla salute nei negoziati sul clima. La COP28 UAE Climate and Health Declaration ha delineato i passaggi essenziali per migliorare i co-benefici sanitari, adattare le strategie di salute climatica e aumentare la resilienza dell'assistenza sanitaria e la riduzione delle emissioni. In seguito a queste iniziative, la Cina mira a guidare le azioni climatiche incentrate sulla salute, fungendo da modello per altri paesi asiatici e a basso e medio reddito e avanzando verso un futuro sano e sostenibile.

[https://www.thelancet.com/journals/lanpub/article/PIIS2468-2667\(24\)00241-X/fulltext?dgcid=raven_jbs_aip_email](https://www.thelancet.com/journals/lanpub/article/PIIS2468-2667(24)00241-X/fulltext?dgcid=raven_jbs_aip_email)



La sanità pubblica non è una priorità

Nerina Dirindin e Enza Caruso

Il fondo sanitario raggiunge nel 2025 i 136,5 miliardi di euro: una crescita dell'1,9% rispetto all'anno precedente, a fronte di una crescita nominale del Pil stimata al 3,3%. La promessa di una maggiore disponibilità di risorse, forzata verso l'alto dall'esigenza di coprire i rinnovi contrattuali, si traduce in realtà in un'incidenza percentuale sul Pil del Fondo Sanitario Nazionale che continuerà a diminuire non solo nel 2025, ma anche in tutti gli anni successivi, cioè fino al 2030, raggiungendo percentuali record – in negativo – mai viste prima.

Il disegno di legge di bilancio per il 2025-2027, ora all'esame del Parlamento, definisce come il Governo intende affrontare le gravi difficoltà che incontrano le persone che hanno bisogno di assistenza. La legge di bilancio si muove entro il percorso di aggiustamento del livello di spesa primaria netta^[1] fissato nel *Piano strutturale di bilancio di medio termine 2025-2029* (PSB)

(<https://www.mef.gov.it/export/sites/MEF/inevidenza/2024/Piano-strutturale-di-bilancio-e-di-medio-termini-Italia-2025-2029.pdf>), in coerenza con la traiettoria di riferimento predisposta dalla Commissione europea, con il compito di riportare il deficit al disotto del 3 per cento del PIL.

Ma i saldi di bilancio, che guidano la manovra, non definiscono tutto. Nel rispetto dei saldi, molto si può fare: si tratta di una questione di priorità nell'allocatione delle risorse che in linea con le scorse manovre di bilancio continua a privilegiare investimenti in altri settori. Il Governo conferma l'impegno a sostenere la spesa sanitaria, ma l'obiettivo perseguito è lo sviluppo del secondo pilastro (sanità integrativa), come espressamente indicato nel PSB e come le scelte allocative della legge di bilancio confermano.

Ricostruiamo, non senza difficoltà – data la nebulosità di alcuni articoli, il finanziamento destinato al Servizio sanitario nazionale a partire dal quadro programmatico di bilancio e sulla base di quanto previsto nel *Titolo VII – Misure in materia di sanità* del disegno di legge di Bilancio 2025-2027

(<https://documenti.camera.it/leg19/pdl/pdf/leg.19.pdl.camera.2112.19PDL0112500.pdf>).

Il fondo sanitario raggiunge nel 2025 i 136,5 miliardi di euro: una crescita dell'1,9% rispetto all'anno precedente, a fronte di una crescita nominale del Pil stimata al 3,3%. La promessa di una maggiore disponibilità di risorse, forzata verso l'alto dall'esigenza di coprire i rinnovi contrattuali, si traduce in realtà in un'incidenza percentuale sul Pil del Fondo Sanitario Nazionale che continuerà a diminuire non solo nel 2025, ma anche in tutti gli anni successivi, cioè fino al 2030, raggiungendo percentuali record – in negativo – mai viste prima. (Figura 1)

Figura 1

Finanziamento del Ssn: come cambia con il dd LB 2025 (mln di euro)							
	2024	2025	2026	2027	2028	2029	2030
Finanziamento FSN a legislazione vigente (*)	134.021	135.239	135.525				
Incremento indistinto FSN LB 2025 (*)		1.302	5.078	702	883	1.062	1.173
Finanziamento FSN programmatico LB 2025 (^)		136.541	140.603	141.305	142.188	143.250	144.423
Finanziamento FSN - Var %		1.9%	3.0%	0.5%	0.6%	0.7%	0.8%
PIL nominale - Var % (**)		3.3%	3.1%	2.6%	2.8%	2.6%	2.1%

Fonte: ns elaborazioni su Documenti di finanza pubblica

(*) Il FSN della LB 2024 è al netto delle riduzioni di cui all'art. 7 del DL 73/2024 convertito con mod. dalla L. 107/2024 (imposta sostitutiva dell'Irpef al 15% per le prestazioni aggiuntive) pari a 160,3 mln nel 2025, a 165,9 mln nel 2026 e a 165,5 mln a decorrere dal 2027. Il FSN corrisponde agli incrementi già previsti a legislazione vigente.

(*) Gli incrementi sono calcolati sulla base dei valori cumulati indicati nella LB 2025. L'aumento complessivo del periodo 2025-2028 è di 8.898 mln. Per gli anni dal 2027 al 2030 l'incremento è al netto degli aumenti già computati negli anni precedenti.

(^*) Il fabbisogno del 2025 e 2026 è comprensivo degli incrementi già disposti ante dd LB 2025.

(**) Fonte: MEF, Piano Strutturale di Bilanci di medio termine, Italia 2025-2029, settembre 2024, pag. 35.

Risorse aggiuntive molto limitate dunque, nonostante il Piano strutturale di bilancio (PSB) insista sul miglioramento della qualità del sistema sanitario. Il dato certo resta per ora solo quello espresso dagli italiani che considerano la qualità del SSN il primo problema da affrontare (<https://www.demos.it/a02263.php>) e 7 persone su 10 ritengono che la salute e la sanità sia il primo settore su cui investire urgentemente (https://dirittoesanita.unipv.it/kdocs/2124983/aspettative_italiani_ssn.pdf).

Rispetto a quanto già disciplinato a legislazione vigente[2], non sono previste nuove risorse per l'assunzione di personale, la risorsa più scarsa oggi nella sanità pubblica. Il tetto sulla spesa per il personale non viene abolito e solo qualora sia rispettato dalle regioni si può procedere ad assunzioni entro l'incremento del Fondo (sempre che ce ne sia la capienza). D'altra parte, l'aumento delle remunerazioni con il rinnovo dei contratti non è in grado di contrastare la demotivazione dei professionisti, tant'è che il governo prima dell'estate con il DL 73/24 ha concertato con i sindacati che le prestazioni aggiuntive in libera professione, ma in realtà richieste dalle aziende sanitarie per ridurre le liste di attesa, siano tassate in regime di *flat rate tax incrementale* al 15%. **Una carota che aggiunge eccezioni alle eccezioni e che continua a stravolgere la natura progressiva dell'imposta sui redditi.**

Mentre non si arresta la tendenza già avviata lo scorso anno ad espandere i tetti di spesa per l'acquisto di prestazioni sanitarie da privati accreditati: +0,5% nel 2025 e +1% dal 2026, confermando l'intenzione di rafforzare la privatizzazione di consistenti quote di spesa sanitaria (art.48). In valore assoluto l'incremento per i privati è di 61,5 mln nel 2025 (che si sommano ai 368 mln già autorizzati con la LB 2024), mentre dal 2026 l'aumento complessivo è di 613 mln, un regalo non da poco che dovrebbe far salire il tetto massimo a 13 mld, sostenuto dalle difficoltà nelle strutture pubbliche per il recupero nelle liste di attesa.

Il disegno di legge destina i nuovi finanziamenti a una serie di interventi riassunti nella tabella seguente che, con l'eccezione delle assunzioni in deroga, si collocano in buona parte sulle linee definite nella manovra per 2024. (Figura 2)

Figura 2

Interventi a valere su FSN previsti dal dd LB 2025 (mln di euro)						
	2025	2026	2027	2028	2029	2030
Incremento del FSN	1.302	5.078	5.780	6.663	7.725	8.898
Spesa per personale SSN	1.040	2.765	3.767	4.650	5.712	6.885
<i>Rinnovi contratti 2025-2027 (1)</i>	885	1.778	2.780	2.780	2.780	2.780
<i>Rinnovi contrattuali 2028-2030 (art. 47, c.2)</i>				883	1.945	3.117
<i>Indennità pronto soccorso (art. 56)</i>	50	100	100	100	100	100
<i>Ind. spec. dirigenza medici veterinari (art. 62)</i>	50	327	327	327	327	327
<i>Ind. spec. dirigenza non medica (art. 63, c.1)</i>	5.5	5.5	5.5	5.5	5.5	5.5
<i>Ind. specif. Infermieri (art. 63, c.2)</i>	35	285	285	285	285	285
<i>Ind. specif. altro personale (art. 59)</i>	15	150	150	150	150	150
<i>Medici in formazione specialistica</i>		120	120	120	120	120
Aggiornamento Tariffe ospedaliere (art. 50)	77	1.000	1.000	1.000	1.000	1.000
Aggiornamento LEA (art. 51, c.1)	50	50	50	50	50	50
Altre misure con vincolo di destinazione	135	1.263	963	963	963	963
<i>Obiettivi di carattere prioritario (art. 47, c.3)</i>		928	478	528	528	528
<i>di cui Tetto acquisti da privati accreditati (2)</i>	61.5	123	123	123	123	123
<i>Distribuzione farmaci (art. 57, c.3)</i>		50	50			
<i>Premialità liste di attesa (art. 64)</i>	50	100	100	100	100	100
<i>Cure palliative (art. 58)</i>	10	10	10	10	10	10
<i>Piano Pandemico nazionale (art. 52)</i>	50	150	300	300	300	300
<i>Dispositivi medici trapianti (art. 53)</i>	10	10	10	10	10	10
<i>Mobilità comunità terapeutiche (art. 65)</i>	15	15	15	15	15	15

Fonte: ns elaborazioni su Documenti di finanza pubblica

(1) Stima come differenza tra le maggiori risorse disponibili e le somme vincolate a specifici interventi al valere sul FSN (dd LB 2025).

(2) A valere sulle risorse vincolate agli obiettivi di carattere prioritario e di rilievo nazionale di cui all'art. 1, c. 34 e 34-bis della l.662/1996.

A parte le risorse per i rinnovi contrattuali, che pesano in misura consistente e crescente sulle risorse aggiuntive anche in ragione dei futuri accantonamenti per il contratto 2028-2030, si segnalano l'aumento

delle indennità di pronto soccorso per dirigenza e comparto (50 mln nel 2025 e 100 mln a regime dal 2026), gli incrementi dell'indennità di specificità per la dirigenza medica, infermieristica e per le altre professioni (per complessivi 105,5 mln nel 2025 e 767,5 mln dal 2026) e la ridefinizione del trattamento economico dei medici specializzandi (120 dal 2026). Ulteriori risorse sono vincolate all'aggiornamento delle tariffe massime delle prestazioni di riabilitazione ospedaliera e lungodegenza erogate in post acuzie (77 mln nel 2025 e 350 mln dal 2026) e delle prestazioni di assistenza ospedaliera per acuti (650 mln dal 2026, art. 50). All'aggiornamento dei LEA, compreso quello delle tariffe, sono destinati 50 mln (art. 51) che si aggiungono ai 200 mln dello scorso anno, aggiornamento rimasto da tempo in sospeso in attesa che dal 2016 la Commissione per l'aggiornamento permanente dei LEA venisse nominata, cosa che è avvenuta lo scorso mese di aprile. Il disegno di legge di bilancio incrementa inoltre in maniera consistente l'ammontare delle risorse che, su proposta del Ministero della Salute, dovrebbero essere destinate al perseguimento degli obiettivi sanitari di carattere prioritario e di rilievo nazionale in coerenza con la programmazione nazionale (art. 47, comma 3).

Le prospettive di rafforzamento della sanità pubblica e universale appaiono dunque pericolosamente compromesse. Il tutto in coerenza con l'obiettivo indicato nel PSB (pag 148) di "sviluppo e riordino degli strumenti di sanità integrativa", confermato dal Presidente della *Commissione Affari sociali, sanità, lavoro pubblico e privato, previdenza sociale* del Senato secondo il quale il modello "virtuoso del SSN non è più sostenibile dal punto di vista economico" e la **Commissione sta lavorando per il raddoppio (da 15 a 30 milioni) del numero di cittadini coperti da un fondo**

complementare (https://www.ansa.it/sito/notizie/economia/pmi/2024/10/23/welfarezaffinia-lavoro-per-secondo-pilastro-sanita-integrativa_23d4a3bb-cd84-48a5-aeab-3433c51c2421.html).

Le iniquità e gli alti costi che il secondo pilastro potrebbe comportare sono totalmente sottovalutati, e gli italiani rischiano di ritrovarsi con un sistema che, contrariamente alla narrazione dei suoi sostenitori, comporta un aumento della spesa complessiva, una crescita dell'inappropriatezza e un aumento delle disuguaglianze, come dimostrato da tutti gli studi internazionali. Dopo decenni di un Servizio sanitario certamente imperfetto, ma pensato per assicurare a tutti l'assistenza, gli italiani stanno riscoprendo (e sempre più sperimenteranno) uno dei timori più disumani che si possano provare: la paura di non potersi curare a causa dell'alto costo delle cure

[1] La spesa primaria netta è la spesa al netto degli interessi passivi, delle componenti cicliche legate all'andamento della disoccupazione, della spesa per programmi dell'Unione interamente finanziati da fondi europei, della spesa nazionale per il co-finanziamento di programmi europei, delle misure di bilancio temporanee o una tantum e delle variazioni discrezionali dal lato delle entrate. È l'indicatore di riferimento definito nella riforma della governance europea del Patto di stabilità e crescita.

[2] Si ricorda che a legislazione vigente in deroga ai tetti di spesa il decreto rilancio 34/20 ha previsto 746 mln di assunzioni di personale a regime sull'assistenza territoriale; il PNRR 1.350 mln di assunzioni di personale ADI a regime dal 2025; la legge di bilancio per il 2022 ha previsto risorse per assunzioni per 591 mln nel 2025 e 1015 dal 2026 a regime; la legge di bilancio per il 2024 ha disposto per assunzioni 250 dal 2025 e 350 dal 2026 a regime. Si tratta complessivamente di circa 3 miliardi per il 2025 e quasi 3,5 mld per il 2026.

Nerina Dirindin, Università di Torino e Enza Caruso, Università di Perugia

<https://www.saluteinternazionale.info/2024/11/la-sanita-pubblica-non-e-una-priorita/>

Sanità integrativa: 2,8 mld di prestazioni ma solo il 20% dei lavoratori conosce gli strumenti di welfare aziendale

Sono 2,8 miliardi le prestazioni erogate a favore di oltre 14 milioni di italiani da parte della sanità integrativa, che rappresenta uno degli asset fondamentali del welfare aziendale ma, meno del 20% dei lavoratori occupati dichiara di conoscerne bene strumenti e dispositivi e il 35% dichiara di non avere alcuna conoscenza (VI rapporto Censis-Eudaimon).

Sono i temi emersi durante il tavolo di lavoro promosso dall'Osservatorio nazionale Welfare e Salute a cui hanno partecipato i responsabili delle Risorse Umane di diverse aziende e rappresentanti di associazioni di categoria.

“Un appuntamento pensato per favorire uno scambio di punti di vista su un tema ormai acclarato e cioè quello che riguarda l'importanza del welfare contrattuale e in particolare della sanità integrativa, che ne è uno dei principali pilastri dal punto di vista economico e sociale - ha detto **Ivano Russo**, presidente di ONWS -. Il welfare aziendale ha assunto una rilevanza fondamentale agli occhi dei lavoratori nella fase della scelta ma anche come incentivo per restare all'interno dell'azienda stessa, quindi in una prospettiva sia di recruiting che di retention del lavoratore. Un tema sempre più fondamentale che non può non avere un impatto sulla gestione delle risorse umane e su come le aziende approcciano alla questione del personale, rivoluzionando le politiche HR che storicamente sono ancorate quasi esclusivamente agli aspetti salariali. In sintesi: è sempre più importante conoscere che tipo di well being complessivo, di benessere, l'azienda mette a disposizione del proprio lavoratore”.

Secondo una ricerca Nomisma, costruita intervistando un migliaio di lavoratori e i dirigenti di 150 imprese, 8 lavoratori su 10 scelgono il posto di lavoro anche sulla base dei servizi di welfare, evidenziando quindi l'attenzione dei lavoratori verso la salute e il benessere individuale, ma anche i servizi di supporto ai parenti anziani. “È quindi molto importante - continua Russo - che le parti datoriali, sia a livello aziendale che a livello associativo, si impossessino appieno delle conoscenze tecniche e di strategia, di visione, dei vari strumenti del welfare contrattuale, perché questo significa poter avere più frecce al proprio arco quando si tratta di costruire poi il rapporto con i propri dipendenti, anche per cercarli e per trattenerli”.

Una discussione che si inserisce in un quadro più ampio, “in cui è evidente la necessità di un intervento legislativo che dia completezza a quelle parti del welfare aziendale ancora regolate da norme frammentarie e incomplete, ma soprattutto occorre un quadro normativo definitivo e complessivo su questa materia”.

<https://www.sanita24.ilsole24ore.com/art/lavoro-e-professione/2024-11-14/sanita-integrativa-28-mld-prestazioni-ma-solo-20percento-lavoratori-conosce-strumenti-welfare-aziendale-174142.php?uuid=AGD5no8&cmpid=nlqf>



The NEW ENGLAND
JOURNAL of MEDICINE

Celebrare la salute pubblica

Eric J. Rubin

N inglese J Med 2024 ; 391 : 1470 - 1471

DOI: 10.1056/NEJMp2412061

Ogni anno, la rivista pubblica articoli Clinical Implications of Basic Research (CIBR) in concomitanza con l'annuncio di due premi, i Lasker Awards for Basic Medical Research e for Clinical Medical Research. Questi

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

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

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

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

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

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

I dottori Abdool Karim sono straordinari. Ma i loro successi ci ricordano le tante persone il cui lavoro nella sanità pubblica è meno apprezzato. Infatti, il campo della sanità pubblica è sotto minaccia. Negli Stati Uniti, i leader della sanità pubblica sono stati calunniati e gli operatori in prima linea sono stati minacciati dall'inizio dell'epidemia di Covid-19. Durante ogni epidemia di Ebola, gli operatori sanitari pubblici hanno dovuto affrontare sospetti e attacchi. E il personale sanitario della comunità che fornisce vaccini antipolio continua a essere ucciso in luoghi come Pakistan e Afghanistan. In questo senso, forse non c'è mai stato un periodo più difficile nella sanità pubblica.

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

<https://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMp2412061?query=TOC&ssotoken=U2FsdGVkX1%2BwcX%2BIpkXED5fb7ELTc9Oxv4Q%2FdqJ9KjLf2k1CRXR23ltxFUst1RHO3fbfzI3fu%2B7zXKKW%2B8mOT%2BIORpEBRzfO%2BQzOS5EG0u2PocYC8nljy5gtV1clm9JBm68Xolhcnbdpt6q7TfjhtNw3%2Fmu4NCGJjDPELDMISc%2BY6RrRQXo2IXPJUm%2F5wQ5QElcYOP8c5qjFxDz0y9Cdg%3D%3D&cid=DM2367282 Non Subscriber&bid=-1691741376>

quotidianosanità.it

Ddl concorrenza. Stop alle nuove regole per l'accreditamento e gli accordi contrattuali con il Ssn per le strutture private. Ok a sospensione per due anni

La sospensione è prevista fino agli esiti delle attività del Tavolo di lavoro per lo sviluppo e l'applicazione del sistema di accreditamento nazionale che saranno sottoposti ad apposita intesa con la Conferenza permanente Stato regioni, fissando il termine di sospensione in ogni caso entro e non oltre il termine del 31 dicembre 2026. Inoltre si introduce la possibilità di commercializzare anche il sangue il cui plasma sia lavorato in regime di libero mercato.

25 NOV -

Prenderà il via oggi l'esame dell'aula della Camera sul disegno di legge sulla concorrenza.

Il testo, modificato in commissione Attività produttive, prevede all'articolo 35 la sospensione dell'efficacia delle disposizioni in materia di accreditamento e di accordi contrattuali con il Servizio sanitario nazionale.

L'articolo è volto a sospendere l'efficacia di specifiche disposizioni in materia di accreditamento istituzionale, con particolare riferimento alla richiesta da parte di nuove strutture o all'avvio di nuove attività in strutture preesistenti, e di accordi contrattuali per l'erogazione di prestazioni sanitarie e socio-sanitarie per conto e a carico del Ssn.

La sospensione è prevista fino agli esiti delle attività del Tavolo di lavoro per lo sviluppo e l'applicazione del sistema di accreditamento nazionale che saranno sottoposti ad apposita intesa con la Conferenza permanente Stato regioni, fissando il termine di sospensione in ogni caso **entro e non oltre il termine del 31 dicembre 2026**.

Più in dettaglio, la sospensione è finalizzata a consentire una revisione complessiva della disciplina dell'accreditamento istituzionale e alla stipula degli accordi contrattuali per l'erogazione di prestazioni sanitarie e socio-sanitarie in nome e per conto del Servizio sanitario nazionale.

La norma precisa, infine, che la sospensione è prevista fino agli esiti delle attività del **Tavolo di lavoro per lo sviluppo e l'applicazione del sistema di accreditamento nazionale (Trac)** che saranno sottoposti ad apposita intesa con la Conferenza permanente Stato-regioni, fissando il termine di sospensione in ogni caso **entro e non oltre il termine del 13 dicembre 2026**.

Infine l'articolo 37, anch'esso introdotto durante l'esame referente, novella la normativa vigente in tema di **lavorazione del plasma italiano derivante dalle donazioni di sangue da parte di donatori volontari non remunerati**, introducendo la possibilità di commercializzare anche il sangue il cui plasma sia lavorato in regime di libero mercato.

La modifica è dichiaratamente volta a evitare una possibile procedura d'infrazione, essendo diretta a rimuovere i limiti attualmente esistenti relativamente alla possibilità di stipulare convenzioni con le Regioni italiane per la lavorazione del plasma, limiti che attualmente non ammettono alcune aziende europee con stabilimenti in Stati dove il plasma è ceduto a fini di lucro in regime di libero mercato.

https://www.quotidianosanita.it/governo-e-parlamento/articolo.php?articolo_id=125994

MPOX. La malattia resta emergenza sanitaria internazionale. Oms: “Preoccupazione per impennata casi e loro diffusione geografica”

29 NOV -

Nonostante alcuni progressi verso il controllo della diffusione di MPOX derivanti dagli sforzi di risposta nazionali e internazionali, il Comitato di emergenza del Regolamento sanitario internazionale ha notato il numero crescente e la continua diffusione geografica dei casi di MPOX, in particolare quelli dovuti all'infezione da virus del vaiolo delle scimmie clade Ib; le sfide operative sul campo che necessitano di impegni nazionali più forti; nonché la necessità di organizzare e sostenere una risposta coesa tra paesi e partner. Per il Comitato MPOX continua a soddisfare i criteri di un'emergenza sanitaria pubblica di interesse internazionale (PHEIC).

Nel corso di una riunione del Comitato di emergenza,

il vicedirettore generale dell'Oms ha ricordato che la determinazione dell'emergenza sanitaria pubblica di interesse internazionale (PHEIC), il 14 agosto 2024, è stata un appello alle autorità nazionali affinché investano energicamente per prevenire e controllare la trasmissione di MPOX, con particolare attenzione al clade Ib, per ridurre il rischio di diffusione internazionale dell' MPOX, e affinché la comunità internazionale agisca in modo coeso e intenso con tutti gli strumenti e le risorse disponibili per la sua prevenzione e controllo.

Il vicedirettore generale dell'Oms ha sottolineato che, dall'ultima riunione del Comitato nell'agosto 2024, la situazione è diventata più complessa e continua a richiedere una risposta internazionale coordinata.

Il Segretariato dell'Oms ha presentato una panoramica della situazione epidemiologica globale di mpoX, inclusi tutti i clade MPXV, evidenziando che, dall'ultima riunione del Comitato nell'agosto 2024, la trasmissione di MPXV è stata segnalata in tutte e sei le Regioni dell'Oms.

Mentre la Regione africana dell'Oms rappresenta il maggiore contributore all'aumento globale dei casi di MPOX a causa dei clade Ia, Ib e IIa, l' MPOX nella Regione del Pacifico occidentale dell'Oms è aumentato a causa di un'epidemia di clade IIb di MPXV tra uomini che hanno rapporti sessuali con uomini segnalata dall'Australia.

Per quanto riguarda la diffusione del clade Ib dell'MPXV nella regione africana dell'Oms, dall'ultima riunione del Comitato, il Segretariato ha dichiarato che i focolai di trasmissione si trovano nella RDC, con il clade Ib ora rilevato in sei province, tra cui l'area urbana della capitale Kinshasa. Il clade Ib dell'MPXV si è diffuso anche nei paesi limitrofi, tra cui Burundi (2.083 casi di MPOX, in crescita nelle aree urbane di Bujumbura e Gitega) e Uganda (582 casi di MPOX in crescita nella capitale Kampala) con una trasmissione comunitaria sostenuta consolidata; e Kenya (17 casi di MPOX) e Ruanda (37 casi di MPOX) con focolai di casi di MPOX (dati riportati al 19 novembre 2024).

Inoltre, casi di infezione da MPXV clade Ib correlati ai viaggi, per lo più epidemiologicamente collegati ai paesi sopra menzionati, sono stati rilevati in otto paesi nelle seguenti regioni dell'Oms: regione africana (Zambia e Zimbabwe); regione delle Americhe (Stati Uniti d'America); regione europea (Germania, Svezia e Regno Unito. Nel Regno Unito, si è verificata la trasmissione all'interno della famiglia del caso); e regione del sud-est asiatico (India e Thailandia).

I dati disponibili a livello subnazionale nella RDC mostrano che le dinamiche osservate di trasmissione del clade Ib dell'MPXV cambiano nel tempo e sono diverse nelle zone sanitarie interessate.

Da quando il clade Ib dell'MPXV è stato rilevato per la prima volta nel settembre 2023 nella provincia del Sud Kivu nella zona sanitaria di Kamituga, la fascia d'età più colpita è passata dagli adulti, dove la trasmissione è stata osservata per la prima volta e sembra essere stata sostenuta dal contatto all'interno di reti di sesso a pagamento, a fasce d'età più giovani, compresi i bambini, e sostenuta dalla trasmissione domestica e probabilmente più ampia della comunità attraverso uno stretto contatto fisico.

Le stesse caratteristiche epidemiologiche si stanno osservando nella capitale Kinshasa, dove l'epidemia è in gran parte causata dalla trasmissione tra adulti, ma dove vengono segnalati sempre più bambini a seguito di stretti contatti fisici all'interno delle famiglie e/o della comunità.

Questa la classificazione del rischio di diffusione nazionale e internazionale:

- **Clade Ib:** rischio elevato per la salute pubblica e rischio elevato di diffusione nazionale/internazionale;
- **Clade Ia:** rischio elevato per la salute pubblica e rischio moderato di diffusione nazionale/internazionale;
- **Clade II:** rischio moderato per la salute pubblica e rischio moderato di diffusione nazionale/internazionale.

Su questa base, e approfondendo ulteriormente le questioni affrontate durante la sessione di domande e risposte, il Comitato ha ritenuto che:

L'evento è "straordinario" a causa di:

- **L'aumento del numero di casi di MPOX e l'espansione geografica dei focolai** di trasmissione del clade Ib di MPXV all'interno degli Stati parti;
- **L'evoluzione delle dinamiche di trasmissione del clade Ib di MPXV** - dall'interno di note reti sessuali a pagamento, all'interno delle famiglie, alla comunità più ampia - che determina l'infezione di fasce d'età più ampie e/o gruppi di popolazione vulnerabili e/o la co-infezione e la co-circolazione con altre clade di MPXV e/o agenti patogeni e, quindi, genera incertezze e incognite in termini di morbilità e mortalità e, di conseguenza, porta a nuove sfide di risposta, anche per quanto riguarda l'assistenza clinica;
- **Il rischio di mutazioni del clade Ib di MPXV** nel contesto di una trasmissione comunitaria sostenuta, che determina nuove dinamiche di trasmissione e/o è associata a nuovi modelli di morbilità e mortalità (ad esempio cambiamenti di trasmissibilità e/o virulenza);
- **L'attuale prevalenza di infezioni da MPXV clade Ia nella RDC** con nuovi focolai di trasmissione della malattia attraverso la rete sessuale nella capitale Kinshasa.

Il Comitato ha ribadito la sua preoccupazione per la continua diffusione dell'MPXV e le incertezze che ne conseguono, nonché per l'efficacia e l'efficienza della risposta a livello locale.

Il Comitato ha sottolineato la necessità di un impegno costante da parte delle autorità nazionali nel concentrare sforzi e risorse a livello locale per interrompere la trasmissione dell'MPXV, nonché il ruolo della cooperazione internazionale coordinata nel supportare e integrare tali sforzi in modo sinergico.

Pertanto, il Comitato ritiene che la determinazione del Direttore generale dell'OMS secondo cui l'impennata di mpxv costituisce ancora una PHEIC è giustificata.

https://www.quotidianosanita.it/scienza-e-farmaci/articolo.php?articolo_id=126130



Vaccini, l'Oms individua 17 agenti patogeni prioritari su cui concentrare la R&S

Barbara Gobbi

Un nuovo studio dell'Organizzazione mondiale della Sanità (Oms) appena pubblicato su eBioMedicine individua 17 agenti patogeni che regolarmente causano malattie nelle comunità come massime priorità per lo sviluppo di nuovi vaccini. Lo studio dell'Oms rappresenta il primo sforzo globale per dare sistematicamente

la priorità ai patogeni endemici sulla base di criteri che includevano il carico di malattia regionale, il rischio di resistenza antimicrobica e l'impatto socioeconomico.

Lo studio riconferma le priorità di lunga data per la ricerca e lo sviluppo (R&S) di vaccini, tra cui Hiv, malaria e tubercolosi, tre malattie che complessivamente uccidono quasi 2,5 milioni di persone ogni anno. Inoltre identifica agenti patogeni come lo streptococco di gruppo A e la Klebsiella pneumoniae come le massime priorità di controllo delle malattie in tutte le regioni, evidenziando l'urgenza di sviluppare nuovi vaccini per agenti patogeni sempre più resistenti agli antimicrobici.

«Troppo spesso le decisioni globali sui nuovi vaccini sono state guidate esclusivamente dal ritorno sugli investimenti, piuttosto che dal numero di vite che potrebbero essere salvate nelle comunità più vulnerabili - ha affermato Kate O'Brien, direttrice del settore Immunizzazione, Vaccini e prodotti biologici dell'Oms -. Questo studio utilizza ampie competenze e dati regionali per valutare i vaccini che non solo ridurrebbero in modo significativo le malattie che oggi hanno un forte impatto sulle comunità, ma ridurrebbero anche i costi medici che le famiglie e i sistemi sanitari devono affrontare».

Il metodo di lavoro. L'Oms ha chiesto agli esperti regionali di identificare i fattori che sono più importanti per loro al momento di decidere quali vaccini introdurre e utilizzare. L'analisi di tali preferenze, combinata con i dati regionali per ciascun patogeno, ha prodotto i primi 10 patogeni prioritari per ciascuna regione dell'Organizzazione. Gli elenchi regionali sono stati poi consolidati per formare la lista globale, risultando in 17 patogeni endemici prioritari per i quali è necessario ricercare, sviluppare e utilizzare nuovi vaccini. Questo nuovo elenco prioritario globale dell'Oms di agenti patogeni endemici per la ricerca e lo sviluppo di vaccini "supporta l'obiettivo dell'Agenda di immunizzazione 2030 di garantire che tutti, in tutte le regioni, possano beneficiare di vaccini che li proteggano da malattie gravi. L'elenco - spiegato dall'Oms - fornisce una base di prove equa e trasparente per definire le agende regionali e globali per la ricerca e lo sviluppo di nuovi vaccini e la produzione, ed è inteso a fornire ad accademici, finanziatori, produttori e paesi una direzione chiara su dove la ricerca e sviluppo sui vaccini potrebbe avere il maggiore impatto".

Integrata la ricerca sugli agenti patogeni potenzialmente pandemici. Questo esercizio di definizione delle priorità globali per gli agenti patogeni endemici integra il progetto di ricerca e sviluppo dell'Oms per le epidemie, che ha identificato gli agenti patogeni prioritari che potrebbero causare future epidemie o pandemie, come il Covid-19 o la sindrome respiratoria acuta grave (Sars). I risultati di questo nuovo rapporto sugli agenti patogeni endemici rientrano nel lavoro dell'Oms per identificare e sostenere le priorità di ricerca e le esigenze dei programmi di immunizzazione nei paesi a basso e medio reddito, per informare l'agenda globale di ricerca e sviluppo sui vaccini e per promuovere strategicamente lo sviluppo e l'adozione di vaccini prioritari, contro gli agenti patogeni che causano il maggiore onere sanitario, soprattutto pubblico, e il maggiore impatto socioeconomico.

Le tre categorie individuate dall'ultimo lavoro di ricerca dell'Oms

Patogeni per cui è richiesta la ricerca di un vaccino

- Streptococco A
- Epatite C
- Hiv-1
- Klebsiella pneumoniae

Patogeni per cui servono ulteriori sviluppi del vaccini

- Citomegalovirus
- Influenza (vaccino più ampiamente protettivo)
- Lesmaniosi
- Salmonella non tifoide
- Norovirus
- Plasmodium falciparum (malaria)
- Shigella
- Stafilococco aureo

Patogeni per cui i vaccini stanno raggiungendo l'approvazione, raccomandazioni di policy o l'introduzione sul mercato

- Dengue
- Streptococco B
- Escherichia coli extra-intestinale
- Mycobacterium tuberculosis
- Virus respiratorio sinciziale (Rsv)

<https://www.sanita24.ilsole24ore.com/art/medicina-e-ricerca/2024-11-05/vaccini-l-oms-individua-17-agenti-patogeni-prioritari-cui-concentrare-rs-100902.php?uuid=AGMSekv&cmpid=nlqf>



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.

[Scarica questo articolo in formato PDF](#)

[Sistemi sanitari internazionali](#)

[Centers for Disease Control and Prevention](#), [COP29](#), [Food and Drug Administration \(FDA\)](#), [i National Institutes of Health](#), [OMS](#), [Robert F Kennedy Jr](#), [Sistema sanitario americano](#), [Trump](#), [USA](#)

<https://www.saluteinternazionale.info/2024/11/trump-la-salute-e-la-scienza/>

Aderenza terapeutica, Aifa: “Non rispettarla costa al SSN due miliardi ogni anno”

Percentuali e numeri sull'aderenza terapeutica sono stati al centro della discussione del tavolo tecnico su Medicina di Precisione e Prescrittomica inaugurato presso l'Agenzia italiana del Farmaco (Aifa), a cui hanno preso parte anche Società scientifiche, organizzazioni delle professioni sanitarie e accademici del settore

[Isabella Faggiano](#)

C'è chi dimentica di prendere tutti i farmaci prescritti perché troppo anziano per ricordarsene con puntualità e chi rinuncia consapevolmente a seguire le prescrizioni mediche.

Qualunque sia il motivo della mancata aderenza terapeutica, la conseguenza è la medesima: la salute dei pazienti peggiora e i costi a carico del Sistema Sanitario Nazionale aumentano. Ammonterebbe a circa due miliardi di euro ogni anno la spesa che il SSN deve sostenere proprio per la mancata aderenza alle terapie.

Aumentare il rispetto delle prescrizioni anche solo del 15% potrebbe ridurre i costi assistenziali di 300 milioni, cifra che lieviterebbe ulteriormente considerando anche quelli sociali, ovvero quelli derivanti dalla perdita di giornate lavorative trascorse in malattia. Stando ai dati emersi dall'ultimo rapporto OsMed quasi un anziano su tre, pari al 28,5% degli over 65, assume 10 o più medicinali nel corso d'anno, almeno cinque nel 68% dei casi.

Percentuali e numeri sull'aderenza terapeutica sono stati al centro della discussione del **tavolo tecnico su Medicina di Precisione e Prescrittomica** inaugurato presso l'Agenzia italiana del Farmaco (Aifa), a cui hanno preso parte anche Società scientifiche, organizzazioni delle professioni sanitarie e accademici del settore. L'obiettivo è arrivare a stilare una relazione finale entro un anno che possa suggerire delle strategie per migliorare lo stato dell'arte.

Nell'attività di ricerca anche social network e AI

“Molti trattamenti – spiega il presidente dell'Aifa, **Robert Nisticò**, inaugurando i lavori del Tavolo tecnico – si traducono poi in bassa aderenza e persistenza alle terapie, con danni alla salute dei pazienti e spreco di risorse. Acuiti anche dal fatto che l'interazione di così tanti medicinali diventa difficile da tenere sotto controllo per gli stessi medici e può generare effetti avversi o scarsa tollerabilità ai trattamenti”.

Da qui la spinta su farmacogenetica e Intelligenza artificiale. “Diversi studi – riferisce Nisticò – hanno dimostrato che l'uso dell'Intelligenza artificiale per monitorare le terapie, inviare promemoria personalizzati e fornire supporti in tempo reale può aumentare fino al 20% l'aderenza alle terapie stesse. Percentuale che si traduce in un miglioramento del 40% della qualità della vita e del 20% in termini di sopravvivenza”.

Per quanto riguarda la farmacogenetica “nei pazienti poli-trattati – dice Nisticò – l'informazione genomica consente anche di valutare le interazioni tra farmaci e l'impatto cumulativo della terapia e questo significa poter ridurre gli effetti collaterali, come i rischi di tossicità, aumentare l'aderenza alle terapie, il tutto riducendo i costi sanitari indotti da visite ambulatoriali e ospedalizzazioni, che secondo studi Usa tra il tre e il sette per cento dei casi sono causate da reazioni avverse ai medicinali”.

Un aiuto può venire anche dai social network “per condividere con la popolazione generale informazioni semplici e precise sull'uso corretto dei medicinali e le loro possibili interazioni”.

Gli obiettivi del tavolo tecnico su Medicina di Precisione e Prescrittomica

In particolare sono tre gli obiettivi del Tavolo tecnico su Medicina di Precisione e Prescrittomica.

Il primo è elaborare linee di indirizzo, all'interno delle competenze istituzionali dell'Aifa per l'applicazione della medicina di precisione nella gestione della terapia farmacologica, con particolare attenzione riguardo la politerapia, e identificare i possibili approcci della medicina di precisione nell'ambito delle buone pratiche prescrittive.

Ma anche definire ambiti di studio, approcci innovativi e validati per migliorare la qualità della prescrizione farmacologica anche sulla base delle informazioni di biochimica-funzionale derivabili dall'analisi del

patrimonio genetico germinale di un individuo. Infine, redigere una relazione finale con l'obiettivo di informare adeguatamente tutti gli stakeholder sui risultati raggiunti.

https://www.sanitainformazione.it/salute/farmaci-aifa-per-la-mancata-aderenza-terapeutica-ogni-anno-il-ssn-spreca-due-miliardi/?mkt_tok=MDIwLVNDVC0wNjQAAAGWwJ1-EiXY2zFAf5vrn2g9f9lCk9bPXu8-ARhWVIHYT8xbfTgKVX5Cw9VvQBLEFJ8_gvdleUrOd5xTD6kAzuZBhxCicZ0BGjuxtWh6-BuK0uE



Le principali linee guida globali sulla bioetica ricevono un aggiornamento "drammatico"

La Dichiarazione di Helsinki riveduta sottolinea la necessità di equità, protezione dei gruppi vulnerabili e integrità della ricerca

Cathleen O'Grad

La Dichiarazione di Helsinki, un testo fondamentale che delinea i principi etici internazionali per la ricerca medica, ha subito una delle revisioni più estese da quando è stata adottata nel 1964. Per la prima volta, il documento chiede che la ricerca medica protegga i volontari sani e consideri le disuguaglianze strutturali nella medicina e nella società. Richiede inoltre il rispetto non solo dei medici, ma di tutti i ricercatori coinvolti nella scienza medica.

La revisione, pubblicata su *JAMA* il 19 ottobre, è il [decimo aggiornamento della dichiarazione](#) e "il più drammatico da molto tempo", afferma Jack Resneck, che ha presieduto il gruppo di lavoro della World Medical Association (WMA) che ha riscritto il testo, un processo che ha incluso otto workshop in tutto il mondo e due round di consultazione pubblica. Tuttavia, alcuni avevano sperato in cambiamenti più radicali. La WMA ha creato la Dichiarazione di Helsinki in risposta ai macabri esperimenti nei campi di concentramento nazisti e ai successivi fallimenti bioetici come lo scandalo della talidomide, in cui un farmaco mal testato ha portato alla perdita o alla deformazione degli arti in migliaia di neonati. Il testo ha stabilito principi generali, come il diritto dei partecipanti a ritirarsi dalla ricerca e la necessità del consenso; aggiornamenti successivi hanno aggiunto clausole cruciali come il ruolo dell'approvazione etica. Sebbene non sia legalmente vincolante, alcuni paesi fanno riferimento alla dichiarazione nella legislazione e i suoi principi generali sono sviluppati in documenti più dettagliati, come le linee guida etiche pubblicate dal Council for International Organizations of Medical Sciences.

Un cambiamento fondamentale nella nuova versione è evidente persino nel titolo della dichiarazione, che ora si riferisce a "ricerca che coinvolge partecipanti umani", non soggetti, come prima. Questo è "molto più di un cambiamento di retorica, è davvero un cambiamento di prospettiva, una sorta di cambiamento di paradigma", afferma Philippe Amiel, membro del comitato etico dell'agenzia francese per la ricerca biomedica INSERM. La nuova formulazione segnala che i partecipanti non sono più visti come "potenziali vittime di possibili torturatori", ma come persone con capacità di azione che spesso hanno un profondo desiderio di partecipare alla ricerca, afferma.

Lo stesso pensiero è alla base dei cambiamenti nel linguaggio sulla protezione dei gruppi vulnerabili, afferma Amiel. La versione precedente affermava che i partecipanti particolarmente vulnerabili, come le donne incinte o i membri di minoranze etniche e razziali, dovevano essere protetti. Di conseguenza, quei gruppi venivano spesso esclusi del tutto dagli studi, afferma Paul Ndebele, un bioeticista della George Washington University. La nuova versione afferma che l'esclusione potrebbe esacerbare le disparità e che i potenziali danni derivanti dalla partecipazione a uno studio devono essere soppesati rispetto a quelli dell'esclusione.

"Vogliamo garantire che le donne incinte siano coinvolte nella ricerca, garantendo al contempo la sicurezza del loro coinvolgimento", afferma Ndebele.

Il nuovo testo risponde anche a uno scandalo recente: la promozione durante la pandemia di coronavirus di terapie inefficaci contro il COVID-19, come l'idrossiclorochina e l'ivermectina, a volte da parte di ricercatori che invocano la dichiarazione stessa. Ad esempio, il microbiologo francese Didier Raoult e i suoi colleghi hanno scritto in una bozza di documento del 2023 che era consentito trattare 30.202 pazienti affetti da COVID-19 con idrossiclorochina sulla base delle disposizioni della dichiarazione per interventi non comprovati. (Le società scientifiche francesi hanno [denunciato lo studio come "sperimentazione clinica illegale"](#)).

La dichiarazione rivista ora afferma che i principi etici devono essere rispettati anche nelle emergenze di salute pubblica. Sebbene i medici possano talvolta provare ad alleviare la sofferenza di un paziente con farmaci non provati quando non è disponibile altro, dovrebbero sempre chiedere consiglio agli esperti e il consenso informato dei pazienti, e i ricercatori non dovrebbero mai usare questa strada per "aggirare le protezioni per i partecipanti alla ricerca stabilite in questa Dichiarazione".

L'aggiornamento è stato approvato all'unanimità dalle organizzazioni mediche nazionali che compongono l'Assemblea generale della WMA. Ma con meno di quattro pagine, la dichiarazione è breve, pensata per contenere solo principi di "alta quota", afferma Resneck. Alcune parti interessate vedono delle omissioni.

François Bompard, segretario di un [progetto INSERM dedicato alle preoccupazioni sui volontari sani nella ricerca medica](#), afferma che la richiesta di protezione dei volontari sani e dei pazienti è una "buona notizia". Ma preoccupazioni specifiche non vengono affrontate, il che lui definisce un'"occasione persa". I volontari sani in genere partecipano agli studi per denaro, sono spesso confinati nei centri di studio per lunghi periodi e possono anche soffrire di problemi di salute a seguito della partecipazione a sperimentazioni farmacologiche, afferma Jill Fisher, professoressa di medicina sociale presso l'Università della Carolina del Nord a Chapel Hill che ha studiato volontari sani e ha lavorato insieme a Bompard nel progetto. Fisher sperava che il testo aggiornato affrontasse tali questioni.

Caesar Atuire, un eticista presso l'Università di Oxford e l'Università del Ghana, aveva sperato in un cambiamento più profondo nel pensiero. "L'etica non riguarda solo l'evitamento del male", afferma: "Si tratta anche di promuovere il bene". La dichiarazione è "abbastanza silenziosa" sui potenziali benefici per i partecipanti, afferma. I ricercatori attualmente hanno poco potere per garantire che le comunità abbiano accesso a benefici concreti come i farmaci, osserva. "Se pensassimo in modo più strutturale al ricercatore come appartenente a una comunità, allora potremmo effettivamente includere gli obblighi di quella comunità nei confronti dei partecipanti". Questo sarebbe un approccio più africano e comunitario, sostiene Atuire, e lui e altri bioeticisti africani hanno discusso su come riflettere quella prospettiva nella dichiarazione. Senza di essa, l'aggiornamento è "solo un cambiamento incrementale", afferma Atuire.

Carla Saenz, bioeticista presso la Pan American Health Organization, pensa che la dichiarazione rivista trascuri le preoccupazioni in America Latina e nei Caraibi, dove alcuni paesi si basano molto sulla dichiarazione nelle loro leggi e normative. Il nuovo testo amplia il suo ambito, affermando che i suoi principi dovrebbero essere sostenuti da tutti gli individui e i gruppi coinvolti nella ricerca medica, non solo dai medici. Ma copre ancora solo la ricerca medica, non altri tipi di studi sugli esseri umani come la ricerca epidemiologica o persino comportamentale, afferma Saenz. L'ambito limitato della dichiarazione significa che paesi come la Bolivia, che si basa sulla dichiarazione nella sua legislazione che disciplina l'etica della ricerca clinica, non regolano tutta la ricerca che coinvolge gli esseri umani.

https://www.science.org/content/article/key-global-bioethics-guidelines-get-dramatic-update?utm_source=sfmc&utm_medium=email&utm_content=alert&utm_campaign=DailyLatesNews&et rid=691092258&et cid=5414578

Le matrici di contatto generalizzate consentono di integrare le variabili socioeconomiche nei modelli epidemici

[Adriana Manna](#), [Lorenzo Dall'Amico](#), [Michele Tizzoni](#), [Márton Karsai](#) e [Nicola Perra](#)

Astratto

Le variabili correlate allo stato socioeconomico (SES), tra cui reddito, etnia e istruzione, modellano le strutture di contatto e influenzano la diffusione delle malattie infettive. Tuttavia, questi fattori sono spesso trascurati nei modelli epidemici, che in genere stratificano i contatti sociali in base all'età e ai contesti di interazione. Qui, introduciamo e studiamo matrici di contatto generalizzate che stratificano i contatti su più dimensioni. Dimostriamo un teorema di limite inferiore che dimostra che ignorare dimensioni aggiuntive, oltre all'età e al contesto, potrebbe portare a una sottostima del numero riproduttivo di base. Utilizzando variabili SES sia nei dati sintetici che in quelli empirici, illustriamo come le matrici di contatto generalizzate migliorino i modelli epidemici, catturando variazioni nei comportamenti come livelli eterogenei di aderenza a interventi non farmaceutici tra gruppi demografici. Inoltre, evidenziamo l'importanza di integrare i tratti SES nei modelli epidemici, poiché trascurarli potrebbe portare a una sostanziale rappresentazione errata degli esiti e delle dinamiche epidemiche. La nostra ricerca contribuisce agli sforzi volti a incorporare dimensioni socioeconomiche e di altro tipo nella modellazione delle epidemie.

INTRODUZIONE

Le matrici di contatto sono diventate parte integrante dei modelli epidemici realistici per le infezioni respiratorie. Esse codificano i modelli di interazione attraverso specifici tassi di contatto che descrivono la frequenza e la durata degli incontri tra individui appartenenti a diverse categorie o gruppi. L'età è diventata la variabile più comunemente utilizzata per definire questi gruppi. Questo modo di stratificazione consente modelli che catturano tassi di mescolanza eterogenei osservati tra individui di età diverse ([1](#)–[6](#)). I giovani adulti, ad esempio, sono solitamente molto attivi e tendono a interagire di più con altri giovani adulti ([7](#), [8](#)). Gli individui anziani, invece, tendono a segnalare il minor numero di contatti e il loro ruolo nelle dinamiche di trasmissione di molte infezioni respiratorie è meno rilevante ([6](#)). Inoltre, distinguere gli individui in base all'età consente di tenere conto delle eterogeneità nei tassi di trasmissione e negli esiti epidemici. L'osservazione che i tassi di trasmissione sono fortemente influenzati dall'età ha attirato l'attenzione dei modellatori di malattie decenni fa ([9](#)), mentre stavano studiando le cosiddette infezioni infantili. Di conseguenza, i primi studi a proporre una deviazione dall'ipotesi di miscelazione omogenea hanno affrontato i tassi di trasmissione variabili in base all'età, data la loro importanza pratica per i programmi di vaccinazione ([10](#)). Più di recente, l'età è stata anche identificata come fattore chiave nel caso del COVID-19. Dall'inizio della pandemia, si è scoperto che gli esiti delle infezioni da COVID-19 dipendono fortemente dall'età, portando a un tasso di mortalità più elevato nelle popolazioni più anziane ([11](#)).

Le matrici di contatto possono essere stratificate considerando altre variabili, oltre all'età. Poiché il numero e il tipo di contatti variano notevolmente in base alla posizione, l'ambiente in cui si verificano le interazioni (ad esempio, famiglia, posto di lavoro, scuola e comunità) è un'altra scelta popolare per la stratificazione ([3](#), [5](#), [12](#)). Età e posizione sono spesso considerate congiuntamente ([3](#), [5](#), [12](#)). I modelli di miscelazione disaggregati per età e ambiente sono stati utilizzati per stimare parametri di trasmissione specifici per età e contesto per modelli epidemici, orientare la politica di sanità pubblica, valutare strategie di intervento e stimare il rischio di infezione tra gruppi di popolazione ([13](#)–[16](#)).

Nonostante il loro ruolo essenziale, tuttavia, età e contesto sono ben lungi dall'essere le uniche variabili importanti che modellano i modelli di contatto, le dinamiche delle malattie e gli esiti epidemici. È stato

dimostrato che le caratteristiche individuali correlate allo status socioeconomico (SES) come ricchezza, razza, etnia, occupazione e istruzione, tra le altre, svolgono un ruolo chiave nella trasmissione delle malattie infettive ([17-20](#)). Dalle pandemie influenzali del 1918 e del 2009 ([21](#) , [22](#)) all'epidemia di Ebola nell'Africa occidentale ([23](#)) e alla pandemia di COVID-19 ([20](#) , [24-34](#)), gli individui con un SES inferiore sono stati costantemente associati a tassi più elevati di infezioni, decessi, nonché a un ridotto accesso alle cure e alla capacità di conformarsi agli interventi non farmaceutici (NPI) .

Nonostante la riconosciuta importanza del SES nelle dinamiche di trasmissione delle infezioni da contatto ravvicinato, la stragrande maggioranza dei modelli epidemici trascura queste dimensioni ([17](#) – [20](#)). Il SES è spesso considerato solo a posteriori nelle analisi degli output dei modelli (ad esempio, numero di decessi o casi) ma raramente entra nel nucleo della loro formulazione come lo fanno età e posizione. Le radici di questa carenza possono essere ricondotte alla mancanza di indagini empiriche sui dati di contatto sociale, comprese le caratteristiche degli intervistati e dei loro pari per spiegare il SES ([7](#) , [35](#)). La mancanza di dati ha anche ostacolato lo sviluppo e l'esplorazione di quadri di modellazione generali progettati per includere queste caratteristiche nel loro nucleo ([20](#)).

Qui, presentiamo un framework epidemico caratterizzato da matrici di contatto generalizzate stratificate per un numero qualsiasi di dimensioni (ad esempio, variabili). Come primo passo, studiamo le proprietà matematiche di tale framework considerando l'età più m altre dimensioni non specificate. Ci concentriamo sui modelli compartimentali prototipici suscettibili-esposti-infettivi-guariti (SEIR) e ricaviamo un'espressione in forma chiusa per il numero riproduttivo di base R_0 . La derivazione segue l'approccio della matrice di nuova generazione ([36](#) , [37](#)) applicato a una rappresentazione appiattita di matrici di contatto generalizzate. Quantifichiamo quanto R_0 differisce dal valore corrispondente calcolato nei modelli che includono un solo attributo (ad esempio, età). Dimostriamo un teorema del limite inferiore che mostra come l'aumento del numero di dimensioni nelle matrici di contatto non possa diminuire R_0 . Inoltre, dimostriamo che la creazione di matrici di contatto generalizzate tramite un'ipotesi di miscelazione casuale per le dimensioni aggiuntive (ad esempio, i tassi di contatto sono impostati proporzionalmente alle rispettive dimensioni del sottogruppo) porta allo stesso R_0 delle rappresentazioni di contatto di dimensione inferiore. Al contrario, osserviamo numericamente che le correlazioni nei modelli di contatto, come la miscelazione di assortativity e attività eterogenea, aumentano il valore di R_0 . Nella seconda fase della nostra analisi, evidenziamo l'importanza di integrare le dimensioni SES nei modelli epidemici e mostriamo come il framework proposto apra strade in questa direzione. Partendo da scenari sintetici, mostriamo come l'adozione di matrici di contatto generalizzate consenta di quantificare le eterogeneità negli esiti epidemici e di stimare l'impatto degli NPI tra gli strati socioeconomici. Ciò consente di tenere conto non solo delle differenze nei modelli di contatto, ma anche delle eterogeneità nell'aderenza agli NPI tra i sottogruppi della popolazione. Applichiamo quindi il nostro framework ai dati empirici dall'Ungheria. Quantifichiamo la possibile rappresentazione errata indotta dal trascurare SES nelle epidemie simulate. I risultati confermano notevoli differenze tra i modelli. L'uso di matrici di contatto generalizzate, che stratificano i contatti per età e una dimensione SES, in accordo con le derivazioni matematiche, porta a valori più alti di R_0 per una data malattia, a valori più bassi di tassi di attacco per un dato R_0 e consente di catturare l'eterogeneità nel carico di malattia tra i gruppi SES. Nel complesso, il framework proposto consente modelli epidemici più espressivi che possono catturare una gamma più ampia di dinamiche chiave e altrimenti trasparenti.

RISULTATI

Consideriamo un modello compartimentale SEIR in cui i suscettibili (S) sono individui sani a rischio di infezione, gli esposti (E) sono infetti ma non ancora infettivi, gli infettivi (I) possono diffondere la malattia e i guariti (R) non sono più infettivi né suscettibili alla malattia ([38](#)). In questo contesto, proponiamo un framework di modellazione che estende gli approcci classici includendo matrici di contatto generalizzate.

.....

DISCUSSIONE

In questo studio, abbiamo presentato un framework di modellazione epidemica matematica che presenta matrici di contatto generalizzate, ovvero matrici di contatto stratificate in base a più dimensioni, come variabili collegate a SES. L'obiettivo del nostro lavoro è evidenziare l'importanza di andare oltre la tradizionale rappresentazione dei modelli di mescolanza, basati su tassi di contatto specifici per età e/o contesto, consentendo lo sviluppo di modelli epidemici strutturati che incorporino più gruppi della popolazione contemporaneamente.

In primo luogo, ci siamo concentrati sulla caratterizzazione matematica del framework di modellazione. Abbiamo scoperto che il numero riproduttivo di base, R_0 , di un modello caratterizzato da matrici di contatto generalizzate può ancora essere ottenuto analiticamente tramite l'approccio di matrice di nuova generazione sviluppato per i modelli compartimentali tradizionali ([36](#), [37](#)). Abbiamo quindi introdotto un teorema di limite inferiore che dimostra come la generalizzazione a più dimensioni porti a un valore di R_0 , che è necessariamente uguale o maggiore rispetto ai modelli caratterizzati da meno dimensioni di raggruppamento. Abbiamo anche trovato un corollario del teorema che dimostra che l' R_0 di un modello alimentato con matrici di contatto generalizzate, ottenuto tramite un'approssimazione di miscelazione casuale per le dimensioni aggiuntive, è necessariamente lo stesso del valore corrispondente per i modelli alimentati con matrici di contatto di dimensione inferiore. Abbiamo mostrato, numericamente, come le correlazioni non banali dei contatti tra e all'interno dei gruppi, come l'assortatività e l'attività eterogenea, aumentino il valore di R_0 . Abbiamo quindi esplorato come il framework di modellazione può essere utilizzato per integrare e considerare esplicitamente le dimensioni SES. Attraverso simulazioni numeriche, abbiamo mostrato come i modelli che presentano matrici di contatto generalizzate catturano meglio comportamenti eterogenei tra sottogruppi di popolazione, come i diversi tassi di aderenza agli NPI tra strati socioeconomici, come osservato nella realtà ([27](#), [29](#), [30](#), [46](#)). Utilizzando dati sintetici ed empirici dall'Ungheria, abbiamo dimostrato come trascurare le dimensioni SES a favore di rappresentazioni più semplici dei contatti sociali possa comportare grandi rappresentazioni errate di tassi di attacco, soglie epidemiche e carico di malattia tra diversi sottogruppi di popolazione. Inoltre, i nostri risultati evidenziano come queste rappresentazioni errate non possano essere semplicemente corrette integrando le dimensioni SES a posteriori.

La pandemia di COVID-19 ci ha tragicamente ricordato che le emergenze sanitarie non colpiscono le popolazioni in egual modo e che le forze sociali, economiche e culturali modellano fundamentalmente l'esito delle epidemie, riflettendo le disuguaglianze socioeconomiche della società nel suo complesso ([47](#) – [50](#)). Queste osservazioni sono in netto contrasto con la struttura tradizionale dei modelli epidemici, che spesso trascurano tutte le variabili tranne l'età come caratteristica demografica chiave che definisce la trasmissione della malattia in una popolazione ([38](#)). Studi recenti hanno evidenziato l'urgente necessità di approcci di modellazione in grado di tenere conto delle molteplici dimensioni sociali che definiscono il rischio di infezione e gli esiti dell'infezione ([17](#), [18](#), [20](#)). Sulla scia della pandemia di COVID-19, gli studi di ricerca hanno introdotto matrici di contatto sociale stratificate per gruppi demografici alternativi, come sottopopolazioni razziali ed etniche ([51](#)), ma solitamente senza considerare più di una dimensione alla volta. In alternativa, gli studiosi hanno sviluppato modelli individuali su larga scala che ricostruiscono popolazioni sintetiche di milioni di agenti con estremo realismo, comprese molte caratteristiche socioeconomiche chiave ([16](#), [52-54](#)). *Questi* modelli, tuttavia, richiedono la disponibilità di dati di mobilità altamente risolti derivati, ad esempio, da registri di telefoni cellulari e grandi infrastrutture computazionali per l'elaborazione e le simulazioni dei dati. Studi precedenti hanno confrontato diversi metodi di rappresentazione dei dati, che vanno dalla miscelazione completamente omogenea alle reti temporali, per identificare i compromessi rilevanti tra compattezza e realismo ([55-58](#)). *Il* nostro lavoro tenta di trovare un equilibrio tra gli approcci tradizionali che sono troppo semplicistici e la complessità delle popolazioni sintetiche su larga scala, fornendo uno schema generale e flessibile per definire modelli epidemici con più sottogruppi di popolazione interagenti .

Come per qualsiasi approccio di modellazione epidemica strutturata, il nostro modello richiede dati per parametrizzare i tassi di contatto sociale tra sottogruppi. Le indagini sui contatti sociali sono state e continueranno a essere una risorsa importante per lo studio dei comportamenti di mescolanza sia in condizioni normali che durante le epidemie ([2](#), [35](#), [59-63](#)). Le future indagini sui contatti potrebbero

includere dimensioni demografiche e socioeconomiche aggiuntive oltre alle solite componenti età/genere. Il lavoro che abbiamo presentato qui mostra come queste dimensioni possano essere facilmente integrate generalizzando i modelli epidemici tradizionali. In alcuni casi, le indagini sui contatti su larga scala che includono diversi attributi della popolazione possono essere irrealizzabili, specialmente in contesti con scarse risorse. Approcci alternativi potrebbero dedurre modelli di contatto dall'analisi dei dati demografici che vengono raccolti di routine dalle indagini del censimento ([5](#) , [12](#)). Altri proxy dei tassi di contatto, derivati dai dati sulla mobilità, potrebbero essere utilizzati in modo simile per dedurre modelli di contatto tra diversi gruppi socioeconomici, come dimostrato da recenti studi incentrati sulla segregazione sperimentata nelle grandi aree metropolitane degli Stati Uniti ([64](#) , [65](#)).

È importante menzionare i limiti del nostro lavoro e le direzioni per gli sviluppi futuri del nostro studio. È vero che il modello che abbiamo sviluppato per generare matrici di contatto generalizzate sintetiche non tenta di riprodurre osservazioni empiriche da dati reali, ma piuttosto di fornire un banco di prova generale per l'indagine. Questa scelta è stata guidata dalla mancanza di dati disponibili sulla stratificazione dei contatti su più dimensioni in diversi paesi. Come descritto, abbiamo avuto accesso ai dati empirici solo per l'Ungheria. Probabilmente, un paese non è sufficiente per sviluppare un modello generale e sono necessari ulteriori lavori per progettare e testare altri approcci. Allo stesso modo, la metodologia che abbiamo utilizzato per simulare gli effetti degli NPI è stata guidata dalla semplicità piuttosto che dal realismo. Intendevamo mostrare il potenziale del nostro modello per catturare possibili eterogeneità nei comportamenti piuttosto che la realtà. I dati dall'Ungheria contenevano informazioni limitate sui contatti sociali dei bambini. Quindi, abbiamo dovuto introdurre alcune ipotesi sulla loro struttura. Un'altra ipotesi importante che abbiamo fatto riguarda l'indipendenza dell'età e altre dimensioni socioeconomiche. Sebbene questa ipotesi fosse necessaria per illustrare la nostra metodologia in termini semplici, sono necessari lavori futuri per indagare l'impatto di tali correlazioni sulla descrizione dei processi epidemici e per esplorare l'applicabilità/estensione dei metodi per la riduzione della dimensionalità.

Infine, è importante riconoscere importanti preoccupazioni etiche e di privacy legate agli sforzi di raccolta dati che ispezionano gli individui su diverse variabili. Aumentando il numero di dimensioni, la dimensione di ciascun gruppo esaminato diminuisce rapidamente. I rischi di reidentificazione sono reali e di particolare preoccupazione, soprattutto per le minoranze e i gruppi sottorappresentati ([66](#)). I progressi nella direzione che abbiamo proposto qui sono necessariamente collegati ai progressi nella raccolta e nella diffusione dei dati che conciliano lo sviluppo di migliori strumenti di salute pubblica da un lato con i diritti alla privacy dall'altro ([67](#)). Si può sostenere che sia questa tensione irrisolta che, tra le altre ragioni, ha finora limitato la raccolta e la condivisione dei dati del sondaggio sui contatti che includono più dimensioni oltre all'età. Tuttavia, i dati che utilizziamo dimostrano che tale raccolta di dati è possibile in modo anonimo e protetto dalla privacy.

Nel complesso, il nostro lavoro contribuisce alla letteratura tentando di portare le dimensioni socioeconomiche e di altro tipo in primo piano nella modellazione delle epidemie. Affrontare questo problema è fondamentale per sviluppare descrizioni più precise delle epidemie e quindi progettare strategie migliori per contenerle.

<https://www.science.org/doi/10.1126/sciadv.adk4606>

Le "protocellule" create in laboratorio forniscono indizi su come è nata la vita

Semplici ingredienti potrebbero aver formato le prime membrane cellulari

[Mitch Leslie](#)

Per far sì che la vita nascesse dagli ingredienti primordiali della Terra, le cellule primitive avevano bisogno di un modo per impedire che il loro contenuto si allontanasse semplicemente. Tutte le cellule moderne impacchettano le loro viscere all'interno di una membrana complessa a doppio strato fatta di lipidi, e gli scienziati si sono a lungo chiesti come la struttura si sia inizialmente fusa da molecole semplici. Uno studio pubblicato oggi su *Nature Chemistry* offre una nuova ricetta per spiegare come [i lipidi corti potrebbero aver generato le prime membrane cellulari](#).

Il risultato è "affascinante", afferma il biochimico Sheref Mansy dell'Università di Trento, che non era coinvolto nella ricerca. "Apre una nuova strada" per comprendere come apparivano le cellule primordiali.

Oggi, i componenti principali della maggior parte delle membrane cellulari sono molecole complesse e pesanti chiamate fosfolipidi. Le prime cellule probabilmente si affidavano invece a lipidi più semplici, forse molecole note come acidi grassi. Contengono catene di atomi di carbonio e versioni con 10 o più atomi di carbonio possono spontaneamente fondersi in membrane in laboratorio. Ma c'è un problema: tali lipidi erano il biologo chimico Neal Devaraj dell'Università della California di San Diego e i suoi colleghi si sono chiesti se ci fosse un modo per convincere anche gli acidi grassi più corti a formare membrane. Queste molecole sono state trovate nei meteoriti, quindi alcuni ricercatori pensano che potrebbero essere state più abbondanti sulla Terra primitiva rispetto ai loro fratelli più grandi. Un precedente lavoro del laboratorio di Devaraj ha mostrato che l'amminoacido cisteina, che era probabilmente prevalente anche durante la giovinezza del nostro pianeta, può agire come una pinza chimica, legando insieme alcune molecole precursori per produrre lipidi.

Nel nuovo studio, i ricercatori hanno combinato la cisteina con parenti chimici di acidi grassi contenenti otto atomi di carbonio ciascuno. L'amminoacido ha reagito con le molecole, formando lipidi con due code (anche i fosfolipidi nelle membrane moderne presentano simili doppie code). Alcuni di questi lipidi si sono radunati in sfere ricoperte di membrana note come protocellule, riferisce il team. Sebbene i compartimenti vuoti non siano cellule (mancano di metabolismo e di un meccanismo per l'ereditarietà, tra gli altri attributi), potrebbero imitare una fase dell'evoluzione cellulare. I parenti più corti degli acidi grassi che contenevano solo sei o sette atomi di carbonio non inducevano protocellule, ha scoperto il team.

I ricercatori hanno notato qualcos'altro che potrebbe essere rilevante per l'origine delle prime cellule: le protocellule si assemblavano facilmente su coprioggetto in vetro per vetrini da microscopio. Il vetro contiene silice, così come la sabbia e certi tipi di argilla che sarebbero stati presenti sulla Terra primordiale. Devaraj ipotizza che la silice in tali materiali potrebbe aver innescato in modo simile la formazione delle prime membrane.

Le membrane delle protocellule mostravano altre somiglianze con quelle delle cellule autentiche. Ad esempio, i fosfolipidi nelle membrane cellulari moderne si allineano in un doppio strato. Lo spessore delle membrane nelle protocellule dei ricercatori suggeriva che i lipidi adottassero la stessa disposizione. Una membrana racchiude anche molecole importanti all'interno di una cellula, una capacità che gli scienziati hanno dimostrato essere posseduta anche dalle protocellule.

Devaraj e colleghi hanno scoperto che le membrane delle loro protocellule potevano resistere ai livelli di ioni di calcio e magnesio probabilmente presenti sulla Terra primordiale, un attributo chiave poiché gli ioni sono essenziali per la funzione dell'RNA, che potrebbe essere stato il primo vettore di informazioni genetiche e il primo enzima. Quando i ricercatori hanno dotato le protocellule di tipi di RNA moderni che agiscono come enzimi, le molecole hanno catalizzato reazioni chimiche all'interno delle sfere.

Sarah Maurer, astrobiologa della Central Connecticut State University che studia l'origine della vita, afferma che il team di Devaraj merita credito per aver generato lipidi a due code come quelli delle membrane cellulari moderne, che sono stati difficili da produrre in altri esperimenti sulle origini delle membrane. Sebbene altri

studi abbiano creato protocellule da ingredienti diversi, il biochimico Roy Black della University of Washington afferma che il nuovo lavoro offre "un'altra possibile soluzione, ma penso che sia buona".

La chimica eseguita dai ricercatori è "davvero, davvero fantastica e molto ben fatta", afferma la biochimica Claudia Bonfio dell'Università di Cambridge. Tuttavia, aggiunge, i lipidi nelle membrane delle protocellule non si trovano nelle membrane cellulari moderne, il che solleva la domanda: "Se questi lipidi c'erano, perché non ci sono ora?"

Per determinare se queste protocellule sono all'altezza di quelle create da altri scienziati, dice Mansy, i ricercatori devono determinare se possono dividersi, crescere e persino ospitare reazioni metaboliche. "Se riescono a far partire un ciclo metabolico all'interno di queste cose", nota, sarebbe un risultato ancora più impressionante.

https://www.science.org/content/article/lab-created-protocells-provide-clues-how-life-arose?utm_source=sfmc&utm_medium=email&utm_content=alert&utm_campaign=DailyLatestNews&et rid=691092258&et cid=5414578



Science

Non ci crederai

I ricercatori stanno cercando di "vaccinare" le persone contro la disinformazione somministrando loro piccole dosi in anticipo

[Kai Kupferschmidt](#)

Da ragazzino, cresciuto nei Paesi Bassi negli anni Novanta, Sander van der Linden apprese che la maggior parte dei parenti di sua madre, ebrei, erano stati uccisi dai nazisti, in preda all'ideologia razzista. A scuola, si trovò di fronte a teorie cospirazioniste antisemite ancora in circolazione in Europa. Tutto ciò lo portò a interrogarsi sul potere della propaganda e su come le persone si convincano delle falsità.

Alla fine, avrebbe fatto dello studio di queste questioni la sua carriera. Come direttore del [Social Decision-Making Lab](#) presso l'Università di Cambridge, Van der Linden sta studiando il potere delle bugie e come impedire alle persone di crederci. È diventato il più grande sostenitore accademico di una strategia sperimentata dopo la guerra di Corea per "vaccinare" gli esseri umani contro la persuasione, nello stesso modo in cui vengono vaccinati contro le infezioni pericolose.

La ricetta prevede solo due passaggi: primo, avvertire le persone che potrebbero essere manipolate. Secondo, esporle a una forma indebolita di disinformazione, appena sufficiente a incuriosire ma non a persuadere nessuno. "L'obiettivo è di far storcere il naso (anticorpi) senza convincere (infettare)", [hanno scritto di recente Van der Linden e il suo collega Jon Roozenbeek su JAMA](#).

L'inoculazione, detta anche "prebunking", è solo una delle numerose tecniche che i ricercatori stanno testando per impedire alle persone di cadere nella disinformazione e di diffonderla ulteriormente. Altri si sono concentrati sulla verifica dei fatti e sulla smentita delle falsità, istruendo le persone sull'affidabilità delle fonti di notizie o ricordando periodicamente alle persone di considerare che ciò che stanno leggendo potrebbe essere falso. Ma Van der Linden ha catturato l'immaginazione del pubblico in un modo in cui pochi altri sono riusciti a fare, forse perché il concetto è così seducentemente semplice. "È sicuramente quello che ha ricevuto più attenzione", afferma Lisa Fazio, psicologa presso la Vanderbilt University.

[Il libro del 2023](#) di Van der Linden, *Foolproof: Why Misinformation Infects Our Minds and How to Build Immunity*, ha vinto molti premi e il ramo di ricerca di Google, Jigsaw, ha lanciato l'approccio a decine di milioni di persone tramite annunci su YouTube. "La mia interpretazione della letteratura è che è probabilmente la strategia più efficace", afferma Jay van Bavel, psicologo della New York University.

Ma altri sostengono che l'inoculazione sia un'analogia andata a rotoli che si concentra erroneamente sui destinatari della disinformazione anziché sulle sue fonti e sulle società di social media, come X (ex Twitter), Facebook e TikTok, che ne consentono la diffusione e ne traggono profitto. "Penso che questa metafora sia molto limitante nel modo in cui comprendiamo dove risiede realmente il problema", afferma Sandra González-Bailón, scienziata sociale presso l'Università della Pennsylvania. "È più facile da fare che occuparsi dei problemi sistemici, ma mette tutta la pressione sull'individuo".

L'idea dell'inoculazione risale all'era della Guerra Fredda. Nel 1954, quando finì la Guerra di Corea, 21 prigionieri di guerra statunitensi decisero di trasferirsi nella Cina comunista invece di tornare a casa, una scelta che sconvolse la nazione. Molti diedero per scontato che i soldati fossero vittime di "lavaggio del cervello", un termine inventato qualche anno prima. Per resistere a questo tipo di manipolazione, dichiararono gli esperti, i giovani negli Stati Uniti avevano bisogno di essere istruiti di più sugli ideali "americani" a casa, a scuola e nell'esercito.

Ma lo psicologo William McGuire, che ha trascorso la maggior parte della sua carriera alla Yale University, aveva un'idea diversa. Sosteneva che i soldati erano vulnerabili alla propaganda infinita che incontravano perché era la loro prima esposizione a quelle idee. Tali prigionieri, [sosteneva McGuire](#), erano come qualcuno cresciuto in un ambiente "asettico" che, "sebbene sembri in ottima salute, si dimostra piuttosto vulnerabile quando improvvisamente esposto a una massiccia dose di un virus infettivo". Il rimedio sembrava ovvio: esporre le persone a "forme indebolite e stimolanti le difese delle controargomentazioni".

McGuire ha testato l'ipotesi verificando se l'inoculazione potesse preservare la convinzione degli studenti in quattro truismi culturali, tra cui il fatto che avrebbero dovuto lavarsi i denti dopo ogni pasto e che gli antibiotici avevano portato un enorme beneficio all'umanità. Confrontare gli studenti con controargomentazioni, ad esempio che gli antibiotici hanno portato allo sviluppo di ceppi mortali resistenti, potrebbe ridurre drasticamente la loro convinzione in questi truismi, ha scoperto McGuire. Ma se gli studenti leggevano prima un saggio che esponeva le controargomentazioni e le confutava, la loro convinzione non si erodeva quasi per niente.

L'idea affascinò Van der Linden, che lesse per la prima volta gli articoli di McGuire quando era studente a Yale e lavorava sulla percezione del pubblico del cambiamento climatico. Ma McGuire credeva che l'inoculazione funzionasse solo se le convinzioni delle persone non erano mai state messe in discussione prima. Van der Linden pensava che questa ipotesi fosse sbagliata. "Nel mondo reale, abbiamo a che fare con persone in varie fasi di infezione e l'inoculazione può funzionare sia come agente preventivo che terapeutico", scrisse nel suo libro. "Se mai ho avuto un momento di 'illuminazione', è stato questo".

La ricerca dell'era della Guerra Fredda ha ispirato Sander van der Linden a testare l'inoculazione come arma contro la disinformazione del XXI secolo. JUSTIN GRIFFITHS-WILLIAMS

Van der Linden ha messo alla prova la teoria in uno studio online su oltre 2000 partecipanti che ha sondato le loro opinioni sul cambiamento climatico e ha cercato di cambiarle. Gli intervistati hanno stimato in media che il 70% degli scienziati concorda sul fatto che il cambiamento climatico globale causato dall'uomo sia reale. Quando ai soggetti è stato detto che il numero effettivo è del 97%, le loro stime sono aumentate di conseguenza. Ma esporre i partecipanti a un luogo comune di disinformazione secondo cui "oltre 31.000 scienziati americani hanno firmato una petizione" che contrasta il consenso ha completamente cancellato quell'aumento.

Tuttavia, se i partecipanti fossero stati avvertiti esattamente di questo tipo di falsità prima di essere esposti sia al messaggio di consenso che alla disinformazione, l'effetto netto sarebbe stato un aumento di circa l'84%. Un avvertimento preventivo sui tentativi motivati politicamente di diffondere la disinformazione ha funzionato, ha concluso Van der Linden. L'effetto è stato osservato anche in coloro che erano più scettici sul cambiamento climatico, per cominciare.

Lo studio, [pubblicato su Global Challenges](#) nel gennaio 2017, subito dopo che Donald Trump aveva prestato giuramento come presidente degli Stati Uniti, ha creato un'ondata di attenzione mediatica. "Il mio telefono ha iniziato a squillare senza sosta", scrive Van der Linden su *Foolproof*. "I media, i funzionari governativi, le aziende, tutti volevano che spiegassi l'idea di base dietro l'inoculazione psicologica".

Da allora, Van der Linden ha continuato a studiare e promuovere l'idea, con una svolta: invece di concentrarsi su una bugia specifica, sta cercando di smentire in anticipo la disinformazione in modo più generale. Ad

esempio, con Roozenbeek, un ex membro del suo gruppo che ora è al King's College di Londra, ha creato giochi online in cui i giocatori diventano propagandisti e apprendono le tecniche utilizzate per diffondere falsità.

Il primo, [Bad News](#), uscito nel 2018, mostra agli utenti come un profilo falso che sembra ufficiale può rendere la disinformazione più persuasiva. ("Ho emesso un ordine esecutivo per rinominare Canada North North Dakota", scrive un certo Joe Bideñ nel gioco.) In uno [studio del 2020 sul Journal of Cognition](#), Van der Linden e colleghi hanno dimostrato che giocare a Bad News per 15 minuti aumentava la capacità delle persone di individuare tecniche di disinformazione in 18 post fittizi su Twitter. (Un gruppo di controllo giocava invece a Tetris.) In un gioco chiamato Harmony Square, sviluppato con il Dipartimento della Sicurezza Interna degli Stati Uniti, i giocatori si proponevano di distruggere l'armonia idilliaca di una città, utilizzando la propaganda per mettere i suoi residenti gli uni contro gli altri per una statua di un ananas.

I giochi hanno raggiunto milioni di persone e sono stati utilizzati nelle scuole. Altri ricercatori hanno progettato giochi simili, come [Cranky Uncle](#), sviluppato dallo psicologo e fumettista part-time dell'Università di Melbourne John Cook. Ora, "Questo potrebbe essere implementato su scala nazionale come parte di un curriculum di alfabetizzazione mediatica", afferma Van der Linden. Ma è pronto ad andare avanti da solo. "Sentiamo di essere tutti esauriti", afferma. "Inoltre, non tutti vogliono giocare a un gioco, quindi è tempo di pensare al prossimo ago virtuale!"

Nel 2021, dice Van der Linden, Jigsaw lo contattò con l'idea di realizzare un altro tipo di strumento di inoculazione: i video. Il progetto ha prodotto [cinque brevi video di cartoni animati](#), che fanno riferimento a film popolari come *Star Wars* e *Anchorman*, che spiegano alcune delle tecniche utilizzate nella disinformazione, come la presentazione di falsi dilemmi o l'evocazione di emozioni come paura, rabbia e disprezzo. I ricercatori hanno testato i video in studi di laboratorio ma anche in una campagna pubblicitaria su YouTube che ha raggiunto circa 1 milione di persone.

Un [articolo del 2022](#) di Van der Linden e dei ricercatori di Jigsaw in *Science Advances* ha riferito che i video hanno aiutato le persone a individuare le tecniche di disinformazione e a distinguere meglio i contenuti affidabili da quelli non affidabili. Più di recente, Google ha creato una serie di tre video in lingua tedesca sulle tattiche di disinformazione e li ha mostrati agli utenti di YouTube, Facebook e Instagram in Germania. I video hanno raggiunto più della metà della popolazione del paese, afferma Van der Linden.

Tuttavia, lo psicologo Gordon Pennycook della Cornell University pensa che questo tipo di vaccinazione generale potrebbe fare più male che bene. Il problema, dice, è che non esiste un modo semplice e facile per individuare la disinformazione e che anche le tecniche come il linguaggio emotivo vengono utilizzate nelle informazioni affidabili. Poiché la maggior parte delle persone incontra ancora molte più informazioni reali online che disinformazione, anche un leggero aumento della loro sfiducia nei contenuti veritieri potrebbe superare gli effetti positivi della vaccinazione.

Pennycook ha offerto un esempio durante un [dibattito](#) con Van der Linden alla Harvard Kennedy School nel dicembre 2023: la prima pagina del 24 maggio 2020 del *New York Times*. Era piena interamente di nomi di persone decedute a causa del COVID-19, sotto il titolo "Decessi negli Stati Uniti vicini a 100.000, una perdita incalcolabile". "Penso che alcune persone abbiano probabilmente pianto quando hanno visto il titolo, ed è vero", ha detto al pubblico. "Ora, se pensi che questa sia una tecnica di manipolazione dipende davvero dalla tua prospettiva, giusto? Se sei una persona scettica sul COVID, puoi vedere che forse è manipolativa".

Questa è una preoccupazione legittima, dice Van der Linden, ma sottolinea che man mano che le persone apprendono diversi indicatori di disinformazione, l'accuratezza del loro giudizio aumenta. Inoltre, se un giornale rispettabile pubblica un titolo allarmista e carico di emozioni, le persone avrebbero ragione a considerarlo un po' meno credibile, dice.

Ci sono state altre critiche all'idea dell'inoculazione. La metafora stessa medicalizza il problema in un modo che non è utile quando si cerca di parlare con vicini, amici o familiari, dice Danielle Lee Tomson dell'Università di Washington: "Non posso considerarli come vettori di malattie, perché allora non potrei avere una conversazione con loro".

Pennycook si è invece concentrato su un diverso tipo di intervento: i cosiddetti accurate nudges, brevi messaggi che spingono le persone a riflettere sulle informazioni che stanno vedendo, come: "Le notizie che stai condividendo sono accurate?" Si basano sul presupposto che la maggior parte delle persone abbia un

buon senso di ciò che potrebbe non essere affidabile, ma raramente si fermi a pensare prima di condividere. "Se le persone pensano di più all'accuratezza, sono più prudenti nel condividere cose che sembrano dubbie", afferma Pennycook.

Altri ricercatori hanno le loro alternative. Alcuni aggiungerebbero commenti sulla credibilità delle fonti ai post sui social media, come ha fatto Twitter per un po' durante la pandemia di COVID-19. Altri darebbero consigli di alfabetizzazione mediatica al pubblico, per aiutarlo a identificare fonti credibili. "Tutti hanno una teoria preferita e la struttura di ricompensa della pubblicazione di articoli si basa sul trovare prove a sostegno della tua teoria", afferma Van Bavel. Riflette "la nostra immaturità come campo", afferma Thomas Wood, uno scienziato politico che studia la disinformazione alla Ohio State University.

Nel 2023, i ricercatori hanno organizzato un confronto diretto. "Avevamo questi diversi campi che discutevano su cosa pensassero fosse meglio e cosa sarebbe stato più appropriato", afferma Fazio, che ha condotto lo studio con David Rand al Massachusetts Institute of Technology e Stephan Lewandowsky alla Bristol University. "Penso che sia stato un passo successivo necessario... per iniziare a ottenere un consenso". Il Mega Study, come era noto internamente, ha finito per randomizzare più di 33.000 partecipanti online a uno di nove diversi interventi o nessun intervento, e poi ha presentato loro una serie di titoli veri, falsi e fuorvianti. I partecipanti dovevano valutare l'accuratezza dei titoli e la probabilità che li condividessero. (Lo studio faceva parte di un progetto più ampio sulla disinformazione sanitaria finanziato dal Social Science Research Council, un'organizzazione non profit statunitense.)

I risultati, finora [pubblicati solo come preprint](#), dimostrano che non esiste una soluzione miracolosa. "Funzionano tutti un po', ma nessuno funziona così bene", riassume Wood. "Ho pensato che fosse davvero esilarante", dice Pennycook. "Abbiamo tutti questi dibattiti sui diversi interventi, e poi è come, oh, beh, sono tutti più o meno uguali".

Per quanto riguarda l'inoculazione, "è meglio di circa la metà di questa roba" nell'impedire alle persone di condividere informazioni errate, dice Fazio. Ma quando si tratta di aiutare le persone a distinguere tra titoli veri e falsi, "è abbastanza simile alle altre cose". Pennycook dice che ha funzionato meglio di quanto si aspettasse, ma rimane scettico sul fatto che l'intervento funzionerà altrettanto bene nel mondo reale.

Anche Van Bavel non è rimasto particolarmente colpito da nessuno degli interventi presi singolarmente, "Ma se riesci a trovare quattro o cinque dei migliori e a scoprire come sovrapporli in qualche modo reale", dice, "allora probabilmente puoi fare un'ammaccatura". Infatti, una [recente preprint](#) del gruppo di Pennycook ha mostrato che un video di inoculazione pensato per aiutare le persone a riconoscere la manipolazione emotiva le ha effettivamente aiutate a individuare la tecnica, ma non le ha rese più abili nel distinguere le notizie vere da quelle false. Tuttavia, combinare tali video con un prompt di accuratezza ha migliorato la capacità delle persone di distinguere i titoli veri da quelli falsi.

Quasi tutti gli approcci spostano l'onere della lotta alla disinformazione dalle piattaforme dei social media, che spesso traggono profitto dalla sua diffusione, al singolo utente. È un problema di cui i ricercatori sono pienamente consapevoli ora che il proprietario di X, Elon Musk, sta inviando un flusso costante di disinformazione pro-Trump in vista delle elezioni presidenziali degli Stati Uniti. "Non puoi usare interventi psicologici per risolvere questo problema. Ci sono problemi strutturali, sistematici e sottostanti che devono essere affrontati", afferma Pennycook. "È un po' come un cerotto".

Van der Linden concorda, e le sue collaborazioni con le aziende di social media sono un atto di equilibrio, riconosce. "Quando lavori con aziende come Meta, la domanda spesso è: 'Puoi risolvere questo problema senza danneggiare l'engagement sulla piattaforma?'" , afferma. "Stai lavorando con loro come parte del loro modello di business, e il loro modello di business fa schifo".

Tuttavia, sostiene, i ricercatori possono prendere di mira sia i diffusori che i destinatari di disinformazione. "Sono uno psicologo, sono orientato verso soluzioni individuali", afferma Van der Linden. "Ma non mi faccio illusioni. Avremo anche bisogno di, sai, soluzioni strutturali dure".

https://www.science.org/content/article/can-people-be-inoculated-against-misinformation?utm_source=sfmc&utm_medium=email&utm_content=alert&utm_campaign=DailyLatestNews&et rid=691092258&et cid=5415862

EDITORIALE · Online il primo, 20 novembre 2024

Una salute, un'influenza: la ricomparsa dell'influenza aviaria

[Medicina respiratoria Lancet](#)

Mentre l'emisfero settentrionale si avvia verso la stagione invernale, abbiamo un rischio maggiore di contrarre l'influenza e altre malattie respiratorie. Ma mentre l'attenzione è rivolta principalmente ai virus umani, anche alcuni virus animali prosperano.

Due stati degli USA colpiti da focolai di influenza aviaria nei bovini da latte e nel pollame hanno recentemente [segnalato](#) infezioni da influenza H5N1 in sette lavoratori agricoli, quattro in California e tre a Washington, portando il [numero attuale](#) di persone infette dal virus H5N1 quest'anno a 46 negli USA.

Da notare che, secondo il Dipartimento dell'agricoltura degli USA, un maiale in una fattoria in Oregon è stato infettato dal virus alla fine di ottobre; il primo caso noto di H5N1 nei [maiali](#) negli USA.

Tutti i lavoratori agricoli hanno riportato lievi sintomi di arrossamento degli occhi, congiuntivite e, in alcuni casi, lievi sintomi delle vie respiratorie superiori.

Più di recente, l'Agenzia per la sanità pubblica del Canada [ha confermato](#) un caso umano di influenza aviaria in [Canada](#), un adolescente senza precedenti contatti con una fattoria ha sviluppato congiuntivite, febbre e tosse ed è stato ricoverato in ospedale con sindrome da distress respiratorio acuto.

Il ceppo di influenza aviaria H5N1 è emerso in Cina alla fine degli anni '90, dove si è verificata la prima trasmissione a un essere umano, con elevata [mortalità](#) negli esseri umani.

Dal 2020, il virus è stato associato a epidemie mortali in diverse popolazioni di uccelli in tutto il mondo. Il virus si è diffuso non solo geograficamente, con le migrazioni degli uccelli, ma anche tra le specie, con segnalazioni di infezioni in oltre 40 mammiferi, sollevando preoccupazioni per una potenziale pandemia di H5N1, sebbene una pandemia sia attualmente considerata a basso rischio dal CDC statunitense.

La diffusione a mucche, esseri umani e forse maiali rappresenta uno sviluppo preoccupante. Sebbene non vi siano prove di trasmissione tra esseri umani, è noto che i maiali sono in grado di facilitare il riassortimento dei virus e mediare la trasmissione agli esseri umani.

Oltre il 75% delle malattie infettive nuove o emergenti negli esseri umani, come il COVID-19 e la malattia da virus Ebola, sono di origine zoonotica.

Tuttavia, a meno che non si verifichi il passaggio agli esseri umani, le attuali misure per prevenire e affrontare le epidemie animali rimangono limitate alla limitazione dei contatti e all'abbattimento, con un impatto sostanziale sulla salute degli animali e perdite devastanti per il settore agricolo.

Mentre ci stiamo ancora riprendendo dalla pandemia di COVID-19, alcune lezioni apprese dovrebbero essere applicate, e in fretta.

La salute è ancora vista principalmente attraverso la lente delle malattie umane, con poca o nessuna consapevolezza del fatto che la salute degli esseri umani, degli animali e dell'ambiente in cui vivono sono interdipendenti e interconnessi in un delicato equilibrio.

Questo principio è al centro dell'approccio [One Health](#), che promuove una collaborazione multisetoriale e transdisciplinare per la salute all'interfaccia tra uomo, animale e ambiente.

Sebbene ci sia da anni la potenziale minaccia di un'altra pandemia di influenza aviaria, gli sviluppi fino a oggi ci hanno trovato ancora impreparati in termini di rilevamento precoce e risposta.

Il rafforzamento della sorveglianza globale dell'influenza richiede il rapido sviluppo di sistemi di test completi e un attento monitoraggio delle infezioni e delle malattie respiratorie sia negli animali che nei lavoratori che sono a maggior rischio di infezione.

I sistemi di sorveglianza ambientale e la tempestiva condivisione dei risultati dovrebbero anche essere prioritari per tracciare il virus e ridurre al minimo i rischi per la salute pubblica.

Esperti in sicurezza alimentare, scienze ambientali, salute occupazionale e animale e genomica degli agenti patogeni, nonché scienziati e funzionari della sanità pubblica dovranno collaborare a livello nazionale e internazionale per raggiungere questo obiettivo.

Importantemente, ed essenziale per qualsiasi cambiamento critico, il supporto politico e finanziario e la consapevolezza pubblica sono elementi molto richiesti per avere successo.

Inoltre, qualsiasi quadro sanitario e piani strategici teoricamente concettualizzati devono essere posizionati e interpretati all'interno di un contesto politico e sociale specifico per avere la necessaria personalizzazione e per essere implementati con successo.

Abbiamo bisogno di un riconoscimento più profondo del fatto che le minacce alla salute pubblica non sono solo eventi biologici, ma anche di natura sociale, economica e politica, pertanto necessitano del supporto di diverse sfere per mitigare e prevenire tali minacce.

Ora siamo meglio informati sulle pandemie e sono già disponibili vaccini parzialmente corrispondenti per l'influenza aviaria, ma resta una domanda chiave su quanto abbiamo imparato dalle esperienze passate per informare i piani di preparazione alla pandemia.

È necessaria una collaborazione su scala globale per preservare non solo la nostra salute, ma anche quella degli animali e dell'ambiente, e per apportare cambiamenti duraturi nei nostri approcci per offrire una salute migliore a tutti.

[https://www.thelancet.com/journals/lanres/article/PIIS2213-2600\(24\)00375-8/fulltext?dgcid=raven_jbs_aip_email](https://www.thelancet.com/journals/lanres/article/PIIS2213-2600(24)00375-8/fulltext?dgcid=raven_jbs_aip_email)

Ospedale che cambia



Report Anac sui medici 'gettonisti', boom del fenomeno dopo la pandemia

Nel mese di settembre 2023, **Anac** ha avviato un'[analisi sugli affidamenti pubblici riguardanti il servizio di fornitura di personale medico e infermieristico](#) al fine di verificare la diffusione del fenomeno dei cosiddetti "gettonisti" nell'approvvigionamento da parte delle strutture riconducibili al **Sistema Sanitario Nazionale** durante il periodo 2019-2023.

Per il **personale medico** i dati evidenziano come il fenomeno sia esploso a seguito dell'emergenza sanitaria iniziata nel 2020. Volendo osservare il fenomeno non solo dal punto di vista di evoluzione nel tempo del valore economico degli affidamenti, ma anche da quello della loro distribuzione all'interno delle procedure di scelta del contraente si osserva una netta prevalenza dei contratti derivanti da procedure negoziate per affidamenti sotto soglia e da affidamenti diretti.

Per quanto riguarda il **personale infermieristico** a differenza del caso del personale medico, il fenomeno era già rilevante nel periodo pre-pandemico. Anche per questi contratti si osserva il maggior ricorso, in termini numerici, agli affidamenti diretti o alle procedure negoziate senza previa pubblicazione del bando. Estendendo l'analisi ai più generici **servizi di fornitura di personale**, si delinea un mercato che vale complessivamente nel periodo considerato 1,7 miliardi di euro.

Dall'**analisi territoriale** della spesa effettivamente sostenuta dalle stazioni appaltanti nell'intero periodo 2019-2023, emerge in primis che tutte le Regioni risultano coinvolte in tale processo di approvvigionamento con differenze significative tra Regione e Regione.

Dal lato dell'**offerta** si rileva come la quota più rilevante del mercato sia ripartita tra pochi operatori economici, ad esempio per i contratti di servizio di fornitura di personale medico solo cinque operatori economici (cooperative o società tra professionisti) si sono assicurati il 64% del valore dei bandi complessivamente aggiudicati, a fronte di 25 soggetti economici che gestiscono il restante 36%. Per i contratti per il servizio di fornitura di personale infermieristico, il grado di concentrazione del mercato su pochi operatori economici è ancora più significativo: due soli operatori rappresentano il 63% del valore dei bandi aggiudicati, a fronte di 30 operatori che si spartiscono il 37% del valore del mercato.

Il commento di Giuseppe Busia, presidente Anac

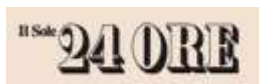
“La questione dei cosiddetti ‘medici a gettone’ assume una grande rilevanza sociale - afferma il **Presidente di Anac, Giuseppe Busia** - in quanto tocca servizi fondamentali, improcrastinabili ed indispensabili per l'intera comunità, oltre che di grande impatto economico sulla spesa pubblica, per gli elevati costi sostenuti dalle Aziende sanitarie al fine di remunerare il personale medico reperito per turni spesso insostenibili”.

“Per questo - spiega il **Presidente Busia** - Anac ha predisposto un report a disposizione delle Autorità sanitarie, al fine di prendere consapevolezza dell'entità del fenomeno dei ‘gettonisti’, e poter programmare meglio il fabbisogno di medici e infermieri”.

Nel fenomeno dei ‘gettonisti’ ci sono, infatti, più profili in gioco: l'elevato costo dei servizi; l'inadeguatezza del servizio offerto; la scarsa affidabilità del servizio (pensiamo alla lucidità di un medico dopo 36 ore filate di servizio); il far west dei contratti, di durata breve con elusione di qualsiasi principio di programmazione e concorrenza.

“Per sopperire all'attuale carenza di medici ormai diffusa in numerosi comparti ospedalieri – continua il Presidente dell'Anticorruzione -, le Aziende sanitarie siano indotte ad aggiudicare appalti, spesso mediante procedura negoziata, alla quale partecipa un numero ridotto di operatori economici, in particolare per assicurare alcuni servizi quale quello di Guardia Medica presso il Pronto Soccorso, nonché a corrispondere compensi particolarmente elevati per ciascun turno, anche prevedendo, come criterio di scelta del contraente, quello del prezzo più basso”.

<https://www.anticorruzione.it/-/report-anac-sui-medici-gettonisti-boom-del-fenomeno-dopo-la-pandemia>



SIMEU: carenza di personale, boarding e accessi impropri le emergenze del Pronto Soccorso

In occasione dell'evento, che ha raccolto Direttori di Struttura provenienti da tutta Italia, sono stati presentati i risultati di una rilevazione condotta dalla Società Scientifica nei giorni 3, 4 e 5 novembre 2024 con lo scopo di descrivere - attraverso dati concreti - la situazione attuale inquadrata nel generale contesto del Servizio Sanitario Nazionale.

Ne è uscita una descrizione chiara, costruita sulla base dell'opinione degli esperti. Provenendo dall'intero territorio nazionale, quest'analisi potrebbe costituire la base dell'agenda di lavoro sollecitata per il prossimo futuro alle Istituzioni, da parte della Società Italiana di Medicina d'Emergenza Urgenza SIMEU.

IL RAPPORTO SIMEU

Hanno risposto 80 centri rappresentativi di un numero di accessi di Pronto Soccorso nell'intero 2023 pari a 3.957.321, ovvero il 22% dei totali secondo i dati di confronto da AGENAS.

“Il primo numero che emerge è un ulteriore incremento degli accessi annui che al 30 settembre 2024 registra un +2,2% rispetto al 2023, proiettando il valore annuo a circa 19 milioni di visite. Dal 2020, anno post-pandemico, ad oggi l'incremento cumulativo è del 29%. Risulta evidente la necessità dei cittadini di un accesso rapido e non mediato alle strutture del Ssn - afferma il Past President SIMEU **Salvatore Manca** - un peso sempre maggiore che grava sul sistema dell'emergenza urgenza”.

Dall'indagine emerge che i principali problemi del Pronto Soccorso italiani si confermano essere:

- 1) Carenza di personale, 29%
- 2) Boarding, 26% a pari merito con
- 2) Accessi impropri, 26%
- 3) Aggressioni, 19%

“I temi maggiormente dibattuti, come gli accessi “impropri” o le aggressioni, sono considerati dai professionisti di minor importanza rispetto alla necessità di rinforzare gli organici con lo scopo di garantire una migliore qualità di cura ed assistenza e di diminuire il carico di lavoro sui singoli operatori e, di conseguenza, anche lo stress psicofisico dei professionisti”, afferma **Beniamino Susi**, vice presidente SIMEU. Continua **Antonio Voza**, segretario nazionale: “Lo stress correlato ad un'attività intensa è anche l'elemento più critico in assoluto che definisce la disaffezione dei medici al lavoro in Pronto Soccorso prima ancora che la valorizzazione economica”.

I motivi della disaffezione dei medici sono:

- 1) Stress lavoro - correlato, 29%
- 2) Insufficienza valorizzazione economica, 26%
- 3) Qualità della vita, 23%
- 4) Rischio medico-legale, 22%

Per quanto riguarda il boarding, i Direttori hanno dichiarato che nel 2024 rispetto al passato:

- il 10% delle strutture non costituisce un problema
- nel 54% si registra un incremento
- nel 30% l'incremento avviene, nonostante siano stati presi provvedimenti organizzativi
- nel 36% il boarding è diminuito, grazie a specifici provvedimenti organizzativi
- nel 24% non è stato preso alcun provvedimento

“Il dato confortante è che il 36% dei centri registra una diminuzione, il che dimostra che esistono margini di miglioramento che devono essere maggiormente esplorati. Nonostante il problema continui ad essere in sostanziale crescita nella maggioranza dei casi questo valore, associato all'incremento degli accessi, delinea un futuro di maggior impegno per le strutture dell'Emergenza Urgenza” afferma **Andrea Fabbri**, Ufficio di Presidenza SIMEU.

Interessante notare cosa chiedono i Direttori alla medicina del territorio:

- 1) Maggior attività di filtro da parte della Medicina Generale, 28%
- 2) Attivazione di ambulatori ad accesso diretto, 25%
- 3) Più efficace e precoce presa in carico di pazienti dimissibili, 24%
- 4) Diminuzione dei tempi d'attesa per esami diagnostici, 23%

“Si evidenzia come le liste d'attesa, argomento centrale degli ultimi anni, siano considerate meno impattanti rispetto ad altri elementi quali la possibile azione di filtro della Medicina Generale o la presa in carico precoce di pazienti in uscita dall'Ospedale” dichiara **Fabio De Iaco**, presidente SIMEU.

Tra le necessità più importanti anche la possibilità di indirizzare altrove, sin dal triage, pazienti a minor priorità e la gestione separata dei codici minori affidata ad altre figure professionali. Nel dettaglio, i Direttori di Pronto Soccorso ritengono urgenti:

- 1) Rinforzo degli organici, 28%
- 2) Diminuzione del boarding, 26%
- 3) Possibilità di indirizzare altrove i pazienti a minor priorità, 24%
- 4) Gestione separata dei codici minori, 22%

Per quanto riguarda la tipologia di paziente si è rilevato che il maggior impegno gestionale - inteso come peso organizzativo, necessità di risorse, tempi di permanenza, carico assistenziale - è rappresentato da:

- 1) Pazienti cronici multi patologici, 27%
- 2) Pazienti a prevalente componente assistenziale, 26%
- 3) Pazienti a patologia prevalente oncologica, 25%
- 4) Pazienti a patologia prevalente psichiatrica, 22%

Emerge con grande evidenza che i Pronto Soccorso italiani stanno funzionando da tampone dell'intero sistema, reggendo il peso di condizioni di cronicità e socio-assistenzialità che non avrebbero alcun motivo di essere gestiti dalla Medicina d'Emergenza Urgenza se non per l'insufficienza delle strutture che dovrebbero essere deputate a tali scopi.

L'Accademia dei Direttori 2024 è stata anche l'occasione per presentare i dati raccolti dal gruppo di lavoro del Progetto SIMEU "Aver Cura". È noto come la situazione di crisi dei Pronto Soccorso abbia peggiorato le condizioni nelle quali i medici e gli infermieri dell'Emergenza Urgenza operino quotidianamente. Contestualmente è oggettivamente diminuita la percezione di adeguata qualità di servizio e cura ai pazienti. Questo disagio è avvertito in maniera intensa e uniforme tanto dagli operatori quanto dai cittadini. SIMEU ha scelto di investire in un progetto di compartecipazione, di analisi e condivisione di intenti che, per la prima volta, ha coinvolto attivamente i cittadini - pazienti e parenti - quali possibili alleati di medici, infermieri e personale sanitario in prima linea nell'ambito dell'emergenza urgenza, nella richiesta di interventi concreti e strutturati da parte dei decisori.

Con l'obiettivo di lavorare insieme per migliorare e creare strumenti di alleanza con i cittadini, sono stati studiati e diffusi ai Direttori Sanitari delle 20 Regioni d'Italia due questionari, uno per pazienti e parenti e l'altro per operatori sanitari.

Dalle risposte dei pazienti che hanno compilato il questionario è emerso che:

- il 72% si è recato in Pronto Soccorso almeno 3 volte in un anno
- il 41% non ha ancora compreso a cosa serve il triage
- il 61% non è a conoscenza del passaggio a 5 codici colore e codice alfa-numeric
- il 49% ha atteso più di 8 ore prima di essere ricoverato
- il 61% non ha avuto un pasto e il 37% dei casi neppure un ristoro

Da queste risposte dei cittadini, il primo dato allarmante ed evidente è che "manca un'educazione sanitaria. La maggior parte delle persone non sa che cosa sia il codice di priorità di ingresso triage, a chi spetti la classificazione di gravità in un Pronto Soccorso e, fatto ancora più grave, non è a conoscenza che oggi è in vigore il sistema unico a cinque codici numerici - afferma la dott.ssa **Daniela Pierluigi** dell'attuale Consiglio Nazionale SIMEU nonché direttrice del Progetto 'Aver Cura' -. Contrariamente alle indicazioni del ministero della Salute, un paziente dovrebbe essere ricoverato in reparto entro 8 ore dal suo ingresso in PS, quasi la metà dichiara di aver atteso oltre. Il fatto reale è che maggiori presenze richiedono maggiori sforzi di assistenza clinica e alberghiera e i grandi numeri rallentano la struttura organizzativa, aggravandola".

Dai dati inoltre emerge che:

- il 19% dei pazienti ha lamentato disagi legati al comportamento e alla comunicazione da parte dei professionisti
- il 42% dei pazienti ha lamentato disagi organizzativi/strutturali

“Il dato confortante è che più i codici sono alti, e quindi le problematiche ed il rischio clinico gravi, e più i pazienti hanno dichiarato di aver avuto la percezione di cure adeguate e comunicazioni chiari ed esaustive. Questa sensazione invece scende tra i codici bianchi, il 21% dei quali dichiara anche di aver ricevuto informazioni insufficienti”. Questo significa che le risposte alla vera emergenza urgenza, grazie allo sforzo di medici ed infermieri, continuano ad essere eccellenti nonostante il contesto.

I sanitari interrogati hanno confermato alcuni trend negativi:

- il 76% ha subito aggressioni verbali
- il 64% ha ricevuto aggressioni fisiche
- il 96% è a conoscenza del Decreto Legge 14 Agosto 2020, n. 113, che sancisce la pena alle aggressioni subite in PS ma solo il 36% ha denunciato alla Direzione sanitaria o alle Forze dell'Ordine
- il 65% dei sanitari prova impotenza e frustrazione

Nel complesso emergono criticità sempre più evidenti, sia nella relazione tra cittadini e professionisti, con una chiara compromissione del necessario rapporto fiduciario, sia nel rapporto tra professionisti ed istituzioni, percepite come non in grado di arginare i problemi.

“I numeri rilevati restituiscono un quadro che conferma la percezione che viviamo quotidianamente nei PS - continua la dott.ssa Pierluigi - sappiamo bene che si prova spavento quando si ha la sensazione di non essere o non poter essere curati, ma i medici e gli infermieri della medicina di emergenza urgenza sono troppo spesso considerati - di fronte alle lunghe attese prima di una diagnosi o di un ricovero - i responsabili di vissuti negativi che, al contrario, sono subiti anche dagli stessi professionisti”.

<https://www.sanita24.ilsole24ore.com/art/lavoro-e-professione/2024-11-12/simeu-carezza-personale-boarding-e-accessi-impropri-emergenze-pronto-soccorso-130244.php?uuid=AGeiBI5&cmpid=nlqf>

quotidiano**sanità**.it

Emergenze sanitarie. Stati Oms Europa adottano due strategie per migliorare preparazione e risposte coordinate

Preparedness 2.0 è la nuova strategia regionale e il piano d'azione dell'Oms/Europa per la preparazione, la risposta e la resilienza alle emergenze sanitarie per i prossimi 5 anni (2024-2029). isponde a una revisione delle raccomandazioni e delle lezioni apprese, inclusa la pandemia Covid. Il piano d'azione regionale EMT 2024-2030 fornisce cure salvavita subito dopo le emergenze sanitarie, tra cui calamità naturali, epidemie e conflitti.

04 NOV - A Copenaghen, alla 74a sessione del Comitato regionale per l'Europa dell'Oms, è stata raggiunta una pietra miliare importante per la regione europea dell'Oms: gli Stati membri hanno adottato due strategie critiche volte a migliorare la preparazione e la risposta alle emergenze sanitarie in tutta la regione.

L'adozione sia della strategia regionale Preparedness 2.0 e del piano d'azione sulla preparazione, la risposta e la resilienza alle emergenze sanitarie (2024-2029), sia del piano d'azione regionale Emergency Medical Teams (EMT) 2024-2030 sottolinea l'impegno continuo dei 53 Stati membri della regione europea dell'OMS nel costruire la resilienza e rafforzare la sicurezza sanitaria per i singoli paesi e la regione nel suo complesso.

Preparazione 2.0: rafforzare la prontezza regionale

Preparedness 2.0 è la nuova strategia regionale e il piano d'azione dell'Oms/Europa per la preparazione, la risposta e la resilienza alle emergenze sanitarie per i prossimi 5 anni (2024-2029).

Progettato per elevare gli sforzi nella regione per prepararsi, prevenire, rispondere e diventare più resilienti alle emergenze sanitarie, questo piano lungimirante porta la preparazione a un livello superiore poiché si basa sulle lezioni apprese dalle recenti crisi, inclusa la pandemia di Covid.

Ciò contribuirà a colmare le lacune nella sicurezza sanitaria e a rafforzare la prontezza collettiva per le minacce future, come la crescente frequenza e intensità di eventi meteorologici estremi dovuti al cambiamento climatico e l'emergere di nuovi patogeni con il potenziale di causare epidemie e pandemie significative.

Preparedness 2.0 è stato sviluppato in stretta consultazione con gli Stati membri e adattato alle loro esigenze e contesti unici, con l'obiettivo di supportare i paesi nella regione europea dell'Oms nella creazione di piani e sistemi nazionali di preparazione e risposta adatti allo scopo.

Preparedness 2.0 risponde a una revisione delle raccomandazioni e delle lezioni apprese, condotta congiuntamente dalla divisione Emergenze sanitarie dell'Oms/Europa e dal gruppo consultivo tecnico di Preparedness 2.0, e si basa su una cultura di apprendimento e miglioramento continui.

Il risultato è un adattamento specifico della Regione Europea dell'Oms del quadro di Preparazione e Risposta alle Emergenze Sanitarie globali dell'Oms, guidato da 5 componenti principali: Sorveglianza collaborativa, Assistenza sicura e scalabile, Resilienza e protezione della comunità, Accesso alle contromisure mediche e Coordinamento delle emergenze. Questo approccio integra anche sistemi sanitari, ricerca e innovazioni sanitarie digitali come elementi trasversali essenziali, assicurando che il piano si adatti alla diversità delle esigenze all'interno della Regione paneuropea.

Preparedness 2.0 fornisce un pacchetto di supporto all'implementazione, che assicura che l'assistenza dell'Oms/Europa agli Stati membri sia prontamente disponibile. Aiuterà inoltre a rafforzare la Pan-European Network for Disease Control, lanciata nel 2024, e a creare una forza lavoro più solida per le emergenze sanitarie. Incoraggia gli Stati membri ad adottare un approccio di governo complessivo, assicurando che tutti i settori, non solo quello sanitario, siano coinvolti nella pianificazione della sicurezza sanitaria.

"Preparedness 2.0 è la nostra possibilità di costruire un futuro migliore per la regione europea, con resilienza collettiva, solidarietà e fiducia - ha affermato **Hans Henri P. Kluge**, direttore regionale dell'Oms per l'Europa - . Abbiamo l'opportunità di assorbire e implementare le lezioni del COVID-19 e di altre emergenze sanitarie e di applicarle in modo strategico, ambizioso ma pratico per garantire che siamo meglio preparati a qualsiasi cosa possa capitarci, anche mentre salvaguardiamo i sistemi sanitari essenziali di tutti i giorni per fornire servizi di base indipendentemente dalle emergenze e persino durante le stesse".

Piano d'azione regionale EMT 2024-2030: rafforzare gli EMT

Subito dopo l'adozione della nuova strategia regionale e del nuovo piano d'azione Preparedness 2.0, il Comitato regionale ha compiuto il primo passo congiunto per rendere operativa Preparedness 2.0 adottando il piano d'azione regionale EMT 2024-2030. Gli EMT forniscono cure salvavita subito dopo le emergenze sanitarie, tra cui calamità naturali, epidemie e conflitti.

La regione europea dell'Oms ospita già una delle reti EMT più forti al mondo, composta da oltre 85 team con più di 75.000 professionisti sanitari altamente qualificati.

Il piano d'azione regionale EMT 2024-2030 mira a regionalizzare ulteriormente la strategia EMT globale, assicurando che le capacità EMT nazionali siano pienamente integrate nei sistemi sanitari.

Ciò rafforzerà la resilienza a lungo termine e preparerà i paesi a rispondere rapidamente ed efficacemente alle emergenze. Il piano è stato elaborato da un'ampia comunità di pratica attraverso uno sforzo collaborativo che ha coinvolto controparti dell'Oms, governi nazionali ed esperti tecnici, riflettendo un approccio di governo complessivo.

"Con l'adozione di Preparedness 2.0 e del piano d'azione regionale EMT 2024-2030, gli Stati membri della regione europea dell'OMS si sono uniti per costruire un futuro più resiliente per la regione, assicurando che, mentre le crisi continuano a evolversi, i paesi non affronteranno le emergenze sanitarie da soli, ma si avvarranno invece di reti di supporto e best practice condivise tra paesi e partner sanitari - ha affermato **Gundo Weiler**, direttore regionale per le emergenze presso l'Oms/Europa -. Rafforzando la cooperazione regionale e promuovendo una cultura di preparazione, piuttosto che azioni unilaterali e lavorando in compartimenti stagni, siamo tutti più forti".

https://www.quotidianosanita.it/scienza-e-farmaci/articolo.php?articolo_id=125505

Quello che c'è da sapere sulla classifica Agenas dei migliori ospedali

Claudio Maria Maffei

04 NOV -

Gentile direttore,

per il terzo anno consecutivo ho reagito con un riflesso pavloviano di disapprovazione e sconforto all'uscita della classifica dei migliori ospedali d'Italia frutto del [Report 2024 del Programma Nazionale Esiti](#). Pur avendone già parlato qui su Qs [due anni fa](#) e [un anno fa](#) ho voluto provare ad approfondire questa storia della classifica e a ricostruirla in modo sufficientemente approfondito per offrirla a una riflessione più consapevole.

Alcune informazioni di base sul Programma Nazionale Esiti

Il PNE (definizione mia, come tutto il resto) è un programma gestito dalla Agenzia per i Servizi Sanitari Regionali (Agenas) con il supporto del Dipartimento di Epidemiologia della Regione Lazio – ASL 1 che dal 2012 monitora l'andamento della produzione ospedaliera di tutte le strutture accreditate del Servizio Sanitario Nazionale e molto altro attraverso un corposo e crescente numero di indicatori calcolati prevalentemente sulla base dei dati contenuti nelle Schede di Dimissione Ospedaliera.

Il numero di indicatori è progressivamente cresciuto dai 32 dei primi giri di prova coi [dati pubblicati nel 2012](#) ai 205 indicatori del [Report 2024](#) di cui: 180 relativi [all'assistenza ospedaliera](#) (70 di esito/processo, 88 di volume e 22 di ospedalizzazione) e 25 relativi [all'assistenza territoriale](#), valutata indirettamente in termini di ospedalizzazione evitabile (14 indicatori), esiti a lungo termine (7) e accessi impropri in pronto soccorso (4).

Gli indicatori di esito riguardano i risultati clinici delle attività in esame, quelli di processo riguardano la conformità delle attività a degli standard "gestionali" in termini ad esempio di tempestività degli interventi, mentre quelli di volume verificano se la produzione dell'attività in esame supera i valori soglia previsti per erogarla in condizioni di presumibile maggiore efficacia.

Gli indicatori vengono calcolati in modo, almeno così pare a me, rigorosissimo in modo da consentire confronti sia nel tempo che nelle diverse realtà geografiche (Regioni e Aziende).

Ogni anno viene pubblicato un Rapporto di Sintesi e resi disponibili [nel sito](#) tutti i materiali sia in termini di metodologia che di risultati.

Ci sono nel sito anche aree dedicate anche alle valutazioni di equità, alla sperimentazione di nuovi indicatori e agli audit di verifica proposti alle Aziende per un approfondimento sui dati della ultima edizione. Il sito del PNE è una cornucopia potenziale di informazioni di solito poco sfruttata rispetto alle sue potenzialità.

Breve storia del difficile rapporto iniziale tra Programma Nazionale Esiti e classifiche

Il PNE nasce all'interno del mondo della epidemiologia italiana e in particolare del Dipartimento di Epidemiologia del Servizio Sanitario Regionale del Lazio che in collaborazione con l'Agenas pubblicò su [Epidemiologia e Prevenzione nel 2011](#) (stralcio dalla premessa dell'articolo) una guida introduttiva ai metodi epidemiologici per gli studi di valutazione comparativa di esito degli interventi sanitari.

Nel 2012 il PNE emerge alla attenzione nazionale con la pubblicazione dei primi dati sulle performance degli ospedali italiani, dati che immediatamente e per certi aspetti inevitabilmente si trasformarono subito in classifiche come scrisse su Qs Cesare Fassari che titolava proprio "[Guai" a chiamarla classifica. Ma invece è proprio quello che servirebbe](#)".

Qs dedicò anche uno speciale al PNE [nel maggio dello stesso anno](#) con una analisi dei dati Regione per Regione. Sin dai primi anni del PNE era continuamente ribadito dai suoi curatori che non dovesse essere usato per fare classifiche.

Ad esempio nella Sintesi [del 2014](#) troviamo scritto che "PNE non fornisce graduatorie, pagelle o giudizi né a livello regionale né a livello di struttura. Ogni indicatore di esito misura caratteristiche diverse del processo assistenziale e ha peso diverso in termini di rilevanza del problema e impatto sulla salute, pertanto non è possibile costruire indicatori sintetici che riassumano in un'unica misura o giudizio la qualità di un sistema regionale, di un'azienda territoriale o ospedaliera."

Questa idiosincrasia dei curatori del PNE nei confronti delle classifiche è testimoniata dal fatto che per diversi anni (sia nel [2016](#) che nel [2017](#) e [2018](#)) nella copertina della Sintesi c'era la solita frase "PNE non produce classifiche, graduatorie, giudizi".

Non a caso i due direttori scientifici del PNE che si sono avvicinati in quel periodo in due vecchie interviste sempre su Qs hanno insistito su questo aspetto del PNE che non va usato per fare classifiche, [Carlo Perucci nel 2013](#) e [Marina Davoli nel 2014](#). Che cosa ha risvegliato allora negli ultimi anni l'improvviso interesse dell'Agenas nei confronti delle classifiche al punto da dare addirittura un premio ai "migliori" ospedali d'Italia? Per tentare di farsene una idea bisogna ricostruire un po' la storia del cosiddetto treemap che è l'elaborazione alla base della classifica degli ospedali.

La storia del treemap

Ogni sistema di monitoraggio cerca di trovare il modo di rappresentare sinteticamente e visivamente i propri risultati e magari di arrivare a un "punteggio" finale complessivo e significativo. Per riuscirci il PNE ha fatto ricorso al treemap.

Parlare del treemap, che in questa storia gioca un ruolo importantissimo, non è semplice perché è una elaborazione visivamente semplice, ma metodologicamente complessa.

Il treemap è una novità introdotta nella [Edizione del PNE del 2016](#), alla cui lettura si rimanda e dove (vedi Figura 1) viene molto ben descritto: "Gli ambiti assistenziali ospedalieri considerati nella valutazione sintetica riguardano 7 aree cliniche (NB: tra parentesi ho aggiunto io il numero di indicatori previsto per ciascuna area): cardiocircolatorio (6), nervoso (2), respiratorio (1), chirurgia generale (2), chirurgia oncologica (5), gravidanza e parto (3) e osteomuscolare (2). Per ogni stabilimento ospedaliero, il treemap è costruito in modo tale che l'area del rettangolo di ogni area clinica sia proporzionale al totale dell'attività complessiva delle 7 aree cliniche considerate." Nel tempo tra l'Edizione 2016 e quella 2024 nei treemap qualcosa è cambiato e ad esempio si è aggiunta un'area clinica nel 2023, quella nefrologica.

Ma l'impianto del treemap che poi verrà tradotto in una classifica c'è già tutto nella sua prima versione, in cui però di classifica non si parla proprio. Ecco i peccati originali del treemap (che coincidono in larga misura con i limiti del PNE) che lo rendono inadatto a fare classifiche generali degli ospedali:

- mancano molte aree cliniche fondamentali come quella traumatologica, quella critica, quella urologica, quella neonatologica e pediatrica, quella di molte chirurgie specialistiche (come l'oculistica, la chirurgia maxillo-facciale e l'ORL) e quella di oncologia medica;
- non viene inclusa la valutazione degli esiti sensibili all'assistenza infermieristica;
- per molte aree l'indicatore è "debole" come per quella pneumologica;
- l'attribuzione dei pesi a ciascun indicatore dentro una area clinica e i punteggi dati al valore di ciascun indicatore sono ovviamente stime discutibili anche se fondate.

Il treemap diventa una classifica

Nella [edizione 2020](#) che analizza i dati del 2019 compare una Figura (la 2) con una elaborazione che negli anni successivi porterà alla classifica dei migliori ospedali.

Nella Figura vengono riportati e tabellati i treemap di 893 strutture ospedaliere su 1385 (64%).

Le strutture che sono state valutate per almeno un indicatore per ciascuna delle 7 aree sono 192; tra queste solo 4 strutture raggiungono livelli di qualità alti o molto alti per tutte le aree valutate. Ma per quest'anno non c'è ancora il "premio".

Nella [edizione 2021](#) quella elaborazione non c'è più, ma torna nella [edizione 2022](#) (vedi Figura 3) che porta ai primi "vincitori". Nella Figura non viene riportata alcuna struttura che risulta di livello 1 e 2 (quindi aderente a livello alto o molto alto) in tutte e sette le aree.

Il giorno della presentazione dei dati 2021, il 6 dicembre 2022, si [legge su Qs](#) che sono stati conferiti da Agenas, per il primo anno, nel corso della presentazione del "Pne", i Premi PNE 2021 a due strutture ospedaliere che hanno raggiunto la migliore valutazione di qualità alta o molto alta per tutte le aree cliniche considerate nell'ambito del treemap: sono l'Azienda Ospedaliera "Umberto I - G. M. - Lancisi" di Ancona e l'Irccs Humanitas Research Hospital di Rozzano (Milano). Mistero: nella Tabella nessuna struttura risulta avere avuto una valutazione di aderenza agli standard molto alta e alta in tutte le aree e sono quattro quelle che l'hanno avuta in sei su sei.

E poi che premio PNE è un premio di cui il Rapporto PNE non parla e che non “giustifica”? Ad ogni buon conto dalla home del sito del PNE scompare definitivamente dopo [il mio commento al premio](#) la dicitura “PNE non produce classifiche, graduatorie, giudizi”.

L’anno successivo [nell’edizione 2023](#) coi dati 2022 il Report del PNE riporta la stessa Tabella (vedi Figura 4), ma stavolta con un’area clinica in più. Anche in quest’anno in base alla tabella nessuna struttura raggiunge il livello 1 e 2 in tutte le aree valutate e solo una lo raggiunge in 7 su 8.

Leggiamo su Qs del 26 ottobre 2023 che “Brilla un’unica stella nel panorama delle strutture con le migliori performance e in più aree: l’Istituto Clinico Humanitas di Rozzano.

Mentre nel pubblico si afferma l’Azienda Ospedaliero Universitaria delle Marche.” Ancora una volta il Rapporto PNE non parla del premio PNE e dalla tabella coi dati che sintetizza i dati che dovrebbero motivarlo non si capisce da dove scappino fuori i vincitori.

Arriviamo [all’edizione 2024](#) con la solita Tabella (vedi Figura 5) e questa volta i premiati sono tre. Leggiamo [sempre da Qs](#) che “quest’anno sul podio di Agenas troviamo l’Ao Careggi con le migliori performance e in più aree, a pari merito con l’Azienda Ospedaliero Universitaria delle Marche e poi come lo scorso anno l’Istituto Clinico Humanitas di Rozzano.” Ancora una volta Tabella e classifica “non battono paro” visto che i premiati sono tre e quelli altamente aderenti in tutte le aree sono due. Ancora una volta poi il Rapporto PNE non parla del premio PNE.

Valutazione di sintesi sulla classifica Agenas dei migliori ospedali

La scelta di usare il PNE negli ultimi tre anni per fare la classifica dei migliori ospedali è incomprensibile sul piano tecnico ed è strano che il Rapporto PNE di quegli anni non ne parli mai e che non ne chiarisca mai i criteri di attribuzione.

Quello che invece risulta comprensibilissimo è l’impatto politico e mediatico di quella classifica.

Sul piano politico al nuovo Governo e al nuovo Ministro appena insediatisi questa classifica piacque sicuramente moltissimo, tanto che per le Marche governate dal centrodestra questa classifica è stata addirittura utilizzata per giustificare la scelta di Ancona come sede del G7 Salute.

Non si contano infatti le volte in cui i rappresentanti della Giunta della Regione Marche hanno citato e citano quotidianamente questa medaglia in modo da distogliere l’attenzione con questa classifica dai problemi enormi che vive la sanità delle Marche.

L’effetto mediatico a livello nazionale è stato enorme con tutta la stampa generalista a riportare e commentare la classifica da [la Repubblica](#), ad [Avvenire](#), [Corriere della Sera](#), [la Nazione](#) e via via tutti gli altri.

L’Agenas si è presa la responsabilità di avvallare una classifica che passa per scientifica della qualità degli Ospedali italiani, che scientifica non è nemmeno alla lontana.

Credo che così si faccia un pessimo servizio alla sanità pubblica del nostro Paese, si svilisca l’enorme impegno che sta dietro al PNE, un granissimo contributo della epidemiologia italiana al monitoraggio e alla evoluzione del Ssn, si distolga l’attenzione dall’enorme patrimonio di dati che il PNE mette a disposizione.

[Quello che c’è da sapere sulla classifica Agenas dei migliori ospedali - Quotidiano Sanità](#)

quotidianosanità.it

Specializzandi. Sono 14.615 quelli da formare per il 2024/2025 e 14.575 quelli per il 2025/2026. Il decreto in Gazzetta Ufficiale

Per far fronte ad esigenze formative specifiche evidenziate dalle singole regioni e province autonome in cui insistono le strutture formative, ove sussistano risorse aggiuntive, comunque acquisite dalle università possono essere previsti ulteriori contratti di formazione specialistica in aggiunta a quelli finanziati dallo Stato. Le regioni, nel cui territorio non insistano atenei con corsi di laurea in medicina, possono attivare convenzioni con università di altre regioni al fine di destinare contratti di formazione specialistica aggiuntivi.

25 NOV -

Per il triennio accademico 2023/2026, tenuto conto di quanto sancito nell'Accordo tra Governo e Regioni del 25 luglio 2024, il fabbisogno dei medici specialisti da formare è determinato in 14.576 unità per l'anno accademico 2023/2024, in 14.615 unità per l'anno accademico 2024/2025 ed in 14.575 unità per l'anno accademico 2025/2026.

La distribuzione dei contratti di formazione specialistica alle scuole di specializzazione degli Atenei, tiene conto della capacità ricettiva e del volume assistenziale delle strutture sanitarie inserite nella rete formativa delle scuole.

Per far fronte ad esigenze formative specifiche evidenziate dalle singole regioni e province autonome in cui insistono le strutture formative, ove sussistano risorse aggiuntive, comunque acquisite dalle università possono essere previsti ulteriori contratti di formazione specialistica in aggiunta a quelli finanziati dallo Stato. Le regioni, nel cui territorio non insistano atenei con corsi di laurea in medicina, possono attivare convenzioni con università di altre regioni al fine di destinare contratti di formazione specialistica aggiuntivi.

Per l'ammissione in soprannumero alle scuole di specializzazione, i candidati devono avere superato le prove di ammissione previste dalla normativa vigente.

I periodi di formazione specialistica che i medici possono svolgere all'estero, nell'ambito dei rapporti di collaborazione didattica scientifica tra le università italiane e straniere, non possono essere superiori ai diciotto mesi.

TABELLA 1 - CONTRATTI DI FORMAZIONE MEDICO SPECIALISTICA A CARICO DELLO STATO - A.A. 2023-2024

Area funzionale di chirurgia		Area funzionale dei servizi		Area funzionale di medicina	
Specializzazioni	Fabbisogno	Specializzazioni	Fabbisogno	Specializzazioni	Fabbisogno
Cardiochirurgia	91	Anatomia patologica	176	Allergologia ed immunologia clinica	73
Chirurgia generale	696	Anestesia, rianimazione e t.i. e del dolore	1.548	Dermatologia e venereologia	120
Chirurgia maxillo-facciale	53	Audiologia e foniatria	35	Ematologia	204
Chirurgia pediatrica	55	Farmacologia e Tossicologia clinica	115	Endocrinologia e mal. del metabolismo	195
Chirurgia plastica, ricostruttiva ed estetica	101	Genetica medica	73	Geriatra	378
Chirurgia toracica	88	Igiene e medicina preventiva	552	Malattie dell'apparato cardiovascolare	570
Chirurgia vascolare	111	Medicina fisica e riabilitativa	333	Malattie dell'apparato digerente	206
Ginecologia e ostetricia	516	Medicina del lavoro	191	Malattie dell'apparato respiratorio	251
Neurochirurgia	110	Medicina legale	150	Medicina di comunità e delle cure primarie	119
Oftalmologia	215	Medicina nucleare	88	Malattie infettive e tropicali	244
Ortopedia e traumatologia	472	Microbiologia e virologia	112	Medicina dello sport e dell'esercizio fisico	84
Otorinolaringoiatria	185	Patologia clinica e Biochimica clinica	297	Medicina di emergenza e urgenza	999
Urologia	250	Radiodiagnostica	640	Medicina e cure palliative	161
Totale	2.943	Radioterapia	166	Medicina interna	808
		Statistica sanitaria e Biometria	48	Medicina termale	3
		Totale	4.524	Nefrologia	338
				Neurologia	320
				Neuropsichiatria infantile	217
				Oncologia medica	306
				Pediatria	813
				Psichiatria	525
				Reumatologia	115
				Scienza dell'alimentazione	60
				Totale	7.109

TOTALE

14.576

https://www.quotidianosanita.it/governo-e-parlamento/articolo.php?articolo_id=126006

Experience of Hospital Staffs during the COVID-19 Pandemic: Phase of Initial Crisis to Phase of Adaptation

Kalpana paudel Aryal¹, Ratna Shila Banstola², Durga Laxmi Shrestha³, Madhusudan Subedi⁴

¹Assoc. Professor, Tribhuvan University, Institute of Medicine, Birgunj Nursing Camus

²Faculty, Child Health Nursing, Tribhuvan University, Institute of Medicine, Pokhara Nursing Camus

³Chief Hospital Nursing Administrator, Bheri Hospital, Nepalgunj, Banke

⁴Professor and Chair of Department of Community Health Sciences, and Coordinator of School of Public Health – Patan Academy of Health Sciences, Nepal / Central Department of Sociology, Tribhuvan University, Nepal

Introduzione: In tutto il mondo, il personale sanitario in prima linea nella battaglia contro il COVID-19 ha dovuto affrontare sfide multiformi. La situazione era più critica per i paesi con risorse limitate. Sebbene la preoccupazione fosse focalizzata sulla fornitura di dispositivi di protezione e vaccinazioni, è più importante tenere conto della salute mentale del personale ospedaliero. Pertanto, questo studio mirava a esplorare l'esperienza del personale che lavorava in un ospedale governativo di terzo livello durante la pandemia.

Materiali e metodi: Lo studio è stato condotto tra 29 membri del personale dell'ospedale di Bheri, Nepalgunj. I dati sono stati raccolti dal 23 al 25 luglio 2022 attraverso tre discussioni di gruppo focale utilizzando linee guida di discussione di gruppo focale semi-strutturate. È stato utilizzato un metodo di analisi del contenuto qualitativo per analizzare i dati.

Risultati: L'analisi del contenuto dei dati ha rivelato le esperienze approfondite del personale ospedaliero, ovvero dalla fase iniziale di crisi e caos alla fase finale di accettazione e adattamento. Sono stati generati quattro temi principali:

- 1) crisi e ambiente di lavoro spaventoso;
- 2) impatto sulla vita personale, familiare, sociale e professionale;
- 3) fase di accettazione e adattamento;
- 4) raccomandazioni future.

Conclusioni: l'intera storia è iniziata con un viaggio dalla fase di paura estrema, stress, sensazione di minaccia e ansia alla fase finale di accettazione e adattamento, compresi sentimenti di orgoglio e soddisfazione. La mancanza di conoscenza della malattia appena emersa e l'incertezza della sua prognosi erano la ragione dietro l'intensa paura tra il personale ospedaliero. Pertanto, il supporto al personale, incluso l'affrontare il benessere emotivo e la salute mentale del personale sanitario durante qualsiasi pandemia, è molto cruciale.

[file:///C:/Users/Banchieri/Downloads/Experience of Hospital Staffs during the%20\(4\).pdf](file:///C:/Users/Banchieri/Downloads/Experience%20of%20Hospital%20Staffs%20during%20the%20(4).pdf)



Ammalarsi in ospedale

Federico Lattanzi, Betty Perticarini e Andrea Degano

La prevenzione delle infezioni correlate all'assistenza sanitaria rappresenta una priorità assoluta per garantire la sicurezza e la qualità delle cure. Un'organizzazione efficiente, basata sulla collaborazione interprofessionale,

sulla formazione continua e sull'utilizzo di strumenti e tecnologie avanzate, consente di raggiungere risultati eccellenti anche in contesti complessi e difficili, contribuendo a migliorare la salute e il benessere dei pazienti.

Le Infezioni Correlate all'Assistenza Sanitaria (ICAS) rappresentano una delle più comuni e gravi complicanze associate all'assistenza sanitaria. Si tratta di infezioni che si manifestano durante la degenza ospedaliera o in seguito a procedure diagnostiche o terapeutiche, in assenza di segni clinici o in incubazione al momento dell'ingresso in struttura. La definizione temporale di ICAS prevede l'insorgenza almeno 48 ore dopo il ricovero, entro 30 giorni da un intervento chirurgico, o entro i 3 giorni successivi alle dimissioni. Le ICAS possono insorgere in qualsiasi contesto assistenziale, dagli ospedali agli ambulatori, dalle strutture di lungodegenza all'assistenza domiciliare.

Dal punto di vista eziologico, le ICAS si suddividono in due categorie principali:

- Infezioni esogene: originate da microrganismi provenienti dall'ambiente esterno al paziente. Si distinguono in: Conclamate o subcliniche non trasmissibili: causate da contaminazione diretta di dispositivi medici o ferite chirurgiche; Conclamate o subcliniche a trasmissione interumana: trasmesse da paziente a paziente o da operatori sanitari.
- Infezioni endogene: causate da una proliferazione eccessiva della flora batterica commensale del paziente, spesso favorita da fattori come l'immunosoppressione o l'uso di antibiotici a largo spettro.

Numerosi fattori concorrono allo sviluppo delle ICAS, tra cui i fattori inerenti al paziente: età avanzata, immunodepressione, presenza di patologie croniche, colonizzazione da parte di microrganismi multiresistenti, i fattori legati all'assistenza: invasività delle procedure, durata della degenza, utilizzo di dispositivi medici (cateteri, ventilatori), antibioticoterapia prolungata, inadeguate pratiche igieniche e i fattori ambientali: presenza di serbatoi di microrganismi patogeni nell'ambiente ospedaliero, diffusione di ceppi batterici multiresistenti.

Le cause principali delle infezioni correlate all'assistenza sanitaria (ICAS) sono molteplici e complesse, includendo fattori legati all'ambiente ospedaliero, alla pratica clinica e alle condizioni dei pazienti. L'introduzione di nuove tecnologie sanitarie, l'uso prolungato di dispositivi invasivi e l'esecuzione di interventi chirurgici complessi possono migliorare le possibilità terapeutiche e l'esito delle malattie, ma aumentano anche il rischio di ingresso di microrganismi in aree corporee normalmente sterili. **L'indebolimento del sistema immunitario, l'immunosoppressione e la presenza di gravi patologie concomitanti possono aumentare la vulnerabilità alle infezioni.** La scarsa applicazione delle misure igieniche, la mancata adozione di adeguate misure di igiene ambientale e di controllo delle infezioni in ambito assistenziale favoriscono la diffusione di microrganismi. Infine, l'emergenza di ceppi batterici resistenti agli antibiotici, dovuta all'uso scorretto o eccessivo degli antibiotici, complica ulteriormente la gestione delle infezioni correlate all'assistenza.

La prevenzione delle ICAS rappresenta una priorità assoluta per garantire la sicurezza dei pazienti. Le principali strategie preventive includono:

- Igiene delle mani: l'igiene delle mani degli operatori sanitari è la misura preventiva più efficace.
- Isolamento dei pazienti infetti: l'isolamento dei pazienti infetti o colonizzati da microrganismi multiresistenti limita la diffusione delle infezioni.
- Disinfezione e sterilizzazione: la corretta disinfezione e sterilizzazione degli strumenti e delle superfici contribuisce a ridurre la carica microbica nell'ambiente ospedaliero.
- Sorveglianza delle infezioni: un sistema di sorveglianza efficace permette di monitorare l'incidenza delle ICAS e di individuare tempestivamente eventuali focolai epidemici.

- Educazione del personale sanitario: la formazione continua del personale sanitario è fondamentale per promuovere l'adozione di pratiche corrette di prevenzione delle infezioni.

Epidemiologia

Già nel 1979, l'Organizzazione Mondiale della Sanità aveva individuato tra le principali cause di infezioni ospedaliere i cambiamenti negli interventi assistenziali. Sebbene tali interventi assicurino un livello più avanzato e preciso di diagnosi e terapia, comportano come effetto collaterale un aumento del rischio di trasmissione delle infezioni. L'incremento del numero di pazienti suscettibili a contrarre infezioni è direttamente correlato alla maggiore sopravvivenza di individui con gravi patologie di base, grazie ai progressi in campo diagnostico e terapeutico, nonché al più diffuso uso di farmaci ad azione immunosoppressiva. Le infezioni ospedaliere rappresentano pertanto un fenomeno iatrogeno, un "effetto collaterale" del progresso sanitario. Uno dei meccanismi principali alla base del rischio di infezione in ospedale è il maggior numero di procedure invasive utilizzate a scopo diagnostico e terapeutico. A partire dai primi anni Ottanta del Novecento, sono stati condotti numerosi studi per valutare la frequenza delle infezioni ospedaliere. **Sulla base di questi studi e delle indicazioni della letteratura, si stima che in Italia il 5-8% dei pazienti ricoverati contragga un'infezione ospedaliera. Ogni anno, nel nostro Paese, si verificano tra le 450.000 e le 700.000 infezioni tra i pazienti ospedalizzati, prevalentemente infezioni urinarie, seguite da infezioni della ferita chirurgica, polmoniti e sepsi.** Di queste, si stima che il 30% siano potenzialmente prevenibili (135.000-210.000 casi).

Negli ultimi anni, i progressi in medicina hanno portato a un cambiamento nel modello di infezione in ospedale, con un rilevante contributo eziologico da parte di patogeni opportunisti, talvolta multi-antibiotico-resistenti, soprattutto in pazienti immunocompromessi. Si ipotizza che, in assenza di interventi efficaci per la prevenzione della trasmissione delle infezioni in ospedale, si possa assistere in futuro a un progressivo aumento della frequenza di infezioni nella popolazione ospedaliera, con un conseguente incremento della mortalità legata a questa patologia (Organizzazione Mondiale della Sanità, 1979).

Impatto sulla salute

Le infezioni correlate all'assistenza sanitaria (ICAS) rappresentano una grave minaccia per la salute dei pazienti, associandosi a un aumento significativo della mortalità, stimato in circa 37.000 decessi attribuibili ogni anno in Europa (ECDC, 2013). Tale dato, a cui si aggiungono ulteriori 110.000 decessi correlati, sottolinea l'impatto devastante di queste infezioni sul sistema sanitario. Tra le ICAS, le polmoniti associate alla ventilazione meccanica (VAP) si distinguono per una mortalità attribuibile particolarmente elevata, compresa tra il 7% e il 30% (Chastre & Fagon, 2002). Oltre all'incremento del rischio di morte, le ICAS determinano un significativo deterioramento della qualità di vita dei pazienti, prolungando la durata della degenza ospedaliera di circa 16 milioni di giorni ogni anno in Europa (Pittet et al., 2005).

Impatto economico

L'impatto economico delle infezioni correlate all'assistenza sanitaria (ICAS) rappresenta un onere significativo per i sistemi sanitari a livello globale. Oltre ai costi diretti, legati al prolungamento dei ricoveri ospedalieri e all'uso di risorse diagnostiche e terapeutiche aggiuntive per la gestione delle complicanze, le ICAS generano anche una serie di costi indiretti non trascurabili. Questi includono la perdita di produttività dei pazienti, dovuta alla riduzione della capacità lavorativa o delle attività quotidiane, e i costi associati all'assistenza informale fornita da familiari e caregiver, che si occupano dei pazienti a domicilio dopo il ricovero. Inoltre, vi sono i costi sociali legati alla disabilità a lungo termine (Scott, 2009). Le ICAS comportano un aumento dei costi di ospedalizzazione, sia per l'allungamento della durata media di degenza, sia per l'incremento dell'utilizzo di risorse diagnostiche (esami microbiologici, sierologici, radiologici) e terapeutiche (antibiotici, antivirali, antifungini). Tali infezioni possono evolvere in forme multiresistenti, richiedendo l'impiego di terapie più costose (Klevens et al., 2007). L'impatto economico delle ICAS si estende oltre le mura

ospedaliera, coinvolgendo i servizi territoriali e la medicina generale. La dimissione precoce di pazienti ancora infetti può aumentare i costi per la gestione ambulatoriale, compreso l'uso di servizi di assistenza domiciliare e di cure palliative. Le ICAS incidono negativamente sulla qualità della vita dei pazienti e dei loro familiari, aumentando lo stress psicologico e sociale. Inoltre, possono portare a contenziosi legali, con conseguenti costi per risarcimenti e danni d'immagine per le strutture sanitarie coinvolte.

La prevenzione delle ICAS rappresenta un investimento strategico per ridurre i costi sanitari e migliorare la qualità dell'assistenza; l'implementazione di programmi di sorveglianza epidemiologica, l'adozione di pratiche igienico-sanitarie rigorose, l'uso razionale degli antibiotici e la promozione della vaccinazione sono interventi essenziali per contenere la diffusione delle infezioni. Le ICAS costituiscono un problema complesso e multifattoriale, con un impatto economico e sociale significativo. Affrontare efficacemente questa sfida richiede un approccio integrato, che coinvolga tutti gli attori del sistema sanitario, e l'adozione di misure preventive e di controllo rigorose (Anderson et al., 2009).

Conclusione

L'evidenza scientifica dimostra in modo inequivocabile che anche in contesti sanitari caratterizzati da limitate risorse economiche è possibile conseguire livelli elevati di prevenzione delle infezioni correlate all'assistenza, migliorando significativamente la qualità delle cure erogate. Un approccio sistematico e multidisciplinare alla gestione del rischio infettivo, incentrato sull'implementazione di procedure standardizzate, percorsi assistenziali definiti e sistemi di sorveglianza microbiologica, rappresenta la chiave per raggiungere tale obiettivo. La produzione di linee guida e protocolli operativi standard, specifici per le diverse aree cliniche, unitamente alla formazione continua del personale sanitario, consente di uniformare le pratiche assistenziali e di ridurre al minimo il rischio di errori iatrogeni.

La collaborazione interprofessionale, intesa come scambio di conoscenze e competenze tra le diverse figure professionali coinvolte nel processo assistenziale, favorisce l'individuazione delle soluzioni più appropriate per ogni singolo paziente, promuovendo un approccio centrato sulla persona. L'adozione di tecnologie innovative, come i sistemi informatici per la gestione dei dati clinici e la sorveglianza epidemiologica, consente di ottimizzare i processi assistenziali, di migliorare la tracciabilità dei pazienti e di facilitare la comunicazione tra i professionisti. Un'attenta valutazione delle performance, attraverso l'analisi dei dati clinici e l'implementazione di audit periodici, permette di identificare le aree di miglioramento e di mettere in atto azioni correttive.

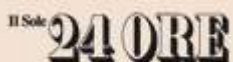
In conclusione, la prevenzione delle infezioni correlate all'assistenza rappresenta una priorità assoluta per garantire la sicurezza e la qualità delle cure. Un'organizzazione efficiente, basata sulla collaborazione interprofessionale, sulla formazione continua e sull'utilizzo di strumenti e tecnologie avanzate, consente di raggiungere risultati eccellenti anche in contesti complessi e difficili, contribuendo a migliorare la salute e il benessere dei pazienti.

Federico Lattanzi, Infermiere, U.O.C. Postazioni Territoriali Emergenza Sanitaria 118 – Azienda Sanitaria Territoriale di Ancona (AN)

Betty Perticarini, Infermiere, U.O.C. Medicina e Chirurgia D'urgenza – Azienda Sanitaria Territoriale di Fermo (MC)

Andrea Degano, Infermiere, Centrale Operativa Regionale 118 – Azienda Sanitaria Territoriale di Ancona (AN)

<https://www.saluteinternazionale.info/2024/10/ammalarsi-in-ospedale/>



Professioni sanitarie, frena a -3,8% il calo delle domande di ammissione ai corsi di laurea a fronte di un +3,3% di posti a bando. L'occupazione sfiora il 77%. Fisioterapisti primi per "appeal"

Angelo Mastrillo, *Segretario della Conferenza nazionale Corsi di laurea delle Professioni sanitarie*

Il Report annuale 2024 sulla formazione e l'occupazione delle 23 professioni sanitarie viene presentato il 9 novembre presso l'Università di Foggia - quarta nelle prime 20 posizioni della classifica Censis, preceduta da Udine, Modena e Bologna - che compie 25 anni dall'istituzione. Dalla rilevazione dei dati delle Università emerge un calo delle domande di ammissione sul totale dei 23 Corsi di Laurea per le professioni sanitarie da 66.686 dello scorso anno a 64.139, pari al -3,8% che è minore del -8,3% dello scorso anno (Tabelle 1 e 2). Analogο calo, del -9,6%, si rileva anche per le domande sui Corsi di Laurea Magistrale delle Professioni Sanitarie, da 15.461 dello scorso anno alle attuali 13.983 (Tab.35).

Per i 23 Corsi di Laurea, rispetto allo scorso anno i posti a bando sono aumentati del +3,3%, da 34.453 a 35.592 a fronte del suddetto calo delle domande del 3,8% con la conseguente riduzione (Tab. 1) del rapporto domande/posto (D/P) a 1,8 rispetto al 1,9 del 2023 e 2,2 del 2022 (Tab. 3B).

Per quanto riguarda i fabbisogni formativi si rileva un aumento da parte di quasi tutte le Regioni con +819 posti (+2%) dai 40.629 dello scorso anno agli attuali 41.448 e con numero finale di 43.515 stabilito dall'Accordo della Conferenza Stato-Regioni n.130 del 11 luglio 2024 (Tab. 8), invece che entro il 30 aprile, come da Decreto Legislativo n. 502 del 1999.

Per i fabbisogni non risulta ancora inserita la nuova professione di Osteopata, di cui non è nota la numerosità per Regioni e totale in attesa di iscrizione all'Albo TSRM PSTRP.

Aumenta con +1,5% il fabbisogno totale da parte delle Categorie: da 43.656 dello scorso anno agli attuali 44.304, di cui per Infermieristica lieve riduzione del -0,2% da 26.899 dello scorso anno agli attuali 26.832 (Tab. 9A).

È in aumento del +3,3% anche il potenziale formativo offerto dagli Atenei, che il Ministero dell'Università ha ratificato, con Decreto n. 1119 del 1 agosto 2024, per rispettare la scadenza della nuova norma che da quest'anno, riduce da 60 a 30 giorni il periodo che deve precedere la pubblicazione del bando da parte delle università per l'esame di ammissione fissato il 24 giugno dal MUR per il 5 settembre. La modifica dell'art. 4, comma 1, della Legge 264 del 1999, è stata fatta con la Legge 56 del 29 aprile 2024 sul Pnrr, art. 18, ultimo comma.

Quindi, indipendentemente dai fabbisogni indicati dalle Regioni e dalle Categorie, sono stati assegnati tutti i posti, determinando per sei Corsi, come lo scorso anno, un esubero rispetto alle richieste di Regioni, Categorie e Conferenza Stato-Regioni (Tab. 7), fra cui Dietista +52% su +46% dello scorso anno, Tecnico di Radiologia +29% su +28% dello scorso anno, Tecnico di Neurofisiopatologia +23% su +41% precedente e Igienista Dentale +20% rispetto a +34% dello scorso anno.

Complessivamente, tuttavia, anche quest'anno si conferma che rispetto all'aumento dell'offerta formativa da parte delle Università non si registra analogo incremento dei candidati.

Ripartizione dei posti per Università

La ripartizione dei posti e delle domande per ognuno dei 23 Profili e delle 49 Università è riportata in Tab. 2, con i totali in Tab. 1 per Università. Ogni Ateneo ha attivato in media 10 Corsi di Laurea; l'Università con il maggiore numero di Corsi resta Milano Statale con 22, seguita dall'Università di Roma Sapienza con 21, Genova e Roma Tor Vergata 19, Padova 18, Torino, Bari e Napoli Federico II con 17.

Quindi altre Università: con 15 Corsi Palermo, con 14 Corsi Pavia e Verona, con 13 Bologna, Firenze, Pisa, Ancona, Chieti, Napoli Campania, Messina e Catania, con 12 Brescia, Parma, Modena, Siena e Roma Cattolica, con 11 l'Aquila, con 10 le Università di Trieste, Ferrara e Catanzaro.

A seguire con 9 Corsi Varese, con 8 Cagliari, con 7 Milano Bicocca, Perugia e Foggia. Con 6 Novara e Sassari, con 5 Roma UniCamillus, con 4 Corsi Milano Humanitas, Milano San Raffaele, Udine, Roma Link e Campobasso; con 3 Roma Campus e infine con un solo Corso Trento, Casamassima LUM, Lecce, Napoli Parthenope, Cosenza e Enna.

Resta invariato rispetto agli ultimi anni il rapporto percentuale nella ripartizione dei posti fra le Lauree triennali e le Magistrali a ciclo unico, con il 69,1% dei posti alle Professioni Sanitarie, il 27,7% a Medicina e Chirurgia e il 3,2% a Odontoiatria (Tab. 3 B).

Sospensioni, riattivazioni e nuove attivazioni di Corsi

L'offerta formativa è aumentata anche rispetto al numero dei Corsi di Laurea da 468 a 487, e si compensa fra sospensioni, riattivazioni e nuove attivazioni.

Si osserva la nuova prima attivazione di 19 Corsi di Laurea: Dietista nelle Università di Trieste e di Ancona, Logopedista all'Università di Foggia, Ostetrica a Catanzaro, Educatore Professionale a Palermo, Ortottista a Brescia, Terapista Neuropsicomotricità età evolutiva a Parma, Terapista Occupazionale a Napoli Federico II, Tecnico Audiome-trista a Sassari, Tecnico Audioprotesista a Verona, Tecnico di Fisiopatologia Cardiocircolatoria ad Ancona, Tecnico di Laboratorio a Salerno, Osteopata a Verona e Firenze. Inoltre, Infermiere, Fisioterapista, Tecnico di Laboratorio e Tecnico di Radiologia all'Università di Roma Link (di nuova istituzione).

L'Università di Pavia sospende Terapista Occupazionale e riattiva sia Tecnico Ortopedico che Tecnico di Neurofisiopatologia, riportando i Corsi da 13 a 14.

L'Università di Ancona riattiva Educatore e istituisce Dietista e Tecnico di Fisiopatologia Cardiocircolatoria.

L'Università Cattolica di Roma sospende nella sede di Bolzano i tre Corsi per Ostetrica, Tecnico di Laboratorio e Tecnico di Radiologia, mentre riattiva i quattro Corsi per Dietista, Igienista Dentale, Logopedista e Terapista Occupazionale nella sede di Roma. Inoltre, sospende nella sede di Roma Tecnico Audioprotesista e nella sede di Campobasso Infermiere e Fisioterapista

L'Università di Bari sospende il Corso per Tecnico di Radiologia. L'Università di Catanzaro sospende i due Corsi di Tecnico di Laboratorio e di Tecnico della Prevenzione, e ne riattiva altri quattro: Ostetrica, Logopedista, Tecnico di Fisiopatologia Cardiocircolatoria e Tecnico di Neurofisiopatologia.

L'Università di Cagliari sospende i tre Corsi per Educatore, Igienista Dentale e Tecnico di Neurofisiopatologia, mentre riattiva Tecnico della Riabilitazione psichiatrica.

Distribuzione posti per Professione

L'aumento di 1.131 posti, +3,3% sui 34.453 dello scorso anno, riguarda quasi tutte le 23 professioni (Tab. 4), ad eccezione di due: Assistente Sanitario da 671 dello scorso anno a 611 con -8,9% e Tecnico della Prevenzione da 921 scorso anno a 891 con -3,3%.

L'incremento maggiore, in valori assoluti, riguarda Infermiere con +376, da 20.059 a 20.435 (+1,9%), Tecnico di Radiologia +130 da 1.570 a 1.700 (+8,3%), Tecnico di Laboratorio +125 da 1.375 a 1.500 (+9,1%), Fisioterapista +100 da 2.722 a 2.822 (+3,7%), Logopedista +80 da 906 a 986 (+8,8%), Ostetrica +63 da 1.177 a 1.240 (+5,4%) e Dietista +60 da 530 a 590 (+11,3%), a cui seguono le altre con valori inferiori. L'aumento maggiore in percentuale riguarda Tecnico di Fisiopatologia Cardiocircolatorio con +13,5% da 208 a 236, Dietista con +11,3% da 530 a 590 e Terapista Occupazionale +10,5% da 238 a 263.

Distribuzione posti a bando per Regioni

Analogo incremento riguarda tutte le Regioni tranne per Molise (-12,9%), Emilia-Romagna (-1,6%), Puglia e Abruzzo (-1%). (Tab. 8). Fra gli aumenti maggiori in valori assoluti le Università del Lazio +315 da 6.179 a 6.494 (+5%), della Sicilia +245 da 2.904 a 3.149 (+8,4%), Veneto +153 da 2.776 a 2.929 (+5,5%), Friuli Venezia Giulia +95 da 691 a 786 (+13,7%), a seguire Toscana +94 da 1.893 a 1.987 (5%), Campania +90 da 2.360 a 2.450 (+3,8%), Calabria +83 da 991 a 1.074 (+8,4%), Provincia di Trento +75 da 325 a 400 (+23%), della Regione Lombardia +68 da 4.585 a 4.653 (+1,5%), Marche +25 da 760 a 785 (+3,3%), Piemonte +25 da 760 a 785 (+1,3%), Liguria +10 da 852 a 862 (+1,2%), Al di sotto di 10 e fino a 4 Provincia di Bolzano e Valle d'Aosta. Sono invariati i dati di Sardegna, Umbria e Basilicata.

Per Lazio, Veneto e Toscana, incidono la nuova Università di Roma Link e i nuovi corsi di laurea di Osteopata delle Università di Verona e di Firenze

Distribuzione posti per Università

Rispetto alla suddivisione dei 35.584 posti (Tab. 1), solo in 10 Università il numero è superiore a mille: Roma Sapienza con 4.053, Padova 1.906, Roma Tor Vergata 1.675, Milano 1.603, Verona 1.425, Torino 1.234, Napoli Federico II con 1.080, Messina 1.043, Bologna con 1.023 e infine Palermo con 1.008. Tutte le altre Università hanno invece un'assegnazione di posti inferiore a mille: Ferrara 967, Firenze 947, Napoli Campania 930, Catanzaro 900, Bari 876, Catania 867. Genova 852, Roma Cattolica 835, Brescia e Ancona 785, Novara 652, Perugia 617, Pisa 607, Foggia 601, Parma 599, Pavia 594, Chieti 574, Milano Bicocca 565, Modena 563, Trieste 500. Sotto 500 le Università de L'Aquila 488, Varese 466, Siena 433, Cagliari 360, Milano Humanitas 345, Sassari 312, Salerno 290, Udine 286, Roma Link 285, Milano S. Raffaele 250, Campobasso 245, Roma Campus 201, Enna 200, Lecce 196, Cosenza 174, Roma UniCamillus 135, Casamassima LUM 129, Napoli Parthenope 90 e infine l'Università di Trento con 40 posti.

Distribuzione Corsi e sedi per Professione

La ripartizione dei posti per Profili (Tab. 3 e 4) vede il maggiore numero di Corsi e di sedi per il Cds in Infermieristica con 48 Corsi su 241 sedi per 20.435 posti, poi Fisioterapista con 43 su 91 sedi per 2.822 posti, Tecnico di Radiologia con 40 Corsi su 63 sedi su 1.700 posti, Tecnico di Laboratorio con 38 su 54 e 1.500 posti, Ostetrica con 36 Corsi su 46 sedi e 1.240 posti. Sotto i mille posti: Logopedista con 29 Corsi su 41 sedi e 986 posti, Igienista Dentale con 30 Corsi su 37 sedi e 913 posti, Tecnico Prevenzione 29 Corsi su 35 sedi e 891 posti, Educatore P. con 16 Corsi su 19 sedi e 828 posti, Assistente sanitario 16 Corsi su 19 sedi e 611 posti. Seguono Dietista con 24 Corsi e 25 sedi per 590 posti, Tecnico Riabilitazione psichiatrica 20 Corsi e sedi con 525 posti, Terapista Neuropsicomotricità con 15 Corsi e 17 sedi per 440 posti, Ortottista 19 Corsi e sedi con 341 posti e Tecnico Audioprotesista con 303 posti su 14 Corsi e 15 sedi.

Al di sotto di 300 posti Infermiere Pediatrico con 279 posti su 8 Corsi e 9 sedi, Terapista Occupazionale 263 posti su 8 Corsi e 9 sedi, Tecnico Fisiopatologia Cardiocircolatoria 236 posti su 15 Corsi e sedi, Tecnico Ortopedico 209 posti su 10 Corsi e 11 sedi, Tecnico Neurofisiopatologia con 190 posti su 14 Corsi e 15 sedi, Podologo con 117 posti su 6 Corsi e sedi, Tecnico Audiometrista con 103 posti su 7 Corsi e sedi, infine il neoistituito Corso per Osteopata con 70 posti su 2 Corsi e sedi.

Situazione occupazionale secondo Alma Laurea

Consultando i dati sul sito www.almalaurea.it si rileva che per i 153.909 laureati di primo livello dell'anno 2022 per tutte le 16 aree disciplinari (Tab. 5) si registra un calo medio della quota di occupati di -2,1 punti percentuali dal 40,6% dei laureati di primo livello del 2021 agli attuali 38,5% dei laureati del 2022. In particolare, per i 16.242 laureati di primo livello delle 22 Professioni Sanitarie dell'anno 2022 si rileva che, rispetto ai 12.331 laureati che hanno risposto all'indagine (76%) si registra un lieve calo della quota di occupati (sono 9.476), pari a -1,7 punti percentuali, essendo sceso al 76,8% rispetto al 78,5% dello scorso anno, quando si era invece registrato un calo di -2,4 punti percentuali sul 80,9% rilevato tra i laureati del precedente anno 2020.

Per effetto di questi risultati, si conferma ancora una volta per le Professioni Sanitarie il primo posto assoluto fra i vari gruppi disciplinari. Resta in ogni caso la diminuzione rispetto a 16 anni fa, di -10,2 punti percentuali, dall' 87,0% del 2007 al 76,8% del 2022, mentre era al 78,5% tra i laureati dell'anno 2021 (Tab. 6A).

Differenze occupazionali fra le 22 Professioni sanitarie

Analizzando in dettaglio le 22 professioni sanitarie sugli ultimi dati AlmaLaurea dei laureati dell'anno 2022 (Tab. 6A), si rilevano per l'alto tasso occupazionale ai primi cinque posti e sopra la media del 76,8%: al primo posto Terapista della Neuro e Psicomotricità dell'età evolutiva con 81,1%, al secondo Tecnico di Neurofisiopatologia con 81,0%, al terzo Igienista Dentale 80,7%, al quarto Fisioterapista 80,5%, al quinto Tecnico di Radiologia con 78,6%, al sesto Infermiere con 77,7% e Ostetrica con 77,2% e seguire tutte le altre. Se si guarda invece la media degli occupati di tutte le 22 professioni sugli ultimi 16 anni, fra i laureati dal 2007 al 2022, ai primi cinque posti ci sono Logopedista e Igienista Dentale con 86%, Fisioterapista con 84%, Tecnico Audioprotesista 83% e Educatore professionale con 81%, con 79% Podologo, 78% Terapista Neuro psicomotricità età evolutiva, Infermiere e Tecnico Ortopedico con 77%, mentre sono sotto la media del 74%

le restanti 13 Professioni: Ne deriva che l'area delle Professioni Sanitarie, conti-nua a mantenere stabile al primo posto i livelli occupazionali, seppure con fluttuazioni nel corso dei vari anni.

Domande di ammissione per Università

Preso atto del calo del numero totale delle domande da 66.686 dello scorso anno alle attuali 64.139, con 2.547 domande in meno, pari al -3,8%, vediamo in dettaglio il calo in valori percentuali per ogni Università (Tab. 1): Roma Uni-Camillus -29%, Sassari con -25%, Perugia con -24%, Napoli Campania, Campobasso -21%, Milano Statale -19%, Bari -15%, Ferrara e Udine -12%, Roma Sapienza -10%, Roma Tor Vergata -9%, Brescia, Cosenza, Lecce con -8%, Torino -6,8%, Milano Bicocca -6,7%, Parma -5,8%, Bologna -5,7%, Chieti con -4,4%; a seguire Salerno e Palermo con -3%, Ancona -2,6%, Modena e Reggio -1,4%, Padova -1,3%. Stabili i dati per le Università di Varese, Trento, Firenze e Pisa.

Al contrario sono in aumento le altre 19 Università: Foggia +1,0%, Genova +1,5%, Novara 3,3%, Pavia +4,9%, Cagliari e Verona e Roma Cattolica +6,5%, L'Aquila +6,9%, Roma Campus e Messina +7,1%, Catanzaro +7,7%, Milano Humanitas +9,2%, Milano San Raffaele +10,3%, Siena +11,3%, Catania +16,1%, Trieste +26,1%, Casamassima +30,9% e Napoli Parthenope con +41,1% e Enna +76,5%. Va precisato che per le Università di Udine e di Trieste le differenze oscillano per l'alternanza ciclica annuale dei tre Corsi per Ostetrica, Tecnico di Laboratorio e Tecnico di Radiologia.

Le professioni più attrattive

Il rapporto D/P medio fra i 23 Corsi è di 1,8 (Tab. 4), in calo rispetto sia al 1,9 dello scorso anno che al 2,2 del 2022, che riguarda tutti i Corsi. Come classifica si confermano quasi tutte le posizioni degli anni scorsi: al primo posto Fisioterapista con rapporto D/P pari a 6,6; al secondo posto la nuova figura dell'Osteopata con 4,8; Logopedista al terzo posto con 4,2, al quarto Ostetrica con 4,1, al quinto Dietista con 3,1 e al sesto posto Tecnico Radiologia con 2,5 e subito dietro Igienista dentale con 2,4. Seguono con 1,9 Infermiere Pediatrico e Terapista della Neuro e Psicomotricità dell'Età Evolutiva, Tecnico di Neurofisiopatologia e Tecnico della Riabilitazione Psichiatrica a 1,3; Podologo e Tecnico di Laboratorio con 1,2; Tecnico di Fisiopatologia Cardiocircolatoria con 1,1 e Infermiere con 1,0.

Sotto il rapporto D/P di 1: Ortottista con 0,9; Educatore P. e Tecnico Prevenzione con 0,7; Tecnico Ortopedico 0,5; Tecnico Audioprotesista, Tecnico Audiometrista, Terapista Occupazionale con 0,4 e infine Assistente Sanitario con 0,3.

Tuttavia, va evidenziato che successivamente la copertura dei posti può aumentare sia tramite le graduatorie derivate dalle domande di seconda e terza scelte dei Corsi che dalla novità dell'utilizzo dei posti residui su altre Università, come da Decreto MUR n. 1116 del 31 luglio 2024, art. 6. comma 6, a seguito della proposta della Conferenza CLPS.

Docenti per gli insegnamenti professionalizzanti MED/45-50

Si conferma la insufficiente presenza di docenti appartenenti allo specifico profilo professionale, chiamati in ruolo dalle Università, e la prevalenza dell'affidamento degli insegnamenti a docenti a contratto, in gran parte dipendenti Ssn.

Sul totale di 717 docenti degli ex SSD MED/45-50, che lo scorso anno erano 666 e che fanno parte dei 9.973 dell'intera area 6 di Medicina (Tab. 3 B) solo 109, pari ad appena il 15%, appartengono ai profili delle professioni sanitarie dei Settori specifici.

Il Settore MED/45 comprende 80 docenti strutturati di cui 78 appartengono alla professione infermieristica; tuttavia, sono ancora di gran lunga insufficienti se si considera l'esistenza di 48 Corsi distribuiti su ben 241 sedi.

Nessun ruolo fra i 254 del MED/46 Tecniche di Laboratorio mentre sono 4 su 5 del MED/47 in Ostetricia, 21 su 48 per MED/48 Riabilitazione e appena 3 su 142 del SSD MED/49 Dietistica e 3 sui 188 per MED/50 Tecniche mediche applicate, di cui 2 Igienisti Dentali e 1 Logopedista. Rimane l'attesa che comunque il "sistema" si adatti alle indicazioni adottate dalla Conferenza Stato-Regioni con le Linee guida per i Protocolli di intesa Regioni-Università del 29 luglio 2022.

Procedure sugli esami di ammissione. Nel consultare i bandi pubblicati dalle Università sono emerse due

diverse modalità di elaborazione delle graduatorie, in analogia agli anni precedenti: - **per punteggio**, con priorità alla classifica generale sulla prova d'esame e poi alla scelta, favorendo la possibilità di sfruttare le II e III opzione per gli studenti meritevoli. Ri-guarda la maggioranza delle Università statali, 32 su 41. - **per preferenza**, in cui prevale invece prima la scelta del Corso e poi il punteggio conseguito nella prova di esame di ammissione, sfavorendo quindi le successive opzioni, che riguarda le sette Università di Brescia, Trieste, Udine, Genova, Chieti, Napoli Federico II e Catania. Circa i questionari ogni Ateneo prepara il suo in modo autonomo, mentre per Medicina e Chirurgia il MUR stabilisce l'utilizzo di un questionario unico per tutte le Università statali, predisposto dal Consorzio CINECA di Bologna. Tuttavia, anche per le Professioni Sanitarie ormai oltre la metà delle 41 Università statali si avvale del CINECA per un questionario unico, come ad esempio per le 19 Università di Verona, Udine, Trieste, Parma, Modena, Bologna, Firenze, Siena, Ancona, Perugia, Roma Tor Vergata, L'Aquila, Chieti, Salerno, Bari, Foggia, Messina, Cagliari e Sassari. Il costo della tassa di iscrizione all'esame di ammissione è quasi invariato rispetto allo scorso anno in tutte le Università, con media di 52 €. Conferma per il costo maggiore, con 100 €, Università di Novara, Pavia e Napoli Campania. Mentre continua ad essere da diversi anni la più economica l'Università di Cagliari con 26 €. Sono sulla media di circa 50 € la maggioranza delle altre Università come Torino, Brescia, Milano, Trento, Verona, Genova, Bologna, Parma, Firenze, Ancona, Chieti, Napoli Federico II, Lecce, Cosenza, Catanzaro e Messina.

Situazioni su ognuna delle 22 Professioni.

Si riportano le tabelle con i dati di tutte le 22 Professioni, (Tabelle 11-32) con la relativa sintesi sui totali sia per ogni Professione (Tab. 33) che per ogni Regione (Tab. 34). Al fine di poter meglio apprezzare le differenze e alcune incoerenti sproporzioni - sia in esubero che in carenza - rispetto agli indicatori demografici, si riportano sia i valori percentuali suddivisi per ogni Regione e per ogni Professione, che il rapporto dei Posti per Centomila Abitanti (PCA). Inoltre, è stato aggiunto il risultato dell'eventuale ricalcolo sulla ripartizione in base all'indicatore demografico della popolazione rispetto ai fabbisogni indicati dalle varie Regioni.

Riflessioni sulla programmazione posti A.A. 2024-25

Per il quarto anno consecutivo, dal 2021, il Ministero dell'Università mette a bando tutti i posti dell'offerta formativa proposti dalle Università, con un totale di 35.584; numero che è inferiore al totale di 43.515 del fabbisogno stabilito con l'Accordo della Conferenza Stato-Regioni del 11 luglio 2024. La carenza è di -7.931 posti, pari al -18,2%, in prevalenza su Infermieristica per -6.397 posti, pari al -23,5% rispetto ai 26.832 del fabbisogno.

Dall'analisi dettagliata per ognuna delle 23 Professioni (Tab. 7) si rilevano 3 diverse situazioni: **Equilibrio o quasi**, per i Fisioterapisti (-1%) su 2.822 posti. **Offerta inferiore** per 14 professioni, con 8.883 posti delle Università inferiori ai fabbisogni: Educatore Professionale (-59%), Terapista Occupazionale (-50%), Tecnico Audiome-trista (-49%), Podologo (-47%), Audioprotesista e Assisten-te Sanitario (-36%), Tecnico Ortopedico (-25%), Infermiere (-24%), seguiti da Tecnico Riabilitazione psichiatrica (-10%), Terapista Neuro Psicomotricità dell'età evolutiva (-9,3%), Tecnico Fisiopatologia Cardiocircolatoria (-8,5%), Ostetrica (-3,2%), Tecnico di Laboratorio (-2,7) e Ortottista (-2,3%). **Offerta superiore** per 7 professioni: con 882 posti delle Università superiori ai fabbisogni: Dietista con +52% fra Università con 590 posti rispetto ai 388 del fabbisogno, Tecnico di Radiologia +29%, Università 1.700 e fabbisogno 1.316, Tecnico di Neurofisiopatologia con +23%, Università 190 e fabbisogno 155, e Igienista Dentale con +20% fra 905 Università e 755 del fabbisogno. Con valori minori, Logopedista +8,0%, Università 986 e fabbisogno 913, Infermiere Pediatrico +6,1%, Università con 279 e fabbisogno 263, Tecnico della Prevenzione +2,5%, Università con 891 e fabbisogno 869.

Corsi di Laurea Magistrale

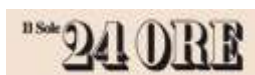
Siamo al 21° anno di attivazione per le cinque classi di Infermieristica-Ostetrica, Riabilitazione, Tecnico Diagnostica, Tecnico Assistenziale e Prevenzione (Tabelle 35 e 36). In totale sui 21 anni di attivazione, dal 2004 al 2024, i posti a bando sono stati 49.469, meno dei 70.246 chiesti dalle Regioni (-29%), con una media di 2.356 posti all'anno. In ulteriore aumento il fabbisogno deciso dalla Conferenza Stato-Regioni da 10.248 dello scorso anno a 10.512 (+2,6%). Rispetto al numero delle domande presentate su ognuna delle cinque classi per questo A.A. 2024-25 (Tab. 35) sui 3.940 posti a bando ci sono 13.983 domande, che sono inferiori alle 15.461 dello scorso anno, pari al -9,6%.

Per la prima volta, grazie alla disponibilità del Consorzio AlmaLaurea, si riportano anche i dati sul numero dei Laureati per ogni anno, che è pari al 83% medio del totale sugli ultimi 21 anni, di cui gli ultimi tre sono come stima. Va precisato che il valore percentuale superiore al 100% dei Laureati dei primi otto anni, dal 2004 al 2011 è dovuto alla iscrizione in sovrannumero di numerosi professionisti che ricoprivano già ruoli dirigenziali, sia in ambito assistenziale che in quello formativo dei Corsi di Laurea. Il Corso più richiesto resta quello della I classe Infermieristica e Ostetrica con 11.070 domande su 2.147 posti, con D/P di 5,2; segue la Prevenzione con 605 domande su 275 posti con D/P di 2,2, poi la Riabilitazione 1.400 domande su 795 posti e D/P di 1,8; la classe Tecnico Assistenziale 171 domande su 113 posti con D/P di 1,5 e infine Tecnico Diagnostica con 737 domande su 610 posti e D/P di 1,2.

Prospettive per l' A.A. 2025-2026

La Conferenza Clps auspica che la definizione dei fabbisogni del prossimo anno 2025 da parte del Ministero della Salute e della Conferenza Stato-Regioni venga fatta entro il 30 aprile, come prevede il Decreto Legislativo 502 del 1992, Questo, per dare tempo utile alle Università di poter rivedere i criteri della determinazione dei posti da mettere a bando, rimodulando e riequilibrando alcune carenze rispetto ad alcuni esuberanti di offerta formativa. Inoltre, di pubblicare i bandi entro i 60 giorni prima dell'esame di ammissione, come era stabilito dall' art. 4, comma 1, della Legge 264 del 1999. Infine, si conferma l'obiettivo di ricercare un equilibrio tra bisogni sanitari e sociali emergenti, occupazione, e preparazione culturale di qualità di tutte le 23 Professioni sanitarie.

<https://www.sanita24.ilsole24ore.com/art/lavoro-e-professione/2024-11-08/professioni-sanitarie-frena-38percento-calo-domande-ammissione-corsi-laurea-fronte-un-33percento-posti-bando-l-occupazione-sfiora-77percento-fisioterapisti-primi-appel-190028.php?uuid=AGDCd40&cmpid=nlqf>



Revisione delle professionalità sfida ineludibile per un nuovo ecosistema lavorativo

Renzo Ricci, *Coordinatore del gruppo Dirigenti della Fno Tsrn e Pstrp*

La pubblicazione dell'articolo "Workforce research priorities for resilience to future health shocks—and the workforce crisis" sulla rivista BMJ di Kieran Walshe e coll., non può che sollecitare molte riflessioni per chi come me si occupa di dinamiche del personale.

L'articolo ipotizza uno shock del sistema salute descrivendo la crescente consapevolezza che il NHS stia per affrontare una tempesta perfetta: alti tassi di abbandono attraverso pensionamenti, migrazioni, cambi di carriera, deficit di formazione ed età media del personale molto alta, un'enorme dipendenza dal reclutamento internazionale, livelli allarmanti di stress e burnout della forza lavoro, produttività del lavoro in declino e così via. La necessaria revisione delle professioni e quindi delle professionalità, in relazione a quanto sta accadendo nel mondo, sta diventando una sfida ineludibile come risposta alle pressioni che il sistema salute sta subendo. Da qui nasce la necessità di ridefinire i confini e chiarire la loro ambiguità, poiché la natura della pratica professionale dipende dal contesto in cui viene applicata, dalle competenze richieste, dal grado di discrezionalità e dal potere decisionale.

Questo porta le professioni ad operare in ambiti limitati che spesso non rispondono alle reali esigenze delle persone e all'investimento formativo fatto.

È evidente che la logica conservatrice di mantenere tutto in 'ordine' aveva lo scopo di garantire l'autoregolazione del controllo sia sul contenuto del proprio lavoro, sia sui destinatari. Il miglioramento era considerato possibile solo attraverso una gestione sostenuta con ostinazione da chi temeva di perdere terreno, senza tenere in alcun modo conto delle reali necessità del sistema.

La carenza di personale, i pensionamenti, la scarsa attrattività delle professioni, le restrizioni economiche e i nuovi bisogni stanno spingendo il sistema sanitario ad evolversi per evitare di sparire.

L'evoluzione dei ruoli professionali nel sistema sanitario non è semplicemente un adattamento alle circostanze, laddove i confini tra le discipline si dissolvono, lasciando spazio a un ecosistema lavorativo dove l'integrazione e l'agilità saranno le vere forze trainanti.

La vecchia logica di compartimentazione lascerà il passo a una nuova intelligenza collettiva che permetterà di ridefinire le professioni non solo come un insieme di competenze, ma come parte integrante di un ecosistema dinamico, dove il sapere fluisce tra diversi ambiti e la flessibilità diventa un valore strategico.

La capacità di adattarsi e innovare rappresenterà la chiave per trasformare le competenze individuali in un patrimonio collettivo, creando un sistema capace di evolvere continuamente di fronte a nuove esigenze.

Per realizzare questa visione, occorrerà costruire ambienti di lavoro che siano dei veri e propri "laboratori del futuro", dove la sperimentazione e la co-creazione diventino la regola di un sistema sempre più complesso; dove sarà necessario favorire una cultura che premi non soltanto il risultato ma anche il rischio e l'audacia, in cui l'errore sia visto come parte integrante del processo di crescita.

Questo cambiamento di paradigma non sarà solo un aggiustamento, ma una rivoluzione silenziosa che ridisegna il sistema sanitario e i suoi percorsi formativi, dove la vecchia logica dei compartimenti stagni cederà il passo a una nuova forma di intelligenza collettiva, dove il sapere diventerà fluido e le competenze manageriali si intrecceranno armoniosamente con quelle cliniche.

Questo darà vita a professionisti poliedrici, veri e propri 'architetti', in grado di muoversi con agilità nelle complessità del sistema.

<https://www.sanita24.ilsole24ore.com/art/lavoro-e-professione/2024-10-31/revisione-professionalita-sfida-ineludibile-un-nuovo-ecosistema-lavorativo-142259.php?uuid=AGN6t0q&cmpid=nlqf>

quotidianosanita.it

Infermieri di famiglia e comunità. Una risorsa strategica per il futuro dell'assistenza territoriale

È attiva la formazione a distanza volta ad approfondire ruoli e competenze di questo professionista ma anche il contesto in cui si trova ad agire. Il ruolo dell'infermiere di famiglia e di comunità è un elemento imprescindibile nel contesto sanitario moderno. Offre un contributo significativo al miglioramento della qualità delle cure e alla risposta a bisogni complessi e diversificati. Una sfida fondamentale per il futuro.

28 NOV - Il futuro dell'assistenza domiciliare e, più in generale, delle cure di prossimità previste dal PNRR e dal Decreto Ministeriale 77/2022 è (anche e soprattutto) nelle mani di una "nuova" figura professionale a cui è demandata la responsabilità di agire sul territorio o al domicilio del paziente e nel collegamento di quest'ultimo con le strutture sanitarie e i professionisti di riferimento: l'infermiere di famiglia e di comunità. A questa figura, alle sue competenze specifiche, alle sue attitudini e anche al contesto organizzativo in cui deve operare è dedicato il progetto di formazione ECM in modalità FAD, suddiviso in due parti, curato da 3P Solution con il sostegno non condizionante di Roche.

[Il primo corso \(disponibile dal 20 maggio scorso fino al 31 gennaio 2025\)](#) è dedicato al ruolo degli infermieri di famiglia e di comunità nel futuro dell'assistenza domiciliare, [il secondo corso \(disponibile dal 20 giugno](#)

[scorso fino al 31 gennaio 2025](#)) è invece dedicato agli infermieri di famiglia e di comunità alle prese con le opportunità e le sfide complessive della riforma territoriale.

Secondo l'OMS il nuovo infermiere è colui che aiuta i pazienti ad adattarsi a malattia e disabilità cronica trascorrendo buona parte del suo tempo a lavorare al domicilio della persona assistita e della sua famiglia. Un obiettivo in linea con la missione 6 del PNRR, creare una rete di assistenza domiciliare che, in collaborazione con l'ospedale, mantenga e migliori nel tempo l'equilibrio e lo stato di salute della famiglia, nella comunità, aiutandola a evitare o gestire le minacce alla salute.

L'infermiere di famiglia e comunità è quindi un professionista competente in terapie riabilitative e sociosanitarie che, in collaborazione con un team multidisciplinare, si occupa del benessere e della prevenzione di patologie di un intero nucleo familiare in ambito extra ospedaliero.

Prossimità, innovazione e uguaglianza sono, inoltre, le tre parole chiave della Missione Salute, la sesta area di intervento prevista dal Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza - PNRR.

Gli obiettivi della Missione 6, che dovranno essere raggiunti entro il 2026, confluiscono in due aree principali di intervento. La prima è quella legata all'esigenza di ridisegnare la rete di assistenza sanitaria territoriale, nell'ottica della prossimità delle cure con il coinvolgimento di professionisti presenti capillarmente su tutto il territorio nazionale. La seconda area di intervento è legata all'innovazione tecnologica ospedaliera, alla digitalizzazione del Servizio Sanitario Nazionale e al potenziamento della formazione del personale sanitario per una sanità più sicura, più equa e più sostenibile.

L'infermiere di famiglia e di comunità è quella figura in grado di aiutare gli individui ad adattarsi alla malattia, trascorrendo buona parte del suo tempo presso il domicilio della persona assistita e fuori dal contesto ospedaliero, perseguendo l'obiettivo di mantenere e migliorare nel tempo l'equilibrio e lo stato di salute dell'intera famiglia e della comunità. Un ruolo fondamentale anche ai fini del corretto utilizzo, soprattutto lato persone assistite, delle future nuove tecnologie dedicate a telemonitoraggio, televisita, teleconsulto e teleassistenza che rappresentano i servizi essenziali di telemedicina così come definiti dalle linee di indirizzo Agenas del 2022.

“L'infermiere di famiglia e di comunità - sottolinea **Cinzia Botter**, Responsabile della Residenza Sanitaria per Disabili di Albino e membro della faculty del corso - è un professionista che sarà sempre più fondamentale e centrale nel panorama della nostra sanità territoriale e si inserisce di diritto nei nuovi modelli assistenziali comunitari. A fronte di alcuni elementi che caratterizzano una metamorfosi della nostra società, come il progressivo invecchiamento della popolazione e il conseguente aumento delle patologie croniche e delle condizioni di comorbidità, ma anche una sempre maggiore composizione di famiglie unicellulari, è richiesta l'implementazione di un modello assistenziale sensibilmente differente da quello a cui eravamo abituati: per lo più incentrato sull'ospedale.

La prospettiva – aggiunge – è quella di un'offerta assistenziale sul territorio molto più ampia non soltanto in termini di strutture di prossimità ma anche e soprattutto, come vero e proprio luogo di cura e assistenza di elezione, in termini di domiciliarità.”

In questa prospettiva, secondo Botter “il domicilio della persona è il luogo, il nuovo luogo, di cura della popolazione e quindi dell'intera comunità. L'assistenza sanitaria territoriale, diventa pertanto la dimensione privilegiata dove vengono realizzate anche attività di prevenzione e promozione della salute a 360 gradi. Non ci si concentra esclusivamente sulla popolazione fragile, malata, cronica, ma anche sulle persone che intendono attivare percorsi di promozione della salute e di corretti stili di vita. La responsabilità degli infermieri di famiglia e di comunità non si limita pertanto alla cura delle persone ma si estende - e ha come obiettivo - la promozione della salute grazie alla sua costante presenza, direi quasi capillare, in tutti gli ambiti: dalla scuola agli ambienti residenziali e domiciliari, fino alle attività di divulgazione e promozione sociale”.

L'infermiere di famiglia e di comunità – sottolinea quindi Cinzia Botter – è spesso il primo professionista sanitario che entra nella casa dell'assistito, mettendo a disposizione le sue competenze. Fornisce sia assistenza pratica che supporto umano, contribuendo anche al mantenimento dell'equilibrio psicologico del paziente e dei suoi familiari.”

L'infermiere di famiglia e di comunità potrebbe rappresentare una risposta innovativa della professione infermieristica alla necessità di ripensare e ridisegnare i servizi centrati sulle patologie oncologiche. Il ruolo attivo e fondamentale dell'infermiere di famiglia e di comunità all'interno dei gruppi multidisciplinari permetterà di ottimizzare le risorse e migliorare la qualità dell'assistenza fornita, garantendo che il ruolo degli

infermieri continui ad evolversi e ad adattarsi alle necessità dei pazienti e del sistema sanitario. Questi standard devono essere sviluppati tenendo conto delle caratteristiche specifiche dei pazienti e dell'organizzazione sanitaria nel suo complesso.

In conclusione, il ruolo dell'infermiere di famiglia e di comunità è un elemento imprescindibile nel contesto sanitario moderno. Offre un contributo significativo al miglioramento della qualità delle cure e alla risposta a bisogni complessi e diversificati. Una sfida fondamentale per il futuro, per vincere la quale serve passione, certamente, ma anche tanta, tanta competenza.

Botter (Resp. RSD Albino): "Infermiere di famiglia figura fondamentale per il territorio"

Una sentinella per la salute del territorio

“L'infermiere di famiglia e di comunità è una figura straordinaria che rappresenta un'opportunità unica nello sviluppo delle cure territoriali in Italia,” afferma dal canto suo **Marika Colombi**, responsabile della Direzione tecnico-infermieristica dell'AUSL di Ferrara e membro della faculty dei corsi. “Questo ruolo, consolidato da anni in molti Paesi come Nord America e Regno Unito, è stato introdotto nel nostro sistema sanitario attraverso il Decreto Rilancio durante la pandemia da Covid-19, trovando una definizione normativa più solida con il riordino del Decreto Ministeriale 77/2022”. Colombi descrive questa figura come un nodo centrale nelle reti di assistenza: “L'infermiere di famiglia e comunità è una sentinella, un'interfaccia tra gli attori delle cure territoriali e la popolazione. È un ruolo che integra competenze cliniche, relazionali e organizzative, agendo in stretta collaborazione con medici di base, pediatri, assistenti sociali e il terzo settore.”

Nel contesto di Ferrara, esemplifica Colombi per sottolineare l'importanza di questa figura professionale, il percorso formativo avviato ha già prodotto risultati tangibili. “Abbiamo avviato un programma di formazione strutturato, che include lezioni teoriche, formazione a distanza e tirocini pratici. Grazie a questo, abbiamo formato i primi otto infermieri già durante la pandemia, impiegandoli per attività cruciali come la vaccinazione di prossimità e il supporto alle scuole per il tracciamento dei casi di Covid”.

Oggi la provincia di Ferrara vanta una copertura di oltre il 50% rispetto agli standard previsti per questo ruolo, con 72 infermieri attivi su un totale previsto di 140. “Non è solo una questione numerica. La continuità del rapporto tra infermiere e comunità crea fiducia e un reale senso di presa in carico, soprattutto per i soggetti fragili e cronici,” aggiunge Colombi. Infine, conclude, non dobbiamo dimenticare l'impegno verso la prevenzione e l'educazione che emerge come una componente essenziale: “Lavoriamo con le scuole, dall'asilo alle superiori, per promuovere salute e consapevolezza. È un lavoro di rete che rende questa figura indispensabile nel futuro delle cure territoriali.”

https://www.quotidianosanita.it/lavoro-e-professioni/articolo.php?articolo_id=126083

quotidianosanità.it

In Italia la spesa sanitaria pro capite è di 586 euro più bassa rispetto alla media europea. Siamo il Paese con i medici più anziani e resta grave la carenza di infermieri. Il rapporto Ocse

Pubblicato il Rapporto Health at a Glance Europe 2024. L'Italia e la Bulgaria sono i due Paesi dell'UE che si trovano ad affrontare le preoccupazioni più pressanti, con più della metà dei loro medici di età superiore ai 55 anni e più di un quinto di età superiore ai 65 anni. Il numero di infermieri pro capite continua ad essere inferiore alla media europea: 6,5 contro 8,4 per mille abitanti nell'Ue. Nel 2023, un bambino nato in Italia potrebbe aspettarsi di vivere in media 83,8 anni: il secondo livello più alto nell'Unione, subito dopo la Spagna, e 2,5 anni sopra la media Ue. Ma la sedentarietà costerà 1,3 mld di costi sanitari aggiuntivi.

18 NOV-

In Italia la spesa sanitaria pro capite è stata pari a 2.947 euro nel 2022, di 586 euro più bassa rispetto alla media europea (3.533 euro). Non va meglio rapportando la spesa al Pil: anche in questo caso il dato italiano si colloca al di sotto della media Ue, con una quota pari al 9%, rispetto al 10,4%.

Figure 5.1. Health expenditure per capita, 2022 (or nearest year)

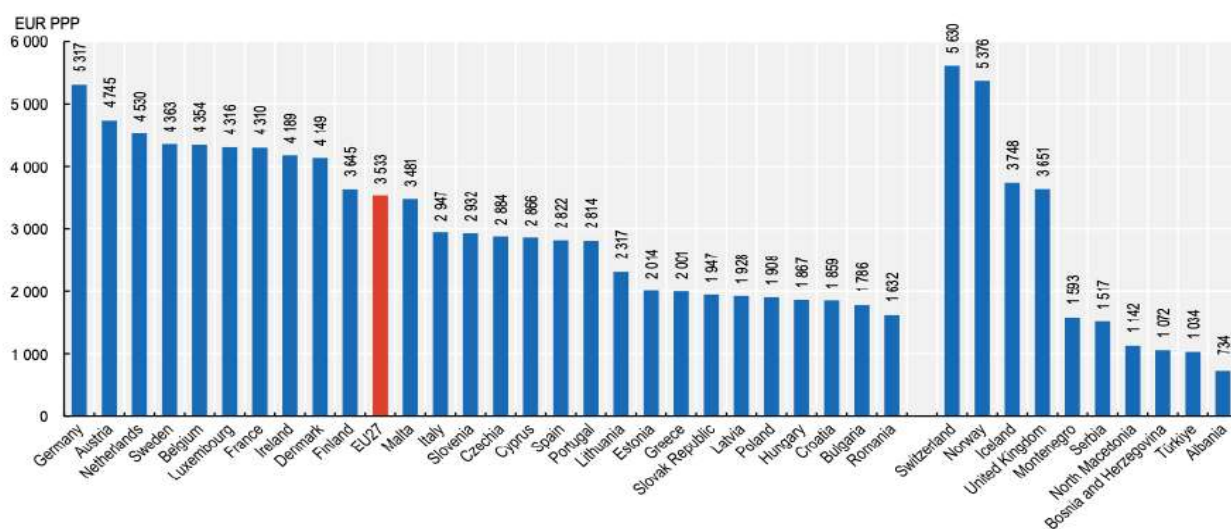
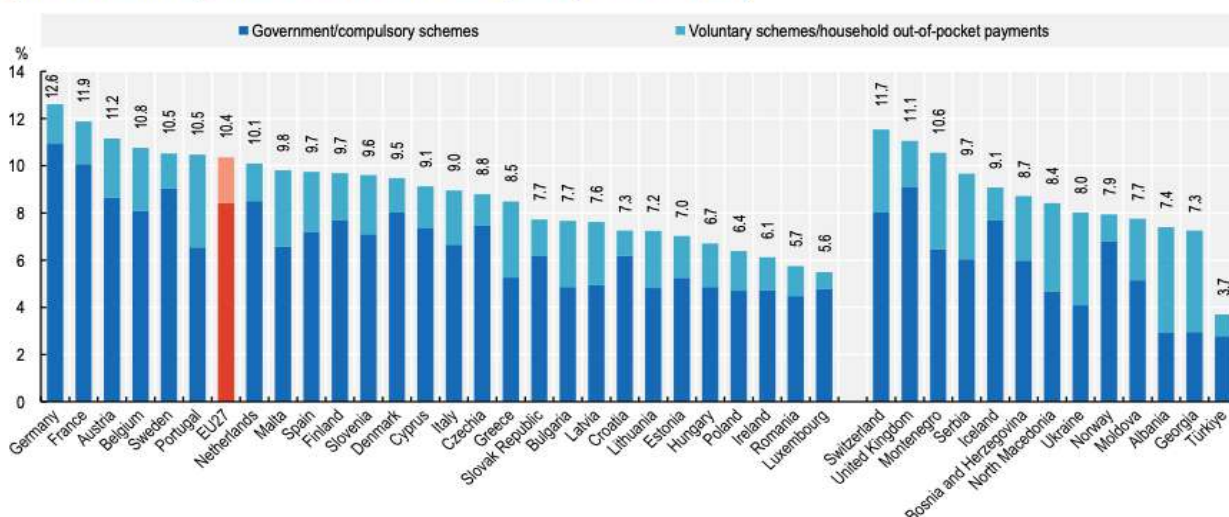


Figure 5.3. Health expenditure as a share of GDP, 2022 (or nearest year)



Questi alcuni dei dati emersi dal rapporto 'Health at a Glance: Europe 2024' dell'Ocse.

Le stime preliminari per il 2023 indicano che la spesa sanitaria totale pro capite nel nostro Paese è diminuita su base annua di quasi il 4% in termini reali, riflettendo un calo del 4,5% della spesa pubblica e del 2,6% della spesa diretta. "La pandemia di Covid ha esercitato una pressione al rialzo sulla spesa sanitaria in tutta l'Ue e, sebbene l'Italia non faccia eccezione, la sua spesa sanitaria è aumentata a un ritmo più moderato rispetto alla maggior parte degli altri Paesi dell'Ue", analizzano gli autori del report in una nota.

La composizione della spesa sanitaria per fonte di finanziamento rivela che la spesa sanitaria pubblica rappresenta complessivamente i 3 quarti della spesa totale in Italia, una quota inferiore alla media Ue dell'81%. Al contrario, la spesa diretta (out-of-pocket) rappresenta il 23% della spesa totale, una percentuale maggiore rispetto alla media Ue del 15%. Tra il 2019 e il 2021, l'emergenza Covid ha fatto aumentare la spesa sanitaria pro capite del 9,3% in termini reali. Tuttavia, nel 2022 si è assistito a una normalizzazione dei livelli di spesa con un calo del 3,5%, accompagnato da un'analogia diminuzione della spesa diretta.

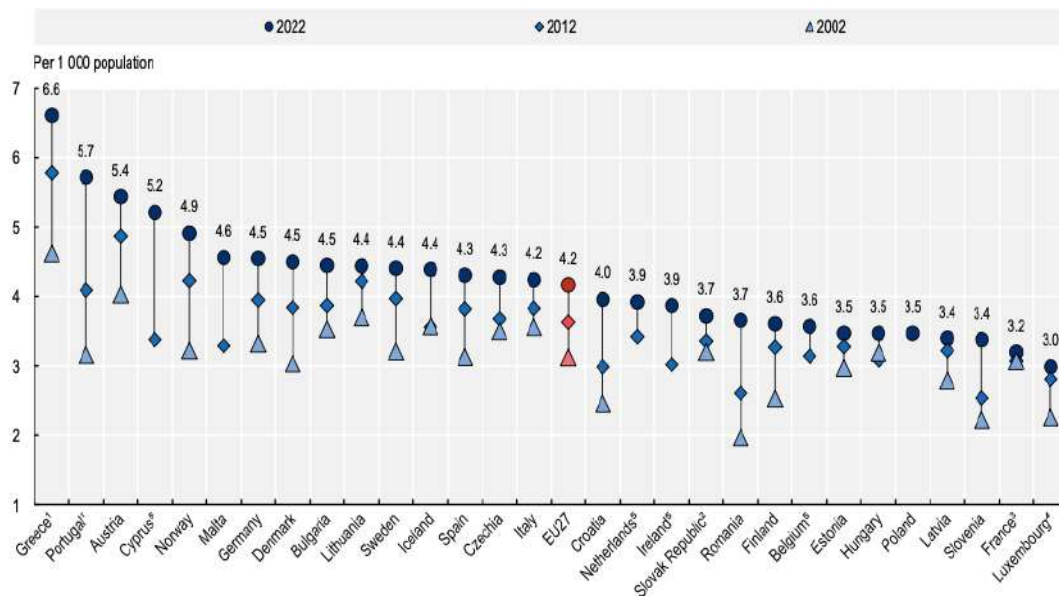
Entrando nel dettaglio delle voci su cui si investe, l'Italia si distingue per un'allocatione di bilancio leggermente superiore alla media per i servizi di assistenza ambulatoriale (33% contro 29%). Il Paese, però, destina una quota relativamente bassa all'assistenza a lungo termine, pari a poco meno del 10% della spesa sanitaria totale nel 2022, al di sotto della media Ue del 15%. "Questa allocatione relativamente ridotta riflette in gran parte la storica dipendenza dell'Italia dall'assistenza informale, pur avendo una delle popolazioni più anziane d'Europa", concludono gli autori del rapporto.

Personale sanitario

Il numero di medici e infermieri pro capite è aumentato sostanzialmente negli ultimi due decenni nella maggior parte dei Paesi dell'UE. Tuttavia, questo non significa che le carenze siano diminuite se nello stesso periodo la domanda di medici e infermieri è aumentata ulteriormente.

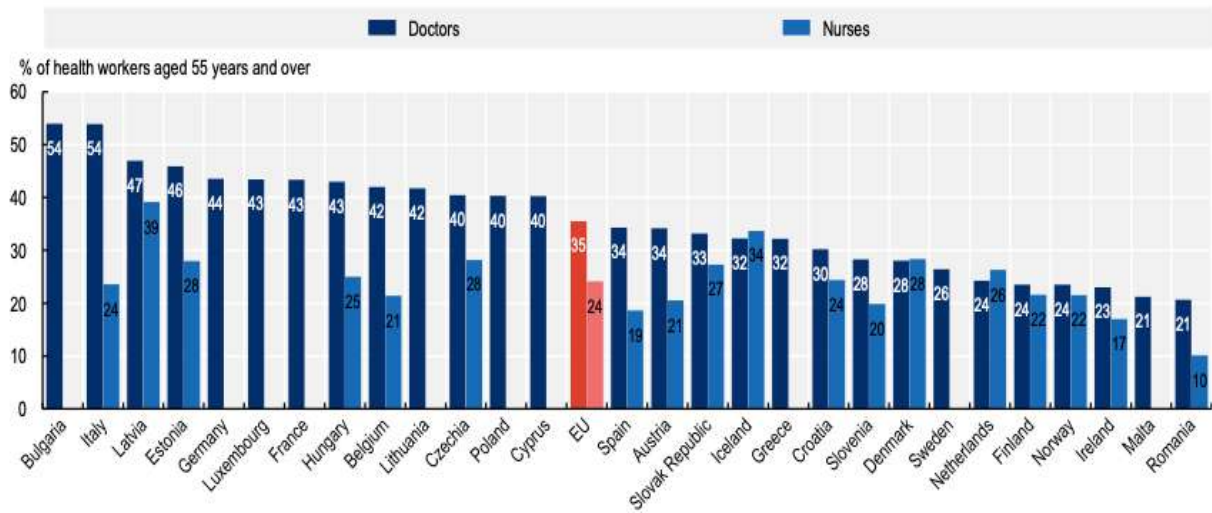
In media nei Paesi dell'UE, nel 2022 c'erano 4,2 **medici** ogni 1.000 abitanti, rispetto ai 3,1 del 2002 e ai 3,6 del 2012. E l'Italia fa segnare un risultato perfettamente in linea con quello della media europea. La crescita del numero di medici è stata particolarmente rapida in Grecia e Portogallo, ma è importante notare che i dati relativi a questi due Paesi si riferiscono a tutti i medici abilitati all'esercizio della professione (incluso quindi un gran numero di persone che potrebbero non esercitare più, ma che hanno comunque mantenuto l'abilitazione). Austria, Cipro e Norvegia hanno registrato il più alto numero di medici praticanti per popolazione, con circa 5 medici ogni 1.000 abitanti o più. Il numero di medici per popolazione era più basso in Lussemburgo (anche se gli ultimi dati risalgono al 2017) e in Francia (anche se il numero non include i medici in formazione, il che comporta una sottostima rispetto ad altri Paesi).

Figure 1.3. The number of practising doctors per population has increased by over one-third on average across the EU over the past two decades



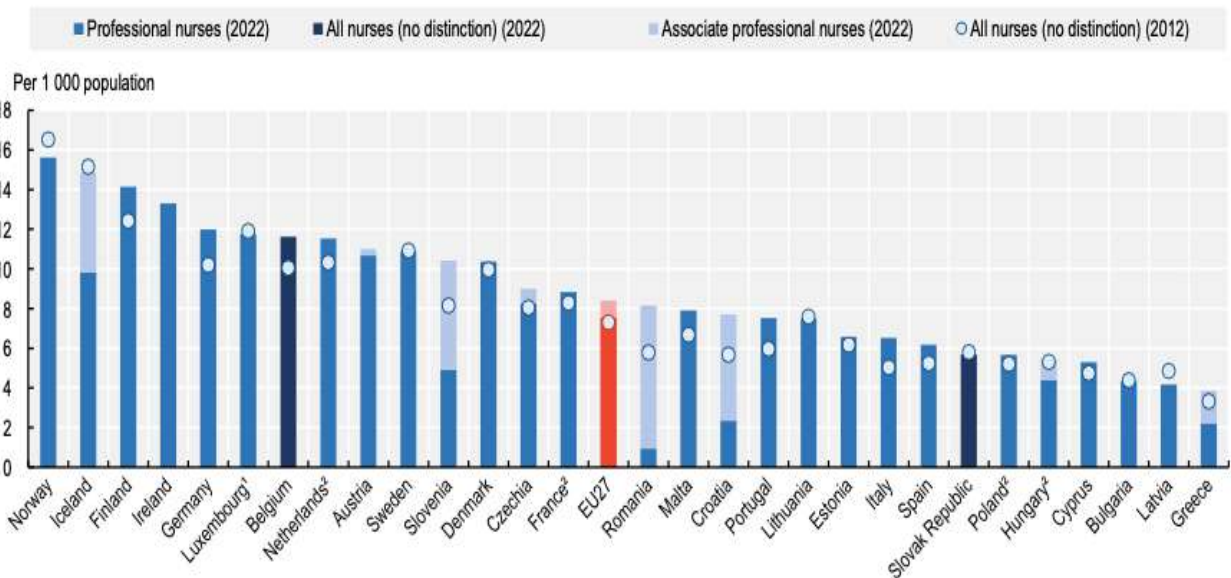
L'Italia e la Bulgaria sono i due Paesi dell'UE che si trovano ad affrontare le preoccupazioni più pressanti, con più della metà dei loro medici di età superiore ai 55 anni e più di un quinto di età superiore ai 65 anni. La formazione di nuovi medici è aumentata significativamente, ma permane un'elevata dipendenza da medici stranieri, con l'Italia che rappresenta anche un paese di origine per medici che emigrano in altre nazioni.

Figure 1.7. Over one-third of doctors and a quarter of nurses on average across EU countries were aged over 55 years in 2022



Nell'ultimo decennio il numero di **infermieri** è aumentato nella maggior parte dei Paesi dell'UE. In media, nei Paesi dell'UE, nel 2022 ci saranno 8,4 infermieri ogni 1.000 abitanti, rispetto ai 7,3 del 2012. Norvegia, Islanda, Finlandia, Irlanda e Germania hanno il numero più alto di infermieri pro capite nel 2022, con almeno 12 infermieri ogni 1.000 abitanti. La Grecia, invece, aveva il numero più basso di infermieri pro capite tra i Paesi dell'UE, ma i dati includono solo gli infermieri che lavorano negli ospedali. Il numero di infermieri pro capite in Italia continua ad essere inferiore alla media europea: 6,5 contro 8,4 per mille abitanti nell'Ue. Il dato è relativamente basso anche in Lettonia, Bulgaria, Cipro e Ungheria. Negli ultimi anni il governo ungherese ha aumentato in modo sostanziale la retribuzione degli infermieri per aumentare l'attrattiva e la permanenza nella professione.

Figure 1.4. The number of practising nurses per population has increased in three-quarters of EU countries over the past decade



La professione in Italia si trova a fronteggiare delle criticità, che aggravano ulteriormente la crisi generale delle risorse umane in ambito sanitario, avverte il rapporto. "Le domande di immatricolazione ai percorsi formativi infermieristici si sono quasi dimezzate dal 2012, nonostante un aumento del 25% del numero di posti disponibili", segnalano gli autori del report in una nota. Di conseguenza, il numero di laureati in

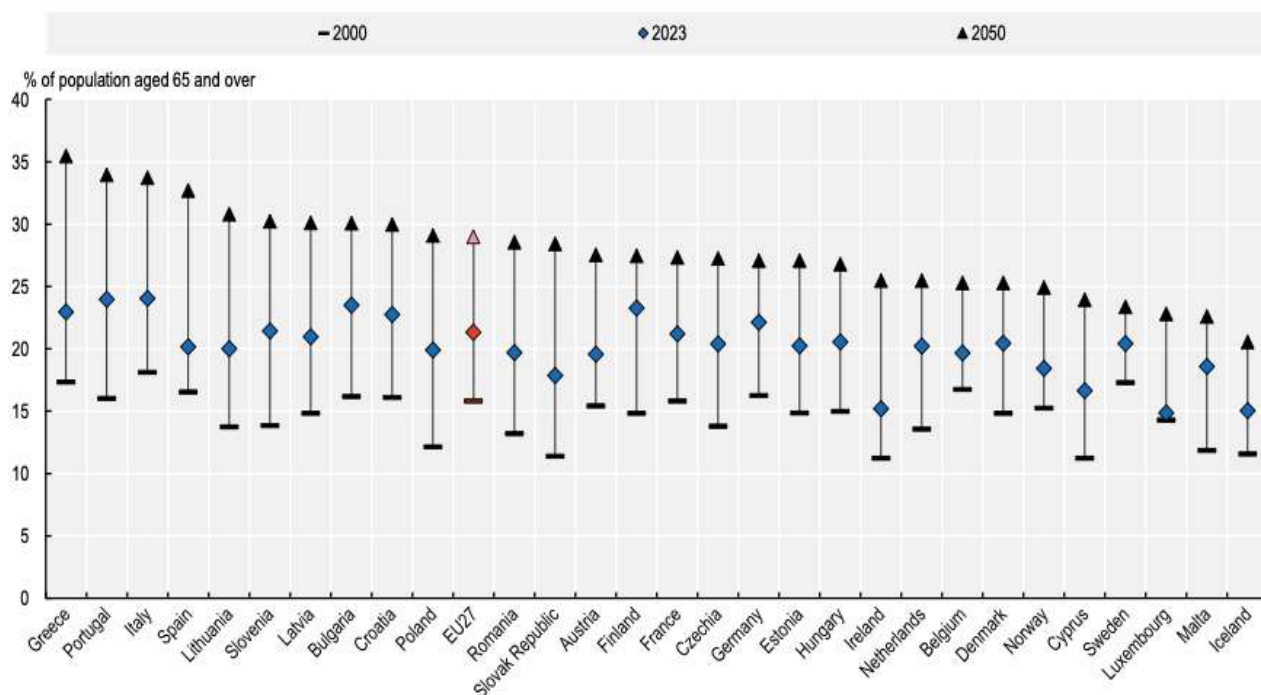
Infermieristica in Italia "rimane uno dei più bassi dell'Ue in rapporto alla popolazione (16,4 contro 37,5 per 100.000 abitanti nell'Ue nel 2022)".

A questa tendenza, segnala infine il rapporto, si aggiunge poi l'emigrazione di laureati in Infermieristica alla ricerca di retribuzioni più vantaggiose all'estero, e tutto questo "solleva apprensioni riguardo alla capacità dell'Italia di colmare le future posizioni infermieristiche - concludono gli esperti - L'ampliamento del ruolo e il miglioramento della qualità delle condizioni di lavoro degli infermieri sono fondamentali per attirare un maggior numero di persone verso questa professione".

Aspettativa di vita

La pandemia di Covid aveva intaccato la longevità della popolazione tricolore, ma quel periodo nero ora sembra alle spalle, almeno rispetto a questo importante indicatore. Il report mostra come l'Italia abbia una delle speranze di vita più alte dell'Ue. Nel 2023, un bambino nato in Italia potrebbe aspettarsi di vivere in media 83,8 anni: il secondo livello più alto nell'Unione, subito dopo la Spagna, e 2,5 anni sopra la media Ue. Dopo un calo superiore alla media, pari a 1,3 anni, dovuto ai decessi Covid nel 2020, l'aspettativa di vita dell'Italia ha iniziato una ripresa e nel 2023 ha superato leggermente i livelli pre-pandemia, allineandosi alla tendenza osservata nella maggior parte degli altri Paesi dell'Unione europea.

Figure 2.1. Nearly three in ten people in the EU will be over age 65 in 2050, up from two in ten in 2023



Come in altri Paesi europei, anche in Italia gli uomini hanno una speranza di vita inferiore rispetto alle donne. Nel 2022 - rileva l'Ocse - la speranza di vita delle donne italiane era di 84,8 anni, oltre 4 anni in più rispetto agli uomini (80,7 anni). Ma non sempre sono anni di qualità: come succede in altri Paesi Ue, le donne italiane trascorrono una percentuale maggiore della loro vita con problemi di salute e limitazioni dell'attività (20%) rispetto agli uomini italiani (17%), quindi il divario di genere negli anni di vita in buona salute è quasi nullo (meno di un anno). C'è poi l'impatto della sedentarietà. Il rapporto dell'Ocse mostra che la popolazione italiana ha uno dei tassi più bassi di attività fisica tra i Paesi dell'Ue. Nel 2019, solo il 19% degli adulti ha dichiarato di soddisfare il livello minimo raccomandato dall'Organizzazione mondiale della sanità (Oms) di almeno 150 minuti a settimana di attività fisica. Questo dato, rileva il report, "è allarmante se confrontato con la media Ue del 32%". Il problema è ancora più marcato tra gli adulti più anziani in Italia. Meno del 10% degli over 65 rispetta queste linee guida, collocando il Paese nel terzo inferiore dei Paesi Ue per questa fascia d'età, rispetto al 22% medio dell'Ue.

Non va meglio fra i giovanissimi: nel 2022, l'Italia ha registrato tra i Paesi Ue la percentuale più esigua di bambini di 11 e 15 anni che soddisfano le raccomandazioni Oms sull'attività fisica giornaliera. Solo l'11% degli 11enni aderiva a queste linee guida, mentre la percentuale si riduceva al 5% tra i 15enni. "Questi dati - si legge in una nota sul rapporto - delineano un quadro allarmante, in quanto suggeriscono che l'inattività fisica è destinata a persistere e persino ad aggravarsi in futuro in assenza di misure efficaci per combatterla". I modelli dell'Ocse stimano che tra il 2022-2050 l'insufficiente attività fisica in Italia costerà al Paese 1,3 miliardi di euro l'anno in costi sanitari aggiuntivi. "Questo notevole onere economico sottolinea l'urgente necessità di intervenire per promuovere l'attività fisica in tutte le fasce d'età".

https://www.quotidianosanita.it/studi-e-analisi/articolo.php?articolo_id=125837&fr=n



International Journal of Nursing Studies

Volume 162, February 2025, 104953



Effetti degli *advanced practice nurses* sui costi dell'assistenza sanitaria, sulla qualità delle cure e sul benessere dei pazienti: Una meta-analisi di studi controllati randomizzati

Melati Fajarini, Agus Setiawan, Chien-Mei Sung, Ruey Chen, Doresses Liu, Chiu-Kuei Lee, Shu-Fen Niu, Kuei-Ru Chou

Disponibile online dal 14 novembre 2024

<https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2024.104953>

Premessa

Il crescente riconoscimento del ruolo degli infermieri di pratica avanzata è stato messo in discussione dalla necessità di ridurre i costi dell'assistenza sanitaria, garantendo al contempo la qualità delle cure e il benessere dei pazienti. Tuttavia, esistono prove limitate di precedenti revisioni che valutano l'efficacia degli infermieri di pratica avanzata.

Obiettivi: Indagare gli effetti degli infermieri di pratica avanzata sui costi sanitari, sulla qualità delle cure e sul benessere dei pazienti.

Progetto: Meta-analisi di studi randomizzati e controllati.

Metodi:

È stata condotta una ricerca della letteratura in CINAHL, Cochrane Library, Embase, Ovid-Medline, PubMed, Scopus e Web of Science dalla loro nascita a giugno 2023. L'esito primario era rappresentato dai costi dell'assistenza sanitaria, compresi i costi totali con quelli diretti (ospedalizzazione, farmaci e costi diagnostici) e indiretti. Gli esiti secondari erano la qualità dell'assistenza (ospedalizzazione, riammissione, durata della degenza, mortalità e soddisfazione del paziente) e il benessere [mentale (ansia, depressione), fisico (dolore, affaticamento) e qualità della vita]. La *I²* di Hedges e l'*odds ratio* con i corrispondenti intervalli di confidenza al 95% sono stati calcolati utilizzando un modello a effetti casuali per ottenere stime di effetto in pool per gli esiti primari e secondari. L'eterogeneità è stata determinata utilizzando le statistiche *I²* e *Q* e l'analisi dei moderatori è stata eseguita per determinare le fonti di eterogeneità. Il bias di pubblicazione è stato valutato

utilizzando la correlazione di rango di Begg e Mazumdar e il test di Egger e attraverso l'ispezione visiva di un funnel plot.

Risultati:

In questa revisione sono stati inclusi 22 studi che hanno coinvolto 7764 partecipanti, per lo più donne (56,4%). Rispetto agli altri professionisti della salute, gli infermieri di pratica avanzata hanno ridotto significativamente i costi totali dei pazienti (g, - 0,21; intervallo di confidenza al 95%, da - 0,30 a - 0,12), i costi diretti (g, - 0,15; intervallo di confidenza al 95%, da - 0,22 a - 0,08) e i costi di ospedalizzazione (g, - 0,19; intervallo di confidenza al 95%, da - 0,34 a - 0,04). Inoltre, gli infermieri di pratica avanzata hanno ridotto significativamente le riammissioni ospedaliere (odds ratio, 0,25; intervallo di confidenza al 95%, da 0,11 a 0,57), hanno aumentato la soddisfazione dei pazienti (g, 0,54; intervallo di confidenza al 95%, da 0,31 a 0,77), hanno ridotto l'ansia (g, - 0,36; intervallo di confidenza al 95%, - 0,08). 36; intervallo di confidenza al 95%, da - 0,71 a - 0,00), depressione (g, - 0,28, intervallo di confidenza al 95%, da - 0,46 a - 0,10), dolore (g, - 0,20; intervallo di confidenza al 95%, da - 0,35 a - 0,04) e fatica (g, - 0,24; intervallo di confidenza al 95%, da - 0,41 a - 0,07). La soddisfazione dei pazienti è migliorata nella gestione della malattia, nel follow-up e nell'intervento misto, anche se non ha raggiunto la significatività statistica.

Conclusioni

L'integrazione degli infermieri di pratica avanzata nei contesti sanitari contribuisce a ridurre i costi dell'assistenza sanitaria, a migliorare la qualità delle cure e ad aumentare il benessere dei pazienti. Questa meta-analisi fornisce prove a sostegno degli infermieri di pratica avanzata, rafforzando il loro ruolo vitale nel sistema sanitario ed evidenziando la necessità di iniziative e di sostegno per migliorare il loro ambito di pratica e promuovere la formazione avanzata.

<https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0020748924002669>

Sanità, sociale e long term care



Stato dell'assistenza a lungo termine Un quadro concettuale per la valutazione e l'apprendimento continuo nei sistemi di assistenza a lungo termine

Abstract: Il toolkit sullo stato delle cure a lungo termine (State of LTC) è progettato per supportare i decisori politici e decisionali nei loro sforzi volti a riformare e trasformare i sistemi di assistenza a lungo termine promuovendo l'apprendimento, la collaborazione e la fiducia. Propone un quadro concettuale e un approccio metodologico alla generazione di conoscenza, fondato sulla governance partecipativa. Il quadro concettuale si concentra su cinque componenti chiave – bisogni di assistenza della popolazione, input del sistema, output, risultati e impatto a livello di popolazione – disaggregati in 25 domini analitici. Radicato in un approccio centrato sulla persona e sottolineando che i bisogni, le preferenze e le aspettative di cura individuali dovrebbero informare la progettazione e le riforme del sistema, il quadro concettuale collega in una struttura a catena causale le risorse disponibili nel sistema ai risultati che il sistema produce e ai risultati a livello di sistema. risultati ottenuti. Il toolkit sullo stato della LTC è un elemento chiave della strategia europea per l'assistenza e mira a sostenere l'attuazione della raccomandazione del Consiglio sull'accesso a un'assistenza a lungo termine di alta qualità e a prezzi accessibili.

PAROLE CHIAVE: ASSISTENZA A LUNGO TERMINE, INVECCHIAMENTO, POLITICA SANITARIA, POLITICA SOCIALE, RIFORMA SANITARIA, COLLABORAZIONE INTERSETTORIALE, FIDUCIA Numero documento: OMS/EURO:2024-10363-50135-75508 (PDF)

<https://www.quotidianosanita.it/allegati/allegato1731407931.pdf>

Le centrali operative del 116117

Franco Pesaresi

(articolo pubblicato su "Sossanità.it" nel mese di ottobre 2024:

<http://www.sossanita.org/archives/24929>)

La Direttiva della Commissione Europea del 2009

La Commissione Europea con Direttiva 2009/884/CE, ha attribuito la numerazione unica 116117 al servizio di guardia medica per cure non urgenti, per tutte le nazioni dell'Unione Europea.

Così come è stato fatto per il numero 112 dedicato alle emergenze (Pesaresi, 2024), per l'Unione Europea è importante che in caso di spostamenti tra i territori nazionali, ogni cittadino europeo deve poter agevolmente individuare i servizi per le cure non urgenti o a valenza sociale mediante una medesima numerazione accessibile in ciascun paese e che sia facilmente riconoscibile.

Il numero 116117 si affianca dunque al numero unico 112 e agli altri numeri per situazioni di emergenza, aggiungendo la copertura delle necessità di cure non urgenti in determinate situazioni.

Secondo la Direttiva europea la numerazione 116117 e la relativa Centrale operativa che la gestisce ha il compito di garantire la continuità dell'assistenza medica al di fuori delle ore di lavoro dei servizi sanitari e nei giorni festivi e individua il bisogno di salute da soddisfare nella necessità di ottenere assistenza medica in condizioni critiche, ma non di emergenza, mediante la presa in carico da parte di un operatore competente o di un medico qualificato. Il servizio deve essere garantito 24 ore su 24 e 7 giorni su 7.

Trattandosi tuttavia di una direttiva, e non di un regolamento di immediata cogenza, la sua attuazione è demandata ai singoli Stati membri che stabiliscono gli aspetti operativi (Sciamanna et al., 2022).

Le nazioni che hanno attivato il servizio

Gli unici Stati membri dell'UE che presentano un servizio attivo e disponibile con le caratteristiche richieste su tutto il territorio nazionale sono la Germania, che ha avviato il 116117 nel 2012, e l'Austria che lo ha attivato l'anno successivo (Conf. Stato Regioni, 2016).

La Germania, parallelamente all'attivazione del servizio accessibile all'utente attraverso la numerazione unica 116117, offre al cittadino una grande quantità di informazioni veicolate attraverso una efficace campagna di

comunicazione che va da un sito web dedicato a materiale informativo per i medici di base; un sito ben accessibile con una interfaccia grafica estremamente accattivante, di semplice navigazione e con una forte identità visiva che nel complesso hanno portato ad una riforma dell'accesso al servizio di guardia media.

L'Austria, invece, ha optato per un recepimento di tipo più formale, convogliando tutte le prese in carico di tutti i servizi di urgenza e no, sanitari e no, verso la centrale unica nazionale 144 la quale però provvede solo un un mero smistamento e reindirizzamento delle chiamate che pervengono al 144 verso le ulteriori centrali che gestiscono i singoli servizi in base alla tipologia senza, di fatto, riformare il servizio (Sciamanna et al., 2022).

L'attuazione italiana del numero 116117

Il recepimento a livello italiano della normativa europea è arrivato con la Conferenza Stato-Regioni del 07/02/2013 la quale ha approvato le "Linee di indirizzo per la riorganizzazione del sistema di emergenza urgenza in rapporto alla Continuità Assistenziale" introducendo importanti novità, volte a garantire nelle 24 ore la continuità di cura al paziente a bassa complessità assistenziale, con l'adozione di sistemi di ricezione delle richieste.

L'anno dopo, l'Autorità per le Garanzie nella comunicazione (AGCOM), ha assegnato al Ministero della Salute il NEA 116117 quale Numero Europeo Armonizzato a valenza sociosanitaria.

Successivamente la Conferenza Stato-Regioni e Province Autonome di Trento e Bolzano del 24/11/2016 ha approvato il documento recante "Linee di indirizzo sui criteri e le modalità di attivazione del Numero Europeo Armonizzato a valenza sociale 116117" che ha fornito le indicazioni sulla realizzazione del nuovo servizio.

Infine, l'art.1, comma 8, del DL 34/2020, convertito dalla Legge 17 luglio 2020, n. 77, prevede che per garantire il coordinamento delle attività sanitarie e sociosanitarie territoriali le Regioni provvedano all'attivazione di centrali operative che svolgano le funzioni in accordo con tutti i servizi e con il sistema di emergenza urgenza anche mediante strumenti informativi e di telemedicina.

La centrale operativa NEA 116117

La Centrale Operativa 116117 sede del Numero Europeo Armonizzato (NEA) per le cure mediche non urgenti offre un servizio telefonico gratuito alla popolazione per tutte le prestazioni sanitarie e sociosanitarie a bassa intensità assistenziale.

La Centrale Operativa NEA 116117 (CO NEA 116117) offre un servizio di front desk. E' prevista una Centrale ogni 1-2 milioni di abitanti o comunque a valenza regionale (D.M. Salute n. 77/2022).

Il servizio è aperto e gratuito, attivo 24 ore su 24, 7 giorni su 7, e permette agli utenti chiamanti di entrare in contatto con un operatore, sanitario o laico opportunamente formato, che possa fornire assistenza, direttamente o attraverso il trasferimento di chiamata al servizio competente, a valenza sociosanitaria (Accordo Stato-Regioni, 2016).

Il numero 116117, unico a livello nazionale ed europeo, ha la funzione di facilitare l'accesso della popolazione alle cure mediche non urgenti e ad altri servizi sanitari territoriali a bassa intensità/priorità di cura, raccordandosi anche con il servizio di continuità assistenziale e di emergenza urgenza, con le Centrali Operative Territoriali e con altri servizi previsti da ciascuna Regione o Provincia Autonoma.

Le funzioni della CO NEA 116117

La NEA 116117 eroga servizi:

- che garantiscono una risposta operativa con trasferimento di chiamata (servizio obbligatorio) per:
 - prestazioni e/o consigli medici non urgenti nelle ore di apertura del servizio di Continuità Assistenziale,
 - individuazione e trasferimento delle richieste di soccorso sanitario urgente al 118/112.
- che garantiscono la risposta di tipo informativo (servizio obbligatorio). Può essere prevista anche la risposta operativa con trasferimento di chiamata (servizio consigliato) per:
 - modalità di accesso a MMG/PLS anche in caso di difficoltà di reperimento,
 - consigli sanitari non urgenti prima dell'orario di apertura del servizio di Continuità Assistenziale e dopo l'orario di chiusura con eventuale inoltro della chiamata al 118, modalità di accesso alla Guardia medica turistica (D.M. Salute 77/2022).

Le “Linee di indirizzo sui criteri e le modalità di attivazione del Numero Europeo Armonizzato a valenza sociale 116117” approvate nel 2016 distinguono i servizi erogati dalla CO NEA 116117 come “obbligatori” o “opzionali”. I servizi obbligatori a loro volta sono distinti in due tipologie a seconda del tipo di risposta: informativa o operativa così come indicati nella Tabella 1.

Sono da considerarsi risposte di tipo informativo sia quelle in cui è prevista la mera informazione del chiamante sia un eventuale trasferimento di chiamata al servizio che è in grado di erogare l’informazione.

Sono invece da considerarsi risposte di tipo operativo quelle risposte che direttamente o tramite il trasferimento di chiamata sono in grado di erogare la prestazione.

Rientrano, invece, tra i servizi aggiuntivi opzionali una serie variegata di attività erogate a differenti livelli da diversi attori del sistema sanitario e da altri enti pubblici e non, la cui risposta deve essere almeno di tipo informativo e che dipendono dal livello di condivisione del servizio delle singole Aziende Sanitarie Locali.

Tabella 1. Servizi da erogare dalle CO NEA 116117

Numero 116117 per cure mediche non urgenti – servizi obbligatori			
Macro categoria	Categoria	Tipo di risposta	
		Obbligatoria	Consigliata
P1 – mediche non urgenti (prioritarie)	Prestazioni e/o consigli medici non urgenti nelle ore di apertura del servizio di continuità assistenziale (c.a.)	Risposta Di tipo operativo	
	Modalità di accesso ai mmg/pls anche in caso di difficoltà di reperimento	Risposta Di tipo informativo	Risposta Di tipo operativo
	Consigli sanitari non urgenti prima dell’orario di apertura del servizio di c.a. e dopo l’orario di chiusura, con eventuale inoltro della chiamata al 118 se appropriato	Risposta Di tipo informativo	Risposta Di tipo operativo
	Individuazione e trasferimento delle richieste di soccorso sanitario urgente al servizio di emergenza territoriale 118	Risposta Di tipo operativo	
	Modalità di accesso guardia turistica	Risposta Di tipo informativo	Risposta Di tipo operativo

Fonte: Accordo Stato Regioni n. 221 del 24 novembre 2016; Sciamanna et al., 2016.

Il modello organizzativo

L’obiettivo è quello di affrontare la non emergenza non come semplice instradamento delle richieste verso operatori sul territorio, ma come razionalizzazione di interventi e di risorse, pur in presenza di modelli organizzativi diversi che possono essere presenti nelle varie regioni.

Deve essere quindi contemplata una Centrale Operativa NEA 116117 presidiata h 24 e con il compito di monitoraggio di risorse e di necessità in evoluzione sul territorio.

La conferenza Stato Regioni (2016) ha stabilito che il tempo di attesa della prima risposta da parte dell’operatore, a regime del servizio, non dovrà essere superiore a 2 minuti nel 75% dei casi.

Il servizio 116117 deve garantire la possibilità di accesso a tutti i cittadini che parlano lingue diverse dall’italiano. A questo proposito, a supporto della numerazione 116117, è previsto un servizio di interpretariato telefonico in tempo reale, così come avviene per il NUE 112. Il servizio viene attivato dall’operatore al momento della chiamata a “tre” (il chiamante, l’operatore e l’interprete) nella lingua del chiamante. Prendendo in considerazione solo i servizi da erogare obbligatoriamente, la CO NEA 116117 potrebbe articolare il servizio su due livelli, declinandoli come segue:

Livello 1: informativo. Rappresenta il primo contatto con l’utente, in grado di effettuare un filtro, in base alla richiesta per quanto concerne la componente informativa e procedurale. Le chiamate sono ricevute da operatori sanitari o laici adeguatamente formati, capaci di registrazione dei dati su gestionale informatico, e che attraverso un’intervista telefonica strutturata e l’accesso a precise schede di azione, condivise con i servizi regionali e delle aziende sanitarie, sono in grado di fornire una risposta diretta all’utente, di tipo informativo, risolutrice del quesito o che fornisca i dati necessari per indirizzarsi verso il servizio competente

in materia.

Livello 2: cure mediche non urgenti h 24. Le chiamate sono ricevute da operatori sanitari o laici adeguatamente formati, capaci di registrazione dei dati su gestionale informatico, e che, attraverso un'intervista telefonica strutturata e l'accesso a precisi e oggettivi algoritmi decisionali, individuano la tipologia di fabbisogno attivando il servizio di cure primarie competente o indirizzano l'utente verso strutture presenti sul suo territorio per la risoluzione specifica della problematica quali: Aggregazioni funzionali territoriali (AFT), Unità complesse di cure primarie (UCCP), Struttura Ambulatoriale, Casa della Comunità, Postazione di Continuità Assistenziale, altri servizi gestiti dalle Centrali Operative Territoriali (COT) (Enrichens et al., 2022).

Il personale

Le risorse principali coinvolte, direttamente o con idonee procedure di collegamento, nel funzionamento della Centrale Operativa NEA 116117 possono essere raggruppate nei seguenti profili:

- operatori laici con formazione dedicata;
- operatori sanitari (Medici e Infermieri);
- psicologi;
- assistenti sociali;
- personale amministrativo.

Per ogni Centrale Operativa NEA 116117 dovrà essere individuato un Responsabile di Centrale, dotato di autonomia tecnico professionale ed organizzativa a cui è affidata la gestione delle risorse umane e dell'organizzazione del servizio ed un Coordinatore del Personale e della gestione della Sala Operativa.

Sulla base delle esperienze maturate in ambito delle Centrali operative sanitarie (118 e 112), l'Agenas ritiene che potranno essere definiti inizialmente i seguenti standard di personale indicativi, nell'orario della continuità assistenziale:

- n.1 medico in turno ogni 500.000 – 700.000 utenti, con un minimo di due per turno, opportunamente ridotto negli orari di servizio informativo;
- n.1 infermiere in turno ogni 250.000 – 350.000 utenti con un minimo di due per turno, opportunamente ridotto negli orari di servizio informativo;
- n.1 operatore tecnico laico in turno ogni 150.000 – 250.000 utenti, con un minimo di due per turno, opportunamente ridotto negli orari di servizio informativo. Nel caso dell'operatore tecnico la numerosità è correlata con il livello di interazione e integrazione con le altre professionalità sanitarie e dalla loro numerosità nei turni di attività.

I fabbisogni individuati, relativi al personale presente per ogni turno di lavoro, rivestono carattere di provvisorietà, non essendo spesso disponibili dati effettivi di traffico relativi al servizio, necessari per individuare i carichi di lavoro e dati relativi al tempo di occupazione per ogni chiamata. La stima iniziale, relativa alla necessità di personale, potrà comunque essere rimodulata a fronte dell'analisi dell'attività svolta con cadenza periodica (Enrichens et al., 2022).

L'attuazione regionale

Allo stato attuale, sono solo 9 le CO NEA 116117 attive in tutta Italia. Solo 4 regioni le hanno attivate: Lombardia, Piemonte, Toscana e p.a. di Trento (Cfr. Tab. 2).

Tutte le altre regioni le hanno previste ma sono ancora indietro nella loro attivazione. Per un quarto delle regioni non è facilmente reperibile neanche il numero di Centrali operative che saranno attivate nel futuro (Cfr. Tab.2)

Tab. 2 – CO NEA 116117 attivate o previste nelle regioni italiane.

Regione	Centrali attive	Note
Lombardia	1	Attivo in tutto il territorio regionale con una sola centrale operativa con 38 postazioni operatore a cui se ne possono aggiungere 14 extra in caso di necessità. Il numero

		risponde alle chiamate rivolte alla Continuità Assistenziale. Si occupa anche della presa in carico delle richieste di Trasporto Sanitario. Il servizio è attivo dal lunedì al venerdì dalle ore 20.00 alle ore 8.00, festivi e prefestivi h24.
Piemonte	4	Il numero risponde alle chiamate rivolte alla Continuità Assistenziale, per informazioni sull'assistenza sanitaria e socioassistenziale ed altri servizi. Il servizio è attivo h24, 7 giorni a settimana.
Toscana	3	In servizio attivo dal 16 settembre 2024 in parte della regione ed in tutta la regione da novembre 2024.
Trento	1	Attivo in tutta la provincia. Il numero risponde alle chiamate rivolte alla Continuità Assistenziale, per informazioni sull'assistenza sanitaria ai villeggianti (Ex Guardia Medica Turistica) e per le prenotazioni dei trasporti sanitari in ambulanza. Il servizio è attivo h24, 7 giorni a settimana.
Totale centrali attive	9	
	Centrali previste e non attive	
Abruzzo	1	Regione autorizzata ad attivare il numero
Basilicata	?	il NEA 116117 è in fase di sperimentazione.
Bolzano	?	
Calabria	1	Centrale prevista a Reggio Calabria
Campania	?	
Emilia Romagna	3	Previste tre centrali operative regionali a Parma, Bologna e Ravenna
Friuli VG	1	CO 116117 prevista a Trieste
Lazio	3	3 previste, una attiva a Roma.
Liguria	1	Regione autorizzata ad attivare il numero. Attivazione prevista entro metà 2024 ma non ancora realizzata.
Marche	1	Prevista una centrale regionale.
Molise	1	
Puglia	?	
Sardegna	2	Le due Centrali Operative 116117 saranno collocate a Sassari e Cagliari. Una CO è partita sperimentalmente nella ASL di Sulcis Iglesiente. Il resto entro il 2025.
Sicilia	?	Alla CO 116117 si affianca, l'istituzione di una Centrale Operativa Integrata (COI) con operatori laici, cioè personale non sanitario, che rispondono alle chiamate e forniscono una prima valutazione standard delle esigenze del chiamante, inoltrando eventualmente la chiamata al medico di Continuità Assistenziale che, autonomamente, può gestire il caso clinico, decidendo per un consiglio sanitario o effettuando la visita domiciliare.
Umbria	1	
Val d'Aosta	1	
Veneto	3	Previste 3 centrali per tutta la regione. Entro il 2024 è previsto l'avvio della prima CO 116117 (ULSS Serenissima), che per sperimentare il sistema consentirà la gestione delle chiamate da un unico distretto telefonico (Bassano Del Grappa).
Totale centrali previste	19+	

Fonte: ns elaborazione di dati presenti nei siti regionali (accesso 3/9/2024) ed in Enrichens et al., 2022.

Finanziamento

Le Centrali Operative 116117 hanno beneficiato di fondi ad hoc per avviarne la sperimentazione e l'implementazione (D.lg. 34/2020, fondi per la costruzione delle centrali uniche regionali per la gestione delle cronicità, anni 2020-2021), per un ammontare di 23.625.000 euro.

Qualche valutazione

Procede molto a rilento l'attivazione delle Centrali operative dell'116117, assenti nella maggior parte d'Italia. Peccato perché la loro attivazione, oltre a fornire un importante servizio in tutta Italia, permetterebbe la riorganizzazione della Continuità Assistenziale (Guardia medica) e delle cure urgenti (ma non di emergenza). Il riordino, perseguito in questo senso da alcune regioni, permetterebbe anche la riduzione della pressione degli utenti sui Pronto Soccorso. E tutti sanno quanto sarebbe importante.

Gli anni guadagnati nell'invecchiamento sono in buona salute?

Franco Pesaresi

(articolo pubblicato su "Wlforum.it" il 9/8/2024: <https://www.welforum.it/gli-anni-guadagnati-nellinvecchiamento-sono-in-buona-salute/>)

I principali fattori che determinano l'invecchiamento della popolazione

Uno dei motivi per cui l'invecchiamento sta emergendo come una questione politica chiave è che sia la percentuale che il numero assoluto di anziani nelle popolazioni di tutto il mondo stanno aumentando in modo importante.

Due sono i principali fattori che determinano l'invecchiamento della popolazione.

Il primo è l'aumento dell'aspettativa di vita: in media, le persone in tutto il mondo vivono più a lungo. Questi cambiamenti fanno sì che man mano che i paesi si sviluppano economicamente, sempre più persone raggiungono l'età adulta e quindi l'aspettativa di vita alla nascita aumenta. La maggior parte degli aumenti dell'aspettativa di vita osservati in tutto il mondo negli ultimi 100 anni riflettono questa riduzione della mortalità in età più giovane piuttosto che in quella delle persone anziane che vivono più a lungo.

Più recentemente, un'altra tendenza ha contribuito in modo significativo all'aumento dell'aspettativa di vita, in particolare nei contesti ad alto reddito: l'aumento della sopravvivenza in età avanzata.

Tuttavia, il tasso di questi aumenti non è uguale in tutti i paesi del mondo. L'aspettativa di vita in età avanzata sta aumentando a un ritmo molto più rapido nei paesi ad alto reddito rispetto a quelli con risorse più basse, anche se poi troviamo variazioni tra i diversi paesi e tra maschi e femmine.

L'altra ragione per cui le popolazioni stanno invecchiando è dovuta al calo dei tassi di fertilità.

L'aspettativa di vita a 65 anni in Italia

L'aspettativa di vita a 65 anni in Italia, per esempio, ha mostrato un notevole aumento tra il 1960 ed oggi.

Nel **1960**, l'aspettativa di vita per una donna di 65 anni era di 15,3 anni mentre per un uomo era di 13,4 anni, il che significa che una persona di 65 anni all'epoca poteva aspettarsi di vivere rispettivamente fino a circa 80 anni e 78 anni.

Oggi, l'aspettativa di vita per una donna di 65 anni è aumentata ed è di 21,9 anni mentre per un uomo è di 18,9 anni, portando l'età media di vita rispettivamente fino a circa 87 e 84 anni (Blangiardo, 2024).

Questi dati evidenziano un significativo miglioramento delle condizioni di salute, della medicina e della qualità della vita nel corso degli anni in Italia. L'aumento dell'aspettativa di vita in questi contesti è ora in gran parte dovuto all'aumento della sopravvivenza in età avanzata, e questo potrebbe essere il risultato del prolungamento della fase terminale della vita attraverso trattamenti medici piuttosto che dei più ampi progressi della sanità pubblica che sono in atto.

Gli anni in più in età avanzata vengono vissuti in buona salute?

Determinare se le persone vivono una vita più lunga e più sana, o se gli anni aggiuntivi di età avanzata vengono vissuti principalmente in cattive condizioni di salute, è fondamentale per la qualità della vita delle persone e per la definizione delle politiche a loro destinate.

Se gli anni aggiuntivi vengono vissuti in buona salute, l'invecchiamento della popolazione sarà associato ad un miglioramento della qualità della vita insieme ad una crescita analoga delle risorse umane che potrebbero contribuire alla società in molti modi. Tuttavia, se le persone vivono più a lungo ma sperimentano limitazioni nelle capacità a livelli simili o superiori a quelli dei loro genitori alla stessa età, ciò significa che le richieste di assistenza sanitaria e sociale saranno significativamente maggiori, e gli anziani saranno più limitati in termini di capacità.

Capire quale di questi scenari è in corso è fondamentale per stabilire le priorità delle aree di azione politica e per garantire che qualsiasi risposta politica sia giusta.

Sfortunatamente, sebbene esistano prove evidenti del fatto che gli anziani vivono più a lungo, in particolare nei paesi ad alto reddito, la tendenza della qualità della vita durante questi anni in più non è abbastanza chiara.

Sebbene siano stati condotti pochi studi nei paesi a basso e medio reddito, sono state intraprese analisi significative dei dati raccolti negli ultimi 30 anni negli Stati Uniti e in altri contesti ad alto reddito. Tuttavia, i risultati di questo vasto gruppo di ricerche sono incoerenti, con alcuni studi che suggeriscono livelli in calo della disabilità grave nelle persone di età superiore ai 65 anni, altri studi nella stessa fascia di età suggeriscono tassi crescenti di malattie croniche e comorbidità ma tassi costanti di disabilità, e altri ancora suggeriscono una crescente prevalenza di disabilità nella fascia di età tra i 60 e i 70 anni di età. Infine, una valutazione multinazionale dei modelli di disabilità lieve nell'OCSE ha rilevato che essi erano diminuiti in alcuni paesi, aumentati in altri e rimasti gli stessi negli altri.

Un'analisi congiunta dell'OMS nel 2014 di grandi studi individuali condotti in paesi ad alto reddito hanno suggerito che, sebbene **la prevalenza della disabilità grave** (vale a dire, una disabilità che richiede l'aiuto di un'altra persona per svolgere attività di base come mangiare e lavarsi) **possa essere leggermente in calo, nessun cambiamento significativo negli ultimi 30 anni è stata osservata sulla disabilità meno grave.** Pertanto, i dati attuali relativi ai paesi ad alto reddito sono confusi, ma suggeriscono che **potrebbe esserci una piccola riduzione di alcune forme di disabilità a una determinata età, anche se è improbabile che ciò tenga il passo con gli anni in più che le persone vivono (WHO, 2015).**

Queste ricerche, però, non rappresentano adeguatamente la realtà perché la disabilità è generalmente accettata come uno stato determinato sia dalle caratteristiche sottostanti degli individui (cioè, la capacità intrinseca) sia dagli ambienti in cui vivono. Si può davvero valutare il peso della disabilità solo se si considerino i cambiamenti a entrambi questi livelli. Ad esempio, negli anni '50 un anziano con problemi di mobilità poteva vedere compromessa la propria capacità di fare le cose di cui aveva bisogno a causa della mancanza di opzioni di trasporto. Oggi, invece le stesse persone potrebbero essere in grado di utilizzare i trasporti pubblici accessibili alle persone con disabilità e, quindi, scoprire che la loro capacità funzionale è di gran lunga migliore, nonostante la capacità intrinseca sia la stessa. Distinguere tra tendenze nella capacità intrinseca e cambiamenti ambientali per misurare meglio l'abilità funzionale richiede quindi domande e indagini specifiche, tuttavia, gli strumenti comunemente utilizzati per le ricerche non sempre fanno questa distinzione.

Cure domiciliari per i non autosufficienti: serve un aggiornamento del quadro normativo

Franco Pesaresi¹

(Questo articolo è stato pubblicato su Welforum.it il 18 novembre 2024: <https://www.welforum.it/cure-domiciliari-per-i-non-autosufficienti/>)

Perché serve un aggiornamento del quadro normativo

In Italia manca un servizio di cure domiciliari pubbliche disegnato per gli anziani non autosufficienti: le cure domiciliari (Adi) alternano il modello prestazionale a quello della breve assistenza post-ospedaliera (due-tre

¹ Direttore ASP "Ambito 9" Jesi (AN); Patto per un nuovo welfare per la non autosufficienza.

mesi). Valga per spiegare il concetto il numero medio di ore di cure domiciliari pari a 16 che vengono erogate annualmente agli anziani (Ministero Salute, 2024²). Una presa in carico per tutto il periodo del bisogno assistenziale non c'è.

Con questa organizzazione, le cure domiciliari, sia ben chiaro, sono utili alla comunità ma mancando di una presa in carico degli anziani non autosufficienti per tutto il periodo del loro bisogno assistenziale lasciano scoperto tutto il settore delle cure di lungo periodo.

La L. 33/2023 vuole superare questa situazione ed introdurre un modello di assistenza domiciliare specifico per la condizione di non autosufficienza dell'anziano, che oggi non esiste. Tale modello è fondato su durata e intensità adeguate degli interventi, molteplicità delle professioni coinvolte e unitarietà delle risposte. Purtroppo, il successivo D. Lgs. 29/2024 non ha dato attuazione alla legge delega 33/2023 o a rinviato a successivi decreti l'attuazione di quanto previsto. Per cui il problema rimane ancora aperto.

Alcuni sottovalutano la questione ritenendo che nulla impedisce al Servizio Sanitario di adeguarsi anche alle necessità degli anziani non autosufficienti. In realtà non è così. Il sistema organizzativo attuale delle cure domiciliari è impostato sulla post-acuzie non per scelta delle singole regioni ma perché influenzato dal quadro normativo nazionale relativo all'assistenza domiciliare.

Le cure domiciliari che si aprono all'assistenza domiciliare della non autosufficienza richiedono pertanto un aggiustamento del quadro normativo da cui poi discendono anche le modificazioni organizzative.

Non serve un nuovo sistema ma occorre integrare le norme e i documenti nazionali di riferimento. La normativa attuale nella sua impostazione generale è sicuramente valida e può essere confermata ma vanno inseriti i contenuti nuovi che possano permettere uno sviluppo dell'assistenza domiciliare agli anziani non autosufficienti nella misura e nella durata necessaria ai loro bisogni.

Anche il sistema degli indicatori deve essere adeguato a permettere una verifica della diffusività del nuovo sistema e la sua rispondenza ai nuovi obiettivi indicati.

Il documento della Commissione ministeriale LEA sulle cure domiciliari³

Il documento della Commissione LEA sulle cure domiciliari è, insieme al Decreto del 2017 sui LEA, il principale punto di riferimento organizzativo e classificatorio delle cure domiciliari. I suoi contenuti indirizzano l'organizzazione e l'erogazione dei servizi domiciliari in Italia e i relativi flussi informativi.

Il documento nel suo complesso mantiene la sua validità ma deve essere adeguato al nuovo obiettivo dell'assistenza agli anziani non autosufficienti. Può essere confermata la caratterizzazione dei profili di cura domiciliari (Standard qualificanti le attività di cure domiciliari) per livelli differenziati in funzione della natura del bisogno, dell'intensità definita attraverso l'individuazione di un coefficiente di intensità assistenziale (CIA)⁴, della complessità (Valore Gea⁵) in funzione del case mix e dell'impegno delle figure professionali coinvolte nel piano assistenziale individuale (PAI), della durata media (Gdc⁶) in relazione alle fasi temporali intensiva, estensiva e di lungo assistenza dei servizi erogatori di cure domiciliari. Le cure di lungo termine possono essere adeguatamente inserite nel sistema di classificazione e di valutazione delle prestazioni erogate.

Ma alcuni adeguamenti sono necessari. La carenza principale del Documento è costituita dall'assenza, fra le attività previste, del sostegno all'anziano nelle attività fondamentali della vita quotidiana che la mancanza di autonomia impedisce all'anziano di compiere da solo. L'assenza è particolarmente incisiva nell'organizzazione dei servizi domiciliari atteso che lo stesso Documento descrive puntualmente tutte le possibili prestazioni domiciliari e queste sono del tutto assenti, con particolare rilievo nelle attività previste per l'OSS.

Per quello che riguarda il sistema degli indicatori, il Sistema Informativo per il monitoraggio dell'Assistenza Domiciliare (SIAD) rileva 15 indicatori, utili ma poco specifici per le cure di lungo termine. Occorre integrarli

² Ministero Salute, Annuario Statistico del Servizio Sanitario Nazionale 2022, Roma 2024:

https://www.salute.gov.it/portale/temi/p2_6.jsp?lingua=italiano&id=4606&area=statisticheSSN&menu=annuario

³ Commissione nazionale per la definizione e l'aggiornamento dei Livelli essenziali di assistenza: "Nuova caratterizzazione dell'assistenza territoriale domiciliare e degli interventi ospedalieri a domicilio", 2006.

⁴ CIA Coefficiente di intensità assistenziale: numero delle giornate effettive di assistenza (GEA)/ numero Giornate di cura (GdC) indicate nel Piano assistenziale individualizzato (PAI).

⁵ GEA = Giornata Effettiva di assistenza: giorno nel quale è stato effettuato almeno un accesso domiciliare

⁶ GDC = Giornate di cura: durata del piano di cura dalla presa in carico alla dimissione dal Servizio.

con altri che sappiano fornire informazioni sullo sviluppo e la diffusione delle cure domiciliari per gli anziani non autosufficienti. Fra gli indicatori si potrebbero aggiungere:

1. Un indicatore per rilevare le persone che sono in assistenza per un anno rinnovabile (senza limite di rinnovi). La scadenza di un anno rinnovabile innova profondamente rispetto alla situazione attuale che prevede, al massimo, una media di 180 giorni di cure domiciliari. Inoltre, la previsione di un rinnovo periodico ed auspicabilmente annuale è una scadenza utile e positiva perché impone una verifica ed una rivalutazione periodica dei singoli casi necessaria per aggiornare ciclicamente il PAI. Questo indicatore serve a verificare il numero o la quota di anziani che fruiscono delle cure domiciliari di lungo termine.
2. Un indicatore per rilevare la percentuale delle persone con assistenza integrata sociale e sanitaria. Questo indicatore, come è del tutto evidente, serve a verificare lo sviluppo dell'integrazione sociosanitaria ed in particolare il numero/quota di anziani che fruiscono dell'assistenza domiciliare socio-assistenziale unitamente alle cure domiciliari.
3. Un indicatore per rilevare la percentuale dei casi a cui si è prestato aiuto per lo svolgimento delle attività fondamentali della vita quotidiana. Questo indicatore è strategico per verificare la diffusione della nuova presa in carico globale garantita dall'assistenza domiciliare introdotta dalla L. 33/2023.

Altri indicatori si possono ovviamente aggiungere non solo specifici per la non autosufficienza per rilevare, per esempio, l'uso della telemedicina.

La previsione di questi indicatori richiede però che anche altre parti del Documento della commissione ministeriale sui LEA venga corretto per mantenere coerenza e linearità. In particolare va modificata la parte sulla durata media dell'assistenza domiciliare (pag. 20), molto lontana dai principi delle cure di lungo termine. In questo contesto di aggiornamento del Documento LEA sulle cure domiciliari vanno inseriti anche la funzionalità del servizio nelle 24 ore ed un adeguamento dei valori di riferimento (standard) degli indicatori che il PNRR, con la previsione dell'assistenza del 10% degli anziani, ha spostato molto più avanti.

Il Decreto sui LEA

La norma principale di riferimento per le cure domiciliari rimane il Decreto sui LEA del 2017⁷ che dedica gli articoli 22 e 23 alle cure domiciliari comprese quelle palliative.

Affinché un nuovo sistema organizzativo adeguato anche per la cura della non autosufficienza possa svilupparsi armonicamente e non sia ostacolato da una normativa incompleta e non coerente è necessario che anche il Decreto sui LEA venga aggiornato rispetto alla necessità di garantire cure domiciliari adeguate e di lungo periodo.

Anche in questo caso la carenza principale della norma di legge è costituita dall'assenza, fra le attività previste, del sostegno all'anziano nelle attività fondamentali della vita quotidiana.

Inoltre, nelle cure domiciliari integrate (ADI) di 1° e 2° livello e nelle cure palliative domiciliari vanno inserite fra le funzioni anche quella dell'affiancamento e del supporto dei caregiver (familiari e badanti). Questa attività è prevista nelle cure domiciliari integrate di 3° livello ma non in quelle di altri livelli per cui la loro esclusione non sembra casuale e va assolutamente superata. Questa omissione è del tutto ingiustificata e non è in linea con il Documento della Commissione LEA sull'assistenza domiciliare che gli dà il giusto rilievo.

Fra le funzioni di affiancamento e di supporto per i caregiver familiari ed altri operatori come le assistenti familiari (badanti) si sottolinea l'importanza dell'educazione terapeutica. Per educazione terapeutica si intende un insieme di attività educative complesse rivolte a tipologie di pazienti molto specifiche e ai loro caregiver. Si tratta di una trasmissione di conoscenze e di una formazione tesa a far acquisire abilità e/o promuovere nuove abitudini comportamentali. Questo tipo di aiuto è importante per far sì che il paziente e i suoi caregiver siano consapevoli e in grado di agire in una ampia serie di situazioni nonché a prevenire errori e situazioni di difficoltà. Per ognuna delle situazioni andrebbe elaborato uno specifico piano di educazione terapeutica.

Manca, infine, un richiamo esplicito alle prestazioni di telemedicina e teleassistenza prepotentemente proposte dal PNRR.

Quel che occorre

⁷ D.P.C.M. 12/1/2017: Definizione e aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza, di cui all'art.1, comma 7, del decreto legislativo 30/12/1992, n. 502.

Quel che occorre oggi è la volontà politica di dare attuazione alle legge delega n. 33/2023 allargando le cure domiciliari anche alle persone non autosufficienti che hanno bisogno di una presa in carico continua senza limitazioni di durata e di intensità delle cure domiciliari. Peraltro, nella fase attuale ci sono anche le risorse aggiuntive del PNRR che sono in grado di finanziare le nuove attività.

Gli strumenti per un intervento tempestivo di aggiornamento normativo non mancano dato che sono previsti dei decreti attuativi in attuazione del D. Lgs. 29/2024 e che lo stesso articolo 6 comma 2 della L. 33/2023 permette comunque al Governo di intervenire anche successivamente con nuovi decreti delegati per riordinare la materia (entro 12 mesi dalla data di entrata in vigore di ciascuno dei decreti legislativi previsti nel D. Lgs. 29/2024).

Adesso serve l'impegno di tutti per questo nuovo importante traguardo.



EXECUTIVE SUMMARY

Di seguito i 10 messaggi chiave che emergono dalle analisi del Rapporto 2024 del Think Tank “Welfare Italia”

Il Rapporto 2024 del Think Tank “Welfare Italia” affianca, al tradizionale Osservatorio sulle dinamiche tendenziali e congiunturali delle quattro componenti del welfare, l’analisi approfondita dei fattori di rischio che inevitabilmente indeboliscono l’effettiva fruizione dei servizi ai cittadini, ovvero: le dinamiche della finanza pubblica, i trend demografici e i divari socio-territoriali e nell’accesso ai servizi.

Inoltre, per la gestione di questi fattori sono state identificate cinque modalità operative, ovvero: l’integrazione della tecnologia, la gestione della demografia, le politiche infrastrutturali, la valorizzazione del ruolo del privato e le politiche del lavoro e della formazione.

Tali modalità operative, tuttavia, per affrontare efficacemente i fattori di rischio individuati, richiedono la valorizzazione di determinate competenze chiave in modo da rendere l’ecosistema-welfare un fattore competitivo e di crescita per il Paese; a supporto di questa analisi è stata realizzata, per la prima volta, la mappatura della “filiera estesa” del sistema di welfare.

Infine, l’ultima sezione del Rapporto contiene l’impianto propositivo del Think Tank “Welfare, Italia” 2024 che si focalizza su tre ambiti prioritari: Long-Term Care, competenze e digitalizzazione.

In Italia, il welfare assorbe 642,7 miliardi di euro di spesa pubblica pari al 58,9% del totale della spesa pubblica

Il welfare italiano, nelle sue quattro componenti (sanità, politiche sociali, previdenza, istruzione), rappresenta nel 2022 la principale voce di spesa pubblica con 642,7 miliardi di Euro ovvero il 58,9% della spesa pubblica, un valore inferiore di 4,3 p.p. rispetto all’anno precedente quando il rapporto era pari al 63,2% e risultando il valore percentuale più basso registrato a partire dal 2009.

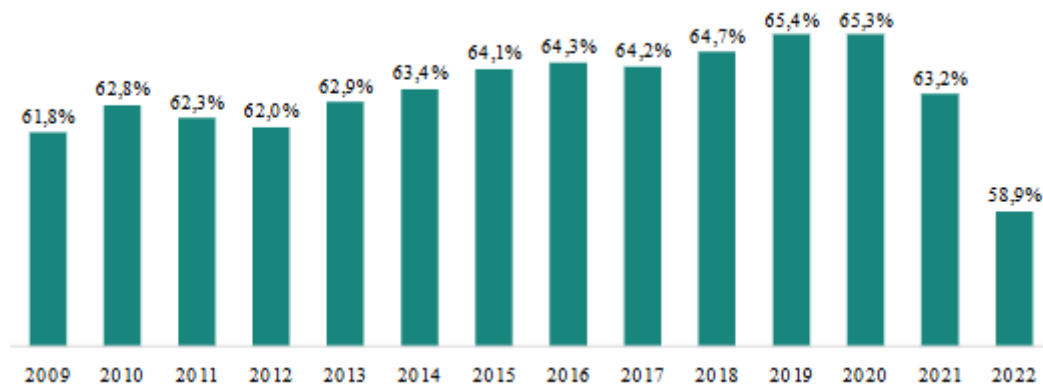


Figura I. Peso della spesa in welfare sul totale della spesa pubblica in Italia (valori percentuali), 2009-2022. Fonte: elaborazione TEHA Group su dati Eurostat, 2024.

Nel 2022 la componente previdenziale assorbe circa la metà delle risorse: il 48,9% della spesa totale. A seguire vi è la spesa sanitaria (21,5%), quella in politiche sociali (17,3%) e in istruzione (12,3%). Rispetto al 2019, anno di riferimento considerato in quanto precedente all'insorgere della pandemia, il peso relativo della previdenza ha subito una variazione al ribasso (-1,9 punti percentuali); si registra, inoltre, uno speculare aumento della spesa in politiche sociali (+1,9 p.p.), mentre per quanto riguarda le restanti voci di spesa, ovvero, sanità e istruzione, si registra un andamento sostanzialmente invariato rispetto al 2019 pari, rispettivamente, al 21,5% e al 12,3% della spesa totale in welfare.

Il confronto europeo conferma lo sbilanciamento della spesa dell'Italia sulla componente previdenziale: l'Italia risulta il primo Paese tra i Big-4 europei per incidenza della spesa in previdenza rispetto al PIL (16,2% rispetto ad una media del 12,3% dell'Eurozona).

Al contrario, l'Italia si colloca ultima sia con riferimento al valore dell'istruzione (che incide solo per il 4,1% del PIL italiano rispetto ad una media dell'Eurozona pari al 4,6%) sia a quello delle politiche sociali (5,7% del PIL italiano, contro una media dell'Eurozona pari al 7,3%)

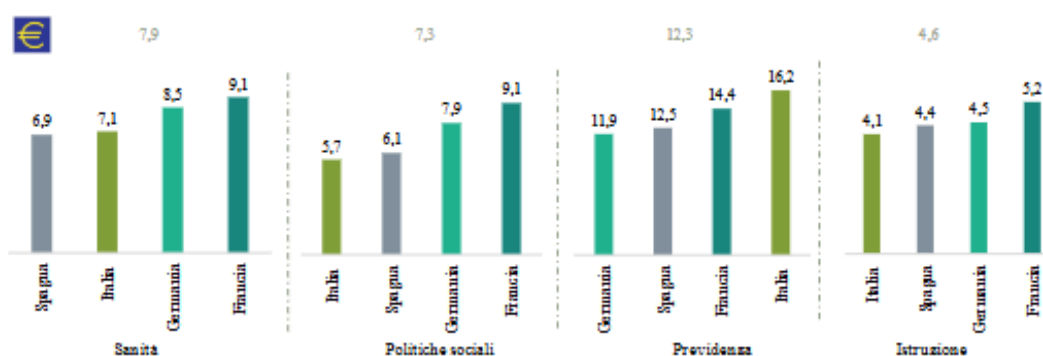


Figura II. Peso della spesa in welfare in Italia e in confronto ai principali Paesi europei nei quattro pilastri (valori in percentuale del PIL), 2022. Fonte: elaborazione TEHA Group su dati Eurostat, 2024.

Nel 2024 prosegue l'incremento generalizzato di tutta la spesa in welfare indotto dalla pandemia

Secondo le stime del Think Tank "Welfare, Italia", nel periodo 2019-2024 la spesa in welfare è in aumento in tutte le sue componenti: politiche sociali +24,8%, previdenza +22,8%, sanità +20,0% e istruzione +14,4%. Nell'ambito delle politiche sociali, per il 2024 le stime contenute nel Documento di Economia e Finanza (DEF) prevedono un aumento del +4,0% rispetto al 2023.

La previsione, nello specifico, tiene conto: dell'incremento delle liquidazioni di fine rapporto (+4,4% rispetto al 2023), delle indennità di malattia, maternità, infortuni, trattamenti di famiglia, assegno di integrazione

salariale e indennità di disoccupazione (+6,5%), delle indennità di invalidità civile, ciechi e sordomuti (+4,0%) e del decremento delle rendite infortunistiche, pensioni di guerra, altri assegni e sussidi (-0,6%).

Relativamente alla spesa previdenziale, nel 2024 è previsto un aumento del +5,8% rispetto al 2023, passando da 319,1 miliardi di Euro a 337,5 miliardi di Euro.

L'aumento nello specifico tiene conto: i) del numero di pensioni di nuova liquidazione, dei tassi di cessazione stimati, della rivalutazione delle pensioni in essere ai prezzi (pari, per l'anno 2024, a 5,4%) e della ricostituzione degli importi delle pensioni in essere.

Le previsioni per l'anno 2024 e successivi tengono anche conto degli interventi contenuti nella legge di Bilancio 2024-2026.

Infine, la spesa sanitaria prevista per il 2024 è pari a 138,8 miliardi di Euro, in aumento del +5,8% rispetto al 2023.

Nello specifico, rispetto al 2023, l'aumento tiene conto: della crescita del +9,7% dei redditi da lavoro dipendente del personale del SSN influenzato dagli oneri correlati al rinnovo contrattuale dei dirigenti degli enti del SSN per il triennio 2019-2021 nonché da quello relativo all'intero personale dipendente per la tornata 2022-2024, dell'incremento di spesa per consumi intermedi del +2,9% (imputabile soprattutto ai prodotti farmaceutici, per i quali si stima una crescita del +7,1%).

Inoltre, è prevista una crescita della spesa per l'assistenza medico-generica (+14%), dovuta essenzialmente agli oneri relativi al rinnovo delle convenzioni per i trienni 2019-2021 e 2022-2024, e infine di un aumento del +5,2% delle prestazioni sociali in natura corrispondenti a beni e servizi prodotti da produttori market (in particolare, l'assistenza farmaceutica convenzionata risulta in crescita del +4,7% e l'assistenza medico-generica in aumento del 14%)

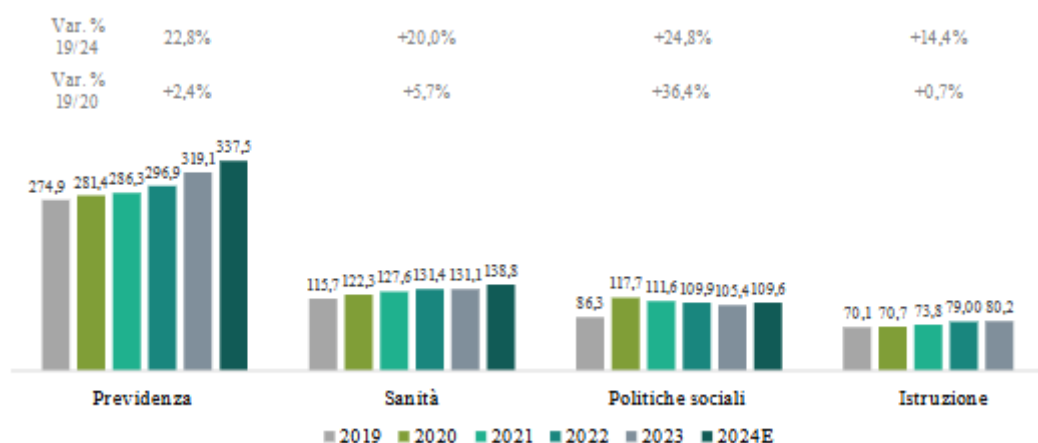


Figura III. Andamento della spesa pubblica di welfare (miliardi di Euro e variazione percentuale), 2019-2024.

Fonte: elaborazione TEHA Group su dati Piano Strutturale di bilancio a medio termine ed Eurostat, 2024.

N.B per la voce istruzione non sono disponibili le previsioni al 2024. Il dato al 2023 rappresenta una previsione calcolata sulla base del tasso di crescita medio annuo composto nel periodo 2011-2022.

Entro il 2030 sarà necessario reperire 176 miliardi di euro addizionali per garantire la sostenibilità del sistema di welfare e del paese

Il sistema di welfare italiano è chiamato a rispondere ai crescenti bisogni di protezione all'interno di un sistema economico con pochi margini di spazio fiscale, in quanto inevitabilmente condizionato da un quadro di finanza pubblica che, seppur in progressivo miglioramento, come evidenziano i dati relativi al 2023 sul rapporto deficit/PIL (pari al - 7,2%, il più alto tra i Paesi dell'UE) e rapporto debito pubblico/PIL (pari al 134,6% del PIL, il 2° valore più alto nell'UE dopo la Grecia), resta uno dei più compromessi a livello europeo.

A complicare ulteriormente il delicato quadro di finanza pubblica con cui deve confrontarsi il Paese vi sono, inoltre, le nuove regole relative alla governance economica europea.

Infatti, la riforma entrata in vigore il 30 aprile 2024 muta profondamente il precedente impianto regolatorio europeo, modificando principalmente i meccanismi di monitoraggio e le modalità di programmazione della politica di bilancio degli Stati.

A questo rinnovato quadro della governance economica europea occorre integrare congiuntamente due elementi: la correzione di bilancio recentemente notificata dalla Commissione europea all'Italia, dal valore di circa 12-14 miliardi di Euro/l'anno per i prossimi sette anni, e le previsioni della spesa in welfare contenute nel Piano strutturale di bilancio di medio termine 2025-2029 per il periodo 2024-2027.

Da queste ultime e dalle stime ricavate proiettando il tasso di crescita medio annuo per il periodo 2028-2030 emerge come, nei prossimi 7 anni, occorrerà reperire fino a 94,8 miliardi di Euro (pari a circa il 15% dell'attuale spesa in welfare) di risorse aggiuntive per garantire la sostenibilità del sistema di welfare; considerando, inoltre, gli effetti derivanti dalla correzione di bilancio citata in precedenza, il complesso delle risorse è stimabile in circa 176 miliardi di Euro.

	2023	2024	2025	2026	2027	2028e	2029e	2030e	Risorse aggiuntive 2025-2030
Spesa previdenziale	319,2	337,5	345,4	356,0	366,5	376,7	387,3	398,1	60,6
Spesa sanitaria	131,1	137,9	141,9	145,0	147,5	150,8	154,3	157,7	19,8
Spesa per politiche sociali	105,3	109,5	110,2	111,5	112,9	114,0	115,1	116,3	6,8
Spesa per istruzione	79,0	80,2	81,4	82,7	83,9	85,2	86,5	87,8	7,6
Totale spesa di welfare	634,6	665,1	678,9	695,1	710,8	726,8	743,1	759,9	94,8
Correzione di bilancio			12,4	12,8	13,2	13,5	13,9	14,2	80,0
Totale									175,8

Figura IV. Proiezione della spesa di welfare nel periodo 2023-2030 (miliardi di Euro).

Fonte: elaborazione TEHA Group su dati Piano strutturale di bilancio di medio termine 2025-2029 e Istat, 2024. N.B Le stime per il periodo 2028-2030 si basano sul tasso di crescita medio annuo ipotizzato dal Piano nel periodo 2024-2027

Nel 2023 prosegue il calo demografico del paese, registrando l'ennesimo minimo storico di nascite, pari a 379 mila unità (-3,6% rispetto al 2022)

Le dinamiche demografiche costituiscono una variabile di primo piano per comprendere i cambiamenti sociali ed economici in atto all'interno della società e per misurare le sfide che il sistema di welfare nel suo complesso è chiamato ad affrontare. La popolazione italiana, in crescita costante dall'inizio del Novecento, dal 2014 ha avviato un percorso di progressiva diminuzione. A testimonianza di ciò, è possibile osservare come il tasso annuo medio di crescita della popolazione del periodo 1900-2014 sia stato positivo e pari allo +0,5%, mentre nel periodo 2014-2023 il valore è negativo e pari a -0,4%.

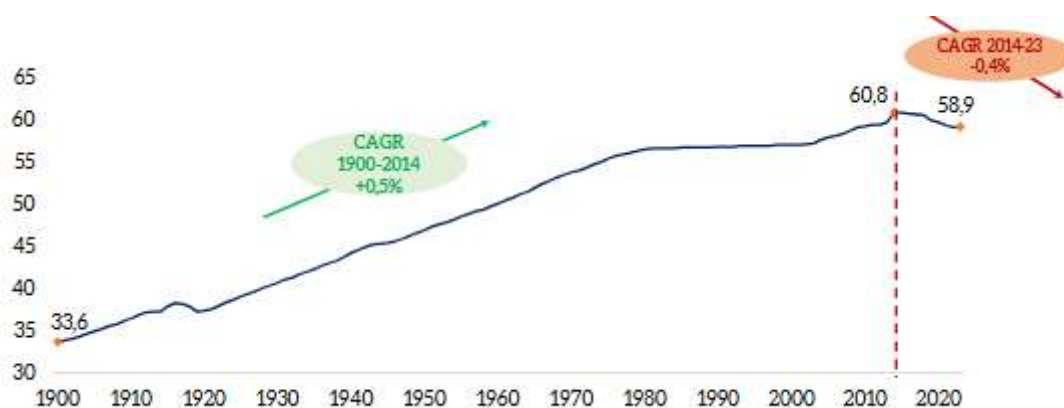


Figura V. Popolazione residente in Italia (milioni), 1900-2023. Fonte: elaborazione TEHA Group su dati Istat, 2024.

Nel 2023 è proseguito il calo demografico del Paese: al 31 dicembre 2023, infatti, in Italia la popolazione residente ammonta a 58,9 milioni di unità, in diminuzione di -7,4mila unità rispetto alla stessa data dell'anno precedente. Il 2023, inoltre, è stato contrassegnato dall'ennesimo minimo storico di nascite: 379mila (-3,6% rispetto al 2022) che, combinati con un numero di decessi pari a 660mila (-8,0% rispetto al 2022), hanno contribuito ad un saldo naturale negativo di 281mila unità.

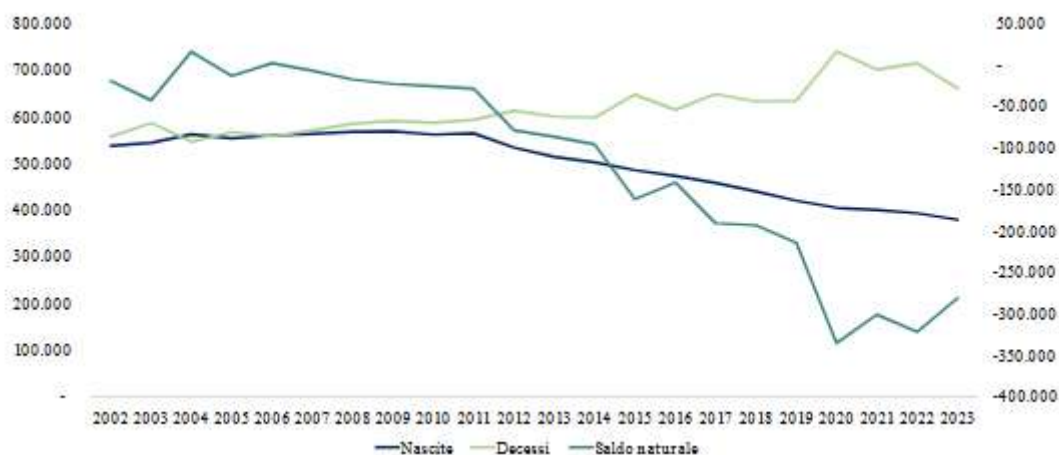


Figura VI. Saldo naturale della popolazione residente in Italia (valori assoluti), 2002-2023.

Fonte: elaborazione TEHA Group su dati Istat, 2024.

A conferma di questo trend demografico negativo, è possibile osservare come il tasso di natalità (ovvero il numero di nati ogni 1.000 abitanti) in Italia nel 2023 risulta pari a 6,4 nascite, un dato in progressiva diminuzione negli ultimi undici anni: tra il 2013 (anno in cui si registrava un tasso di natalità pari a 8,5) e il 2023 in Italia si è registrata una diminuzione di 2,1 nascite ogni 1.000 abitanti. Il rallentamento demografico italiano è ancora più evidente se confrontato all'interno del contesto europeo: l'Italia registra, con riferimento al tasso di natalità, il dato più basso nell'Unione europea, con una distanza di 4,7 nascite dal valore massimo registrato da Cipro (11,1 nascite ogni 1.000 abitanti) e di 1,8 nascite dalla media dell'Unione europea (pari a 8,2 nascite ogni 1.000 abitanti).

Il tessuto socio-economico del paese è caratterizzato da ampi divari sociali e territoriali e una diffusa povertà

In aggiunta alle dinamiche di finanza pubblica e demografiche, il terzo fattore di rischio individuato per la tenuta del sistema di welfare è quello relativo ai divari sociali e nell'accesso ai servizi. In Italia nel 2023 il 22,8% della popolazione risulta a rischio povertà o esclusione sociale.

Si tratta di un valore in diminuzione di 1,6 punti percentuali rispetto al 2022 (24,4%) e inferiore di 1,8 punti percentuali rispetto al valore registrato nell'anno pre-pandemico del 2019 (24,6%).

Tuttavia, il dato italiano si colloca nella Top-10 tra i Paesi con la percentuale di popolazione a rischio povertà ed esclusione sociale più alta in Unione europea e superiore di 1,4 punti percentuali rispetto alla media europea del 21,4%. A livello territoriale, sono soprattutto le regioni del Sud Italia a registrare alcune delle percentuali più alte di persone a rischio povertà ed esclusione sociale in UE

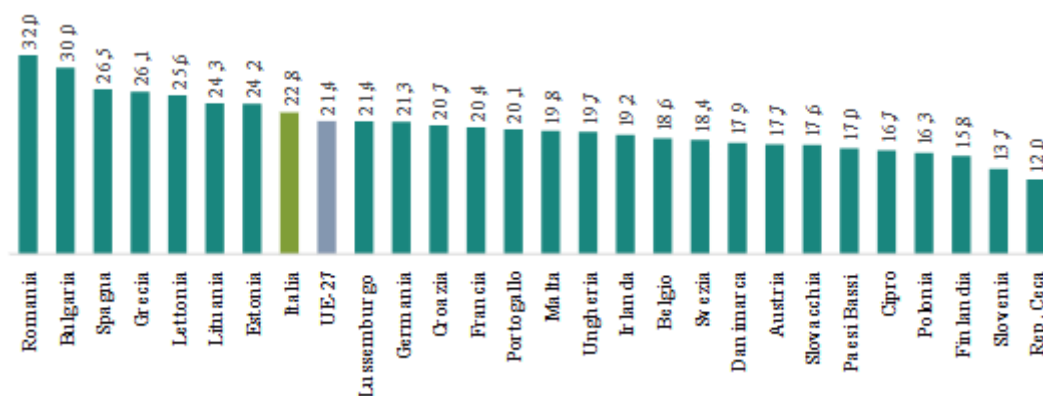


Figura VII. Persone a rischio povertà ed esclusione sociale nei Paesi dell'Unione europea (valori percentuali), 2023.
Fonte: elaborazione TEHA Group su dati Eurostat, 2024.

I divari territoriali, inoltre, si riflettono nell'accesso ai principali servizi di welfare disponibili per i cittadini. Ad esempio, considerando l'indicatore relativo agli anziani trattati in assistenza domiciliare integrata la distanza tra la regione best e worst performer è pari all'84%. In particolare, l'erogazione dell'assistenza domiciliare integrata per gli anziani presenta gravi difficoltà in Calabria, dove il servizio viene garantito a meno dell'1% delle persone over-65 anni.

In aggiunta a ciò, nel 2023 secondo le stime preliminari di Istat, l'incidenza della povertà assoluta¹ in Italia era pari all'8,5% tra le famiglie, in aumento di 0,2 p.p. rispetto al 2022 quando era pari all'8,3%, e al 9,8% tra gli individui, in aumento di 0,1 p.p. rispetto al 2022 quando era pari al 9,7%; in termini assoluti, la quantificazione è pari a 2 milioni 235 mila famiglie e 5 milioni 752 mila individui in stato di povertà assoluta. Nell'arco temporale 2014-2023 l'incidenza della povertà assoluta tra le famiglie è aumentata di 2,3 p.p. passando dal 6,2% all'8,5%, mentre tra gli individui ha registrato un aumento di 2,9 p.p. passando dal 6,9% al 9,8%.

A livello territoriale, l'incidenza della povertà assoluta familiare risulta più bassa nel Centro Italia (6,8%) e nel Nord (8,0%) e più alta nel Sud (10,2%) e nelle Isole (10,3%) del Paese; lo stesso vale per l'incidenza della povertà assoluta individuale: 8% nel Centro, 12,1% nel Sud e nelle Isole.

I divari sociali sono stati acuiti, inoltre, dalle dinamiche inflattive. Infatti, a partire dalla seconda metà del 2021, l'economia italiana, insieme alle principali economie europee, ha sperimentato una dinamica dei prezzi in rapida accelerazione.

Nel 2023 in Italia il tasso di inflazione annuale, misurato tramite l'IPCA, era pari al +5,9%, superiore di 0,5 p.p. rispetto alla media dell'Eurozona (+5,4%) ma in diminuzione di 2,8 p.p. rispetto all'anno precedente (+8,7%). Analizzando più nello specifico la composizione dei beni interessati dalle dinamiche inflattive, ad aver registrato il maggior incremento dei prezzi risultano soprattutto i beni alimentari (+10,2%) e i servizi (+4,5%), mentre in forte decelerazione rispetto al 2022 risulta il prezzo dei beni energetici (+1,1%), i quali, nel corso del 2022, avevano ampiamente sostenuto la corsa dell'inflazione.

Le forti spinte inflattive, seppur in diminuzione rispetto all'anno precedente, hanno determinato una riduzione del potere di acquisto delle famiglie dell'1,8% nel 2022 e dello 0,5% nel 2023.

Il welfare italia index 2024 conferma la divisione tra nord, centro e sud nella capacità di risposta dei sistemi di welfare regionali

Nel Rapporto "Welfare Italia 2020" è stata sottolineata la forte eterogeneità tra i territori del Paese, sia con riferimento al sistema di welfare sia per quanto riguarda gli impatti del COVID-19 e le relative conseguenze redistributive legate a povertà assoluta e disoccupazione.

Tale evidenza è confermata anche all'aggiornamento dell'Osservatorio del sistema di welfare contenuto nelle edizioni successive del Rapporto.

Tali differenze sono, da un lato, espressione di differenze socio-economiche che hanno un carattere profondo e, dall'altro lato, il risultato di una più o meno efficace azione del sistema di welfare nell'affrontarle.

Per portare a sintesi queste considerazioni legate alla diversa capacità di risposta dei sistemi di welfare nelle Regioni del Paese, nel 2020 il Think Tank “Welfare, Italia” ha messo a punto uno strumento di monitoraggio basato su 22 KPI (Key Performance Indicator) che valuta, all’interno di un indicatore sintetico, sia aspetti legati alla spesa in welfare sia aspetti legati ai risultati che questa spesa produce.

In questi termini, l’indicatore sintetico, che prende in considerazione gli ambiti di politiche sociali, sanità, previdenza e formazione, consente di identificare a livello regionale i punti di forza e le aree di criticità in cui è necessario intervenire².

Nel Welfare Italia Index 2024 l’amministrazione territoriale con il punteggio più elevato è la P.A. di Trento (79,7 punti), seguita dall’Emilia Romagna (79,5 punti) e dalla P.A. di Bolzano (78,5 punti).

Dal lato opposto del ranking, si posizionano la Basilicata (59,5 punti), la Campania (58,6 punti) e la Calabria (56,1 punti).

L’edizione 2024, rispetto ai dati 2023, segnala una costante polarizzazione nella capacità di risposta del sistema di welfare delle Regioni italiane. Il divario tra Regione best e worst è infatti pari a 23,6 punti (in aumento di 0,7 rispetto all’edizione precedente).

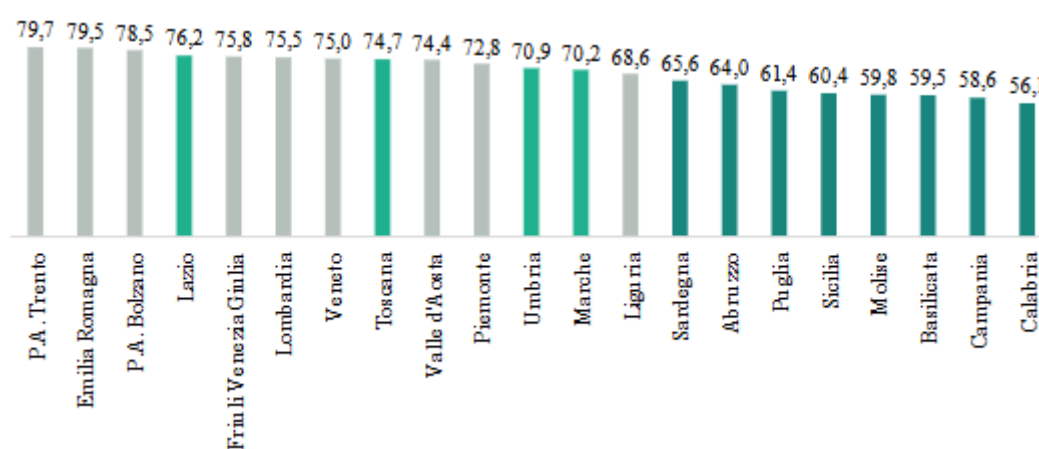


Figura VIII. Classifica del Welfare Italia Index 2024 (valore indice su una scala da 0=min a 100=max). Fonte: elaborazione TEHA Group, 2024.

Il think tank “welfare, italia” ha identificato cinque modalità operative per gestire le dinamiche di finanza pubblica e demografiche e affrontare i divari sociali

Per affrontare e gestire i fattori di rischio per il welfare italiano delineati in precedenza (dinamiche della finanza pubblica, dinamiche demografiche e divari sociali e nell’accesso ai servizi), il Think Tank “Welfare, Italia” ha identificato cinque modalità operative ovvero:

1. L’integrazione delle tecnologie nell’offerta di welfare;
2. La gestione integrata della demografia;
3. Le politiche infrastrutturali;
4. La valorizzazione del ruolo del privato (profit e no profit)
5. Le nuove politiche del lavoro e della formazione. Tali modalità operative sono, inoltre, al centro di rilevanti evoluzioni normative, di seguito sintetizzate.

La prima modalità operativa individuata, ovvero l’integrazione tecnologica nell’offerta di welfare, rappresenta un elemento che può contribuire all’erogazione di servizi nei quattro pilastri del sistema sempre più puntuali, efficaci e personalizzabili in base alle richieste dei cittadini.

In tal senso, è possibile osservare come all’interno dell’ecosistema di welfare italiano in ambito di evoluzione tecnologica si stanno progressivamente ponendo le basi verso una graduale integrazione e valorizzazione dei dati, come dimostrano i due casi rappresentati dal Sistema Informativo di Inclusione sociale e lavorativa (SIISL) ovvero la piattaforma digitale istituita presso il Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali e realizzato dall’INPS volta a favorire l’incontro tra domanda e offerta nel mercato del lavoro italiano, e dall’It Wallet, il primo portafoglio digitale italiano con valore legale che permetterà di gestire i propri dati fiscali, conservare

e utilizzare i documenti digitali e i propri metodi di pagamento in modo semplice e sicuro all'interno dell'App Io, effettuando l'accesso tramite Sistema Pubblico di Identità Digitale (SPID) o Carta di Identità Elettronica (CIE).

La seconda modalità operativa è quella relativa alla gestione integrata della demografia.

Per affrontare i trend demografici particolarmente sfavorevoli per il nostro Paese è infatti necessario adottare un approccio integrato volto a invertire il calo della popolazione e puntare sulla crescita demografica (ovvero sull'aumento del saldo migratorio e naturale) e contestualmente gestire gli impatti dell'invecchiamento (per esempio, promuovendo un invecchiamento attivo e ottimizzando i meccanismi pensionistici).

A tal proposito, in vista della Legge di Bilancio 2025, sono in discussione da parte del Governo italiano due misure a sostegno della famiglia e della genitorialità, ovvero il bonus mamme e l'Assegno unico.

Nello specifico, il bonus mamme, previsto dalla Legge di Bilancio 2024, prevede l'esonero della contribuzione previdenziale (pari al 9,19% della retribuzione), fino a un massimo di 3.000 Euro annui, per le lavoratrici che hanno almeno tre figli; il bonus si applica per tre anni, dal 2024 al 2026 e, per il solo 2024, è esteso in via sperimentale anche alle madri lavoratrici con due figli a carico.

L'Assegno Unico e Universale (AUU) invece rappresenta una misura di sostegno economico assegnata alle famiglie per ogni figlio a carico fino al compimento dei 21 anni di età.

Per quanto riguarda questa misura, gli interventi previsti dal Governo in vista della Legge di Bilancio 2025 intendono favorire coloro che presentano

la dichiarazione ISEE e aumentare il sostegno alle famiglie più fragili e numerose.

La terza modalità operativa individuata riguarda le politiche infrastrutturali, le quali rappresentano un fattore fondamentale per lo sviluppo socio-economico di una comunità.

Investire in infrastrutture e politiche abitative, infatti, non rappresenta solo uno stimolo alla crescita economica e un'occasione di rigenerazione urbana in ottica sostenibile, ma contribuisce anche al miglioramento della qualità della vita e all'inclusione sociale dei cittadini.

La quarta modalità operativa individuata riguarda la valorizzazione del ruolo del privato nell'offerta dei servizi di welfare.

A tal proposito, la previdenza complementare rimane oggi ancora poco diffusa, essendo adottata dal 36,2% dei lavoratori (vs. 84% di Germania e 93% nei Paesi Bassi) e presenta ampi divari territoriali (basti pensare che la Regione best performer, ovvero il Trentino-Alto Adige, presenta un tasso di partecipazione del 63%, 35 punti percentuali in più rispetto al worst performer rappresentato dalla Campania) e di genere (il tasso di partecipazione delle donne è pari al 30,9% contro il 37,5% degli uomini).

Inoltre, in Italia, la spesa sanitaria intermediata presenta ancora ampi margini di crescita, pesando solo per l'11,2% del totale (vs il 41,3% della Francia, il 37,8% dei Paesi Bassi, il 26,1% della Spagna e il 18,4% della Germania).

Il quinto ed ultimo elemento delle modalità operative individuato è quello relativo alle nuove politiche del lavoro e della formazione. Appare evidente, infatti, come alla luce dei rapidi mutamenti indotti dall'evoluzione tecnologica, le organizzazioni (pubbliche e private) devono necessariamente ripensare i modelli formativi e le politiche del lavoro per rendere i profili dei lavoratori in linea con le esigenze del mercato del lavoro. A tal proposito, sono da ricordare due recenti novità, ovvero l'Assegno di Inclusione e il Supporto per la formazione e il lavoro.

La filiera del welfare italiano è composta da oltre 425mila enti e oltre 4,3 milioni di lavoratori per un valore della produzione che supera i €200 miliardi

Nella presente edizione, il Think Tank "Welfare, Italia", ha identificato, in modo originale, l'"ecosistema-welfare" del Paese, qualificandone la struttura e i numeri chiave. Tale attività ha previsto l'identificazione della filiera sottostante a ciascun pilastro del welfare.

Si tratta, in altre parole, degli organismi chiave nell'erogazione di servizi e prestazioni legate alla sanità, alle politiche sociali, alla previdenza e all'istruzione, come sintetizzati in Figura IX:

Sanità	Politiche sociali	Previdenza	Istruzione
<ul style="list-style-type: none"> • Case di cura • Assistenza domiciliare • Ospedali • Farmaceutica • Cliniche e ambulatori • Centri di ricerca e sviluppo • Produzione di dispositivi medici e macchinari 	<ul style="list-style-type: none"> • Agenzie per l'impiego • Centri di formazione professionale e reinserimento lavorativo • Edilizia residenziale pubblica • Servizi sociali e centri di assistenza 	<ul style="list-style-type: none"> • Sistemi di previdenza pubblica • Fondi previdenziali integrativi • Gestori di <i>welfare</i> aziendale 	<ul style="list-style-type: none"> • Scuole dell'infanzia, primarie e secondarie • Università e istituti di istruzione superiore • Centri di formazione professionale e continua • Ricerca accademica • Servizi educativi integrativi (doposcuola, tutoraggio, orientamento, ecc.)

Figura IX. Rappresentazione degli organismi della filiera del welfare (illustrativa).

Fonte: TEHA Group, 2024.

Ampliando la prospettiva in ottica di “filiera allargata”, questi enti si inseriscono all’interno di un sistema sostenuto da una pluralità di attori: gli enti che regolano, ovvero ministeri e amministrazioni centrali e locali; gli enti che gestiscono ed erogano risorse, rappresentati da istituti assicurativi e bancari, nonché da casse, associazioni e fondi; le strutture che erogano servizi, come strutture ospedaliere, case di comunità, istituti educativi e formativi, e agenzie per il lavoro; infine, i professionisti che erogano prestazioni, tra cui i professionisti sanitari, il corpo docenti, gli assistenti sociali, i dipendenti delle pubbliche amministrazioni e delle imprese.

Il passaggio successivo all’identificazione degli enti pubblici e privati appartenenti ai diversi livelli della filiera è stata l’identificazione delle attività economiche corrispondenti, anche attraverso l’associazione a 97 codici ATECO a 6 cifre, l’analisi della documentazione pubblica relativa ai principali enti e organismi attivi nei settori del welfare e, infine, la qualificazione dei numeri chiave della «filiera allargata» in termini di enti pubblici e privati, risultati economici e occupazionali.

Nella Figura X sono rappresentati i numeri chiave dell’“ecosistema-welfare” dell’Italia derivanti dal modello sviluppato dal Think Tank “Welfare, Italia”.

Nella parte superiore si collocano gli enti che gestiscono ed erogano risorse, rappresentati da 759 investitori istituzioni, per 966 miliardi di Euro di patrimonio gestito e 46 miliardi di Euro di investimenti in economia reale.

Al livello sottostante agiscono quegli enti coinvolti direttamente (primo livello) o indirettamente (secondo livello) nell’erogazione di servizi; si tratta, nel complesso, di 425mila enti pubblici e privati (profit e no profit). L’erogazione di queste prestazioni è assicurata dall’apporto di 4,3 milioni di lavoratori, a cui si sommano gli oltre 4,6 milioni di persone che forniscono attività volontaristica nell’ambito del Terzo Settore.

Infine, l’impatto generato dalle attività svolte da questi enti e professionisti è quantificabile in 206 miliardi di Euro in termini di valore della produzione.

Enti che gestiscono e/o erogano risorse		769 investitori istituzionali	€968mld patrimonio gestito	€46mld investimenti in economia reale
Primo livello	Strutture che erogano servizi	995 ospedali (pubblici e privati) 8.778 strutture di specialistica ambulatoriale 18.261 case di cura e strutture di assistenza residenziale e semiresidenziale 1.164 strutture di riabilitazione 63 IRCCS 760 centri per l'impiego (CPI) e 677 agenzie per il lavoro 104 provider di welfare aziendale 21.768 istituti pubblici e privati di istruzione di I, II, III grado e servizi per l'infanzia 360mila enti del Terzo Settore	Professionisti coinvolti	>800.000 professionisti sanitari (pubblici e privati) 682mila assistenti sociali 70mila dipendenti di assicurazioni e fondi 64mila addetti di CPI e agenzie del lavoro 1,4 mln personale docente e non docente degli istituti pubblici e privati 4,6mln volontari e 894mila dipendenti del Terzo Settore 43mila lavoratori in ministeri e agenzie 49mila dipendenti negli enti locali*
	Secondo livello	4.449 aziende nell'industria farmaceutica e dei dispositivi medici 8.662 aziende di formazione e supporto all'istruzione	186.937 occupati nell'industria farmaceutica e dei dispositivi medici 38mila occupanti negli enti di formazione e supporto all'istruzione	Impatto generato
				€34mld val. della prod. della sanità e assist. res. e semires. €8mld val. della prod. dell'assistenza sociale (non res.) €17mld valore della prod. delle agenzie per il lavoro €2mld valore della prod. degli enti di istruzione €84mld valore della produzione del Terzo Settore €66 mld di valore della prod. farmaceutica e di dispositivi medici €6mld valore della prod. degli enti di formazione

Figura X. I numeri chiave della filiera estesa del welfare italiano, 2024 o ultimo anno disponibile.

Fonte: elaborazioni TEHA Group su dati Meridiano Sanità, Istat, Itinerari Previdenziali, Fondazione Sussidiarietà, Ministero dell'università e della ricerca, Ministero dell'Istruzione e del Merito, ANPAL e AIDA, 2024

Per rendere l'«ecosistema-welfare» un fattore di crescita socio-economica del paese è fondamentale valorizzare le competenze

Un ruolo chiave all'interno della filiera è svolto dalle professioni di welfare che, tuttavia, già oggi registrano importanti deficit nella forza lavoro coinvolta rispetto a quella necessaria.

Nel complesso, considerando le professioni di welfare, l'Italia è chiamata a reclutare tra 250mila e 440mila infermieri, medici e docenti per allinearsi ai benchmark e da formare alla luce delle dinamiche demografiche e dell'evoluzione tecnologica e digitale.

Oltre alle dinamiche demografiche, il potenziamento della componente tecnologica e digitale avrà un importante effetto evolutivo sulle professioni di welfare (basti pensare alle figure medico-infermieristiche di telemedicina, il chirurgo di robotica medica e l'educatore digitale, fino al data analyst e all'ingegnere di piattaforme digitale).

Quello delle competenze rappresenta un tema cruciale per lo sviluppo e la sostenibilità del sistema di welfare: in maniera diretta, per le professioni coinvolte nell'erogazione di prestazioni e servizi; in maniera indiretta, poiché il capitale umano costituisce un fattore fondamentale per generare crescita economica e occupazionale e, quindi, per sostenere il welfare nel suo complesso (per esempio, attraverso l'aumento delle entrate contributive e la diminuzione della domanda di assistenza sociale).

Da questo punto di vista, tuttavia, sono ancora diversi i gap che il Paese è chiamato a colmare.

Con riferimento, per esempio, all'inclusione formativa, nel 2023 il 10,5% dei giovani italiani tra 18 e 24 anni ha ottenuto al massimo la licenza media e non ha seguito percorsi formativi di livello superiore (5° valore più alto in UE e superiore di 1 p.p. rispetto alla media europea)³.

Per quanto riguarda invece la disponibilità di competenze avanzate, necessarie per assicurare innovazione e competitività, nel 2023 solo il 19,2% della popolazione italiana nella fascia 15-64 anni deteneva un titolo di studio terziario, il 2° valore più basso nell'Unione europea e inferiore di 11,7 punti percentuali rispetto alla media europea.

Non da ultimo, occorre affrontare gli impatti dello skills mismatch (ovvero del disallineamento tra le competenze offerte dai lavoratori e quelle richieste dalle imprese): in media, infatti, il 45% delle entrate di lavoratori previste dalle imprese sono di difficile reperimento (quantificabili in 2,5 milioni di lavoratori) e il costo dello skill mismatch per il Paese ammonta a 43,9 miliardi di Euro⁴.

Queste esigenze si collocano in un contesto in cui, già oggi, il danno economico per i giovani formati in Italia che decidono di emigrare all'estero è pari a 4,2 miliardi di Euro.

Nel 2022, infatti, sono stati oltre 30mila i laureati italiani emigrati all'estero (tra il 2013 e il 2022 il valore totale è di quasi 260mila, superiore alla popolazione del Comune di Verona), che considerando un costo medio per la formazione che può attestarsi in media a 139mila Euro, portano a una perdita complessiva per il sistema Paese pari a circa un quinto della manovra finanziaria del 2023.

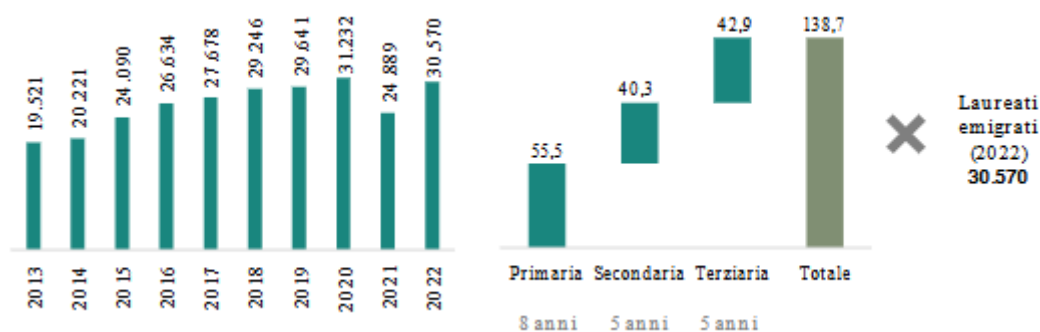


Figura XI. Destra: Costo per la formazione di uno studente per tipo di formazione (migliaia di Euro), 2022. Sinistra: Laureati italiani emigrati all'estero (numero), 2013-2022
Fonte: elaborazioni. TEHA Group su dati Istat, 2024

L'impianto proposto del think tank "Welfare, Italia" 2024 si focalizza su tre ambiti principali, ovvero long-term care, competenze e digitalizzazione

Alla luce dello scenario di riferimento delineato, il Think Tank "Welfare Italia" ha inteso porre l'attenzione su quali siano le opportunità del sistema per rendere il welfare universale, a tutti accessibile senza aumentarne i costi.

A tal fine non si può prescindere dalla valorizzazione della componente privata nell'erogazione dei servizi di welfare.

Parallelamente si sviluppano tre specifici ambiti d'azione su cui si dovrebbe agire per rendere "l'ecosistema di welfare" un fattore competitivo per l'intero sistema-Paese.

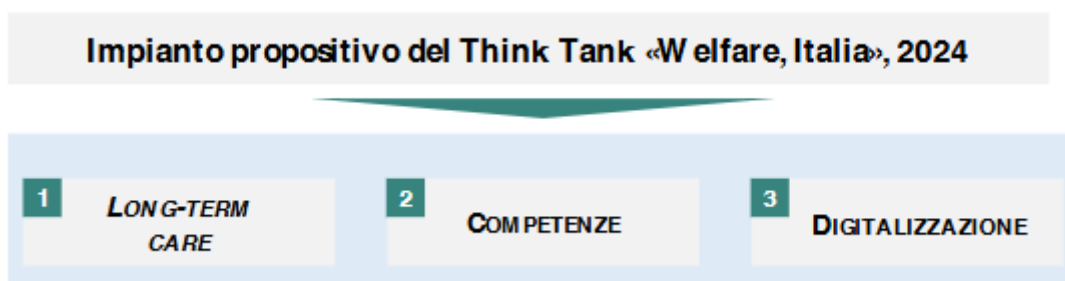


Figura XII. Gli ambiti d'azione del Think Tank "Welfare, Italia" per l'edizione 2024.

Fonte: elaborazione TEHA Group, 2024

I. Promuovere il contributo della Long-Term Care

La proposta del Think Tank "Welfare, Italia" con riferimento alla Long-Term Care è quella di introdurre una normativa nell'ambito della Long-Term Care, che la renda di tipo mutualistico collegata ai Fondi pensione o anche ai fondi di sanità integrativa attraverso tre elementi specifici:

- L'introduzione di una polizza di base obbligatoria di LTC;
- La previsione di agevolazioni più ampie di quelle attualmente riconosciute ai fini IRPEF a chi stipula un contratto di assicurazione LTC (al momento limitate al 19% dei premi sostenuti nei limiti di 1.291,14 Euro annui);
- L'introduzione di schemi di incentivazione per le imprese che contribuiscono alla diffusione dello strumento.

II. Lanciare un piano di sviluppo delle competenze del welfare

Il Think Tank "Welfare, Italia" propone di realizzare un Piano strategico di sviluppo delle competenze del welfare, coinvolgendo le istituzioni nazionali ed internazionali oltre che i diversi stakeholder provenienti dal

mondo delle imprese e della società civile, che focalizzi il cambiamento indotto dall'evoluzione demografica e tecnologica e includa:

- L'analisi dei fabbisogni attuali e prospettici delle professioni legate al welfare, anche grazie all'evoluzione demografica e tecnologica;
- L'identificazione dei percorsi formativi necessari per le nuove competenze, coinvolgendo sia le istituzioni educative pubbliche (scuole superiori, ITS, università, ecc.) sia l'offerta dei soggetti formativi privati (centri di formazione, ecc.);
- L'introduzione di specifici schemi di incentivazione, sul modello dei conti individuali di apprendimento (*individual learning account*, ILa5) che incentivino l'accesso dei cittadini a programmi di formazione, con particolare riguardo a quelli certificati, nonché su innovativi modelli di finanziamento (sull'esempio di condivisione del debito di Sure6).

III. Creare un punto di accesso unico digitale per i servizi di welfare come obiettivo di digitalizzazione del Paese

In materia di digitalizzazione, il Think Tank "Welfare, Italia" propone la creazione di un punto di accesso unico digitale per i servizi di welfare – integrato nell'attuale ecosistema di servizi e piattaforme pubbliche digitali (App IO, It Wallet, ecc.) – che consenta ai cittadini di consultare attivamente tutti i servizi di welfare:

- Nell'ambito della formazione (es. Consultazione del «libretto» relativo ai diversi cicli di istruzione e alle competenze acquisite, accesso ai crediti per la formazione, certificazioni, borse di studio e voucher, ecc.);
 - In ambito sanitario (es. Prenotazioni per prestazioni e servizi di telemedicina, consultazione del libretto vaccinale, integrazione di patologie e prestazioni previste sul fascicolo sanitario, ecc.);
 - Nell'ambito delle politiche sociali (es. Richieste di ammortizzatori sociali, sostegno al reddito, ecc.);
 - Nell'ambito della previdenza (es. Consultazione della posizione previdenziale pubblica, consultazione e modifica della posizione privata, ecc.).
- In aggiunta a questi tre macro-ambiti verticali il think tank "welfare, italia", intende portare avanti il dibattito anche sulle seguenti proposte:
- Promuovere il ruolo fondamentale svolto dalla prevenzione come opportunità di promuovere la sostenibilità economica generale del SSN tramite l'adozione di una strategia coordinata di interventi di prevenzione primaria e secondaria e specifiche linee guida;
 - Valorizzare il ruolo del privato nell'offerta dei servizi di sanità, definendo il perimetro delle prestazioni sanitarie integrative (la cui disciplina oggi è meno sviluppata rispetto ai sistemi integrativi di tipo previdenziale) e ampliando la platea di potenziali beneficiari tramite l'incremento del limite di deducibilità di 3.615 euro e il superamento della ripartizione in fondi di tipo A e B7, anche per lavoratori non-dipendenti, prevedendo un'unica categoria;
 - Valorizzare il ruolo della previdenza complementare, introducendo strumenti adeguati in modo da assicurare una più ampia flessibilità della previdenza complementare, come la "portabilità" da un anno all'altro dell'ammontare di deducibilità fiscale non utilizzato, la possibilità di ottenere anticipazioni straordinarie sulla prestazione a prescindere dall'anzianità di iscrizione, al verificarsi di particolari circostanze, e la possibilità del trasferimento ai propri figli della posizione maturata dal titolare alla pensione;
 - Definire un disegno organico volto a invertire il trend demografico che tenga conto della spiccata multidimensionalità del fenomeno demografico, allineandosi alle migliori best practice europee per quanto riguarda le politiche familiari, la conciliazione vita-lavoro e l'immigrazione, e lanciare una strategia nazionale di gestione attiva dell'invecchiamento che miri a rendere l'ageing society del Paese un'opportunità di sviluppo economico e di inclusione sociale.

Fondi di tipo A: fondi sanitari integrativi del Servizio sanitario nazionale che erogano esclusivamente prestazioni sanitarie non comprese nei livelli essenziali di assistenza (LEA).

Fondi di tipo B: enti, casse e società di mutuo soccorso che erogano prestazioni extra LEA, ma anche le prestazioni LEA previste nei loro.



IL FILO CONDUTTORE DEL THINK TANK È IL NUOVO RAPPORTO PUBBLICO-PRIVATO ALL'INTERNO DI UN "WELFARE NEW DEAL"



quotidianosanità.it

Servizi sociali. La spesa dei Comuni varia dai 37 euro pro capite della Calabria ai 429 euro del Trentino-Alto Adige

In generale tutte le regioni del Mezzogiorno si trovano a fondo classifica con dati medi inferiori ai 100 euro pro capite di spesa dei comuni per servizi sociali; l'unica eccezione è rappresentata dalla Sardegna che, con 279 euro di uscite per cittadino, è terza a livello nazionale. Questo quanto emerge dal Rapporto "Salute e Territorio. I servizi socio-sanitari dei Comuni italiani", elaborato da Ifel Fondazione Anci e Federsanità.

21 NOV -

Secondo i recenti dati Istat pubblicati a maggio 2024, la spesa dei Comuni per i servizi sociali continua ad aumentare nel 2021 per proseguire a fronteggiare i nuovi bisogni assistenziali derivanti dall'emergenza sanitaria esplosa con il Covid-19 e della conseguente crisi economica e sociale.

Di fatto i Comuni sono responsabili degli interventi e dell'offerta di servizi socio-assistenziali destinati ai propri cittadini e nel 2021 la loro spesa per tale funzione raggiunge gli 8,38 miliardi di euro, pari allo 0,46% del PIL, il 6,7% in più rispetto al 2020. In confronto con il 2013, quando la spesa complessiva era pari a 6,86 miliardi di euro, il dato ha subito una variazione positiva pari al 22%.

Restano strutturate le disuguaglianze territoriali: il Nord sempre al di sopra del resto del Paese, un Centro che insegue ed un mezzogiorno perennemente in affanno, con valori mai superiori agli 80 euro pro capite, ad eccezione dell'ultimo biennio.

In particolare, scendendo a livello regionale, si riscontrano dati eterogenei rispetto alla spesa dei Comuni per i servizi sociali: dai 37 euro pro capite della Calabria ai 429 euro per abitante del Trentino-Alto Adige.

In generale tutte le regioni del Mezzogiorno si trovano a fondo classifica con dati medi inferiori ai 100 euro pro capite di spesa dei comuni per servizi sociali; l'unica eccezione è rappresentata dalla Sardegna che, con 279 euro di uscite per cittadino, è terza a livello nazionale.

Questo quanto emerso dalla terza edizione del Rapporto “Salute e Territorio. I servizi socio-sanitari dei Comuni italiani”, elaborato da Ifel Fondazione Anci e Federsanità, presentato oggi a Torino nell’ambito dei lavori dell’Assemblea Nazionale Anci.

Il rapporto indaga il complesso rapporto tra salute, sanità e territorio a oltre metà percorso dell’attuazione del PNRR, con riferimenti specifici sullo stato di avanzamento dei progetti della Missione 5 “Inclusione e coesione” e della Missione 6 “Salute”.

“Questo Rapporto, giunto alla sua terza edizione, è un modo per provare a mettere in fila una serie di fenomeni sociali, ambientali e sanitari che osserviamo nelle loro rappresentazioni quotidiane e nei tentativi che vengono introdotti per trovare soluzioni. Ma è necessario partire da un monitoraggio costante e da un’analisi congiunta della evoluzione della domanda, individuando l’intreccio di esigenze sociali e sanitarie – ha dichiarato **Alessandro Canelli**, Presidente IFEL e Sindaco di Novara - definendo moduli di collaborazione istituzionali e organizzativi con una particolare attenzione alla prevenzione, alla medicina territoriale e all’uso delle nuove tecnologie per garantire servizi anche nelle aree più interne del Paese”.

“Questa edizione del Rapporto IFEL-Federsanità – ha sottolineato **Fabrizio d’Alba** presidente Nazionale di Federsanità e Dg dell’AOU Policlinico Umberto I di Roma - ci aiuta a scattare una fotografia di come il territorio stia cambiando, ma è necessario porre in discussione una volta per tutte le logiche prestazionali, ripensare i modelli di presa in cura e puntare con decisione sulla medicina di iniziativa, sulla integrazione dei percorsi e sulla appropriatezza. Bisogna uscire dalla logica che vede nel pronto soccorso e nell’ospedale l’unico “rifugio” per ottenere una prestazione. L’obiettivo è creare un sistema sanitario e socio sanitario più efficiente ed equo, capace di rispondere in modo diffuso e capillare in termini di prossimità alla richiesta di cura, assistenza e presa in carico”.

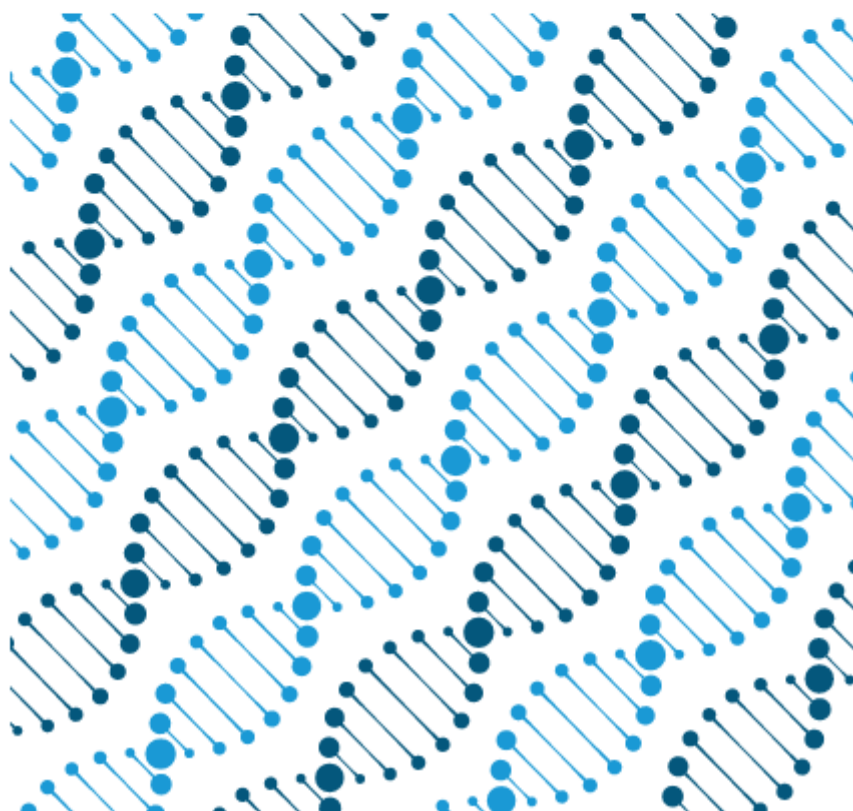
Per studiare e trovare soluzioni congiunte e condivise la Fondazione IFEL sta avviando con Federsanità una fattiva collaborazione per promuovere know-how e sviluppo delle rispettive competenze finalizzate all’innovazione dei processi assistenziali complessi. Siglato, infatti, a Torino un protocollo di intesa, presente in platea il Ministro alla Salute Orazio Schillaci, ha che avvia un percorso per i prossimi anni dedicato al rapporto tra salute e territorio che metta a confronto il mondo delle autonomie locali e quello della sanità per definire uno scenario futuro, sia in termini di evoluzione della domanda di salute, che di offerta di politiche e servizi alla luce dei mutamenti in atto.

Il Ministro nel suo messaggio che “l’integrazione socio-sanitaria è oggi una priorità, necessaria non solo per rispondere ai bisogni di una popolazione sempre più anziana e affetta da malattie croniche, ma anche per affrontare nuove forme di disagio, come quelle legate alla salute mentale e alle dipendenze. A tal fine, con le risorse del PNRR stiamo rafforzando l’assistenza territoriale, in particolare attraverso le Case di Comunità, per una presa in carico totale e multidimensionale dei cittadini che guarda ai bisogni non solo sanitari ma anche sociali

https://www.quotidianosanita.it/studi-e-analisi/articolo.php?articolo_id=125941

Salute e territorio

I SERVIZI SOCIO-SANITARI DEI COMUNI ITALIANI
RAPPORTO 2025



Tossicodipendenze. Più richieste ai Ser.D, ma personale in calo del 6% in 5 anni. Eroina e cocaina le sostanze più utilizzate. Il Rapporto

Publicato dal Ministero della Salute il nuovo report che fotografa la situazione. Stabili i servizi, se infatti nel 2018 risultavano operanti in Italia 561 Servizi pubblici per le Dipendenze (Ser.D) il numero è stabile rispetto ai 570 del 2023. Diverso il discorso del personale: la dotazione complessiva del personale dipendente all'interno dei Serd.D era nel 2018 pari a 6.223 unità, contro le 5.843 unità del 2023. Aumentano invece gli assistiti e le persone che sono entrate in contatto.

08 NOV -

Meno personale per trattare le dipendenze da sostanze stupefacenti, più persone che richiedono questi servizi di supporto. E' il quadro sintetico che emerge da un confronto fra il rapporto Tossicodipendenze del ministero della Salute 2018 e quello del [2023](#), appena pubblicato.

Se infatti nel [report 2018](#) risultavano operanti in Italia 561 Servizi pubblici per le Dipendenze (Ser.D), numero stabile rispetto ai 570 del 2023, la dotazione complessiva del personale dipendente all'interno dei Serd.D era, al 31/12/2017, pari a **6.223 unità**, contro le **5.843** unità del 2023. Un calo di circa il 6%. In parallelo, al 2018 i servizi in Italia avevano assistito complessivamente **127.977** soggetti dipendenti da sostanze (su un totale di 181.324 contatti), mentre nel gli utenti sono saliti a **132.195** soggetti dipendenti da sostanze (su un totale di 252.401 contatti), un aumento di circa il 3%.

Nell'ultimo report tra le figure professionali gli infermieri rappresentano il 32,5% del totale (6.264 unità), seguiti dai medici (19,8%), dagli psicologi (14,6%), dagli assistenti sociali (13,6%), dagli educatori professionali (10,6%) e dagli OTA/OSS con il 2,3. Fra gli utilizzatori dei servizi, 17.243 risultano nuovi utenti (13%) e 114.952 soggetti già in carico o rientrati dagli anni precedenti (87%). Circa l'85% dei pazienti totali sono di genere maschile (con un rapporto di 1 femmina ogni 6 maschi), anche nei nuovi e nei vecchi utenti distintamente. I pazienti in trattamento sono prevalentemente di nazionalità italiana (90,9%), soprattutto le femmine (94,5%). La maggior parte degli stranieri proviene dal continente africano (3,7%) e da altri paesi europei (2,6%). Per gli utenti totali le classi di età più frequenti sono quelle comprese tra i 35 e i 54 anni (classe modale 45-49 anni). Nei nuovi utenti le età più rappresentate sono quelle tra i 20 e i 44 anni (classe modale 30-34 anni). Anche l'analisi dell'età media conferma che i nuovi utenti risultano più giovani con un'età media di 33,7 anni rispetto ai 43,8 degli utenti già in carico o rientrati.

Relativamente allo stato civile, i nuovi utenti, rispetto agli utenti già in carico, presentano valori più bassi nella percentuale di celibi/nubili (55,0% vs 59,1%) e nella percentuale di coniugati (10,5% vs 14,0%). In riferimento alla condizione abitativa (con chi vivono) la maggior parte degli utenti maschi vive con la famiglia di origine (27,0%) mentre le femmine abitano soprattutto con il proprio partner e i figli (26,6%). La quota di coloro che vivono da soli è relativamente bassa (11%). Coloro che hanno figli vivono con loro in circa il 46,2% dei casi. Per quanto riguarda il luogo dove l'utente vive, il 60,9% ha una fissa dimora (52,3% nei nuovi utenti; 62,27% negli utenti già in carico); per il 29,7% degli utenti totali il dato è non noto o non rilevato. Il 72,1% degli utenti presenta un livello di istruzione secondario. I vecchi utenti possiedono, rispetto ai nuovi utenti, relativamente di più titoli di studio elementare e secondario ma hanno anche una percentuale più bassa di "non noto/non rilevato". Il 31,5% delle persone già in carico e il 26,1% dei nuovi utenti dichiara di avere una occupazione stabile e, rispettivamente, il 9,5% e il 7,4% una occupazione saltuaria. Le persone disoccupate sono il 29,6% negli utenti già in carico e il 24,8% nei nuovi utenti. A livello nazionale, ogni utente ha ricevuto mediamente 18 prestazioni di tipo sanitario, 177 prestazioni farmacologiche, 12 prestazioni psicosociali. L'80,6% dei pazienti ha avuto prestazioni di tipo medico-infermieristico, il 73,0% ha avuto interventi psicosociali, il 55,7% è stato sottoposto a trattamenti farmacologici. A livello nazionale, il 66,3% degli utenti è sottoposto ad almeno 3 tipologie di prestazioni diverse.

Il 60,2% dell'utenza in trattamento per droga è in carico ai servizi per uso primario di **oppiacei**; tale percentuale scende al 21,7% tra i nuovi utenti, mentre tra le persone già in carico o rientrate arriva al 66,0%. L'**eroina**, rimane la sostanza primaria più usata dall'insieme degli utenti in trattamento; tuttavia la proporzione di persone sul totale dei trattati che la scelgono come sostanza di elezione, diminuisce tendenzialmente nel corso degli anni. Tra nuovi utenti la **cocaina** risulta sostanza primaria d'abuso nel 44,6%

dei casi, mentre per gli utenti già noti tale dato è pari al 23,2% (26,0% nei pazienti totali). Nel tempo è aumentata la proporzione di persone che richiedono un trattamento per uso di cocaina. L'accesso ai servizi per uso primario di **cannabis** riguarda circa il 30,1% dei nuovi utenti e il 9,3% dei pazienti già in carico ai servizi dagli anni precedenti (12,0% dei pazienti totali). Per la cannabis negli anni più recenti si osservano valori tendenzialmente decrescenti per i nuovi utenti e un nuovo aumento per il 2023. Analizzando gli andamenti temporali (anni 2014-2023) delle età medie al trattamento in corso degli utenti per le principali sostanze d'uso primario si nota per gli oppiacei e la cocaina un tendenziale aumento in entrambi i sessi. Se si considera l'età al primo uso e l'età al primo trattamento si osserva nell'ultimo periodo un andamento stabile per le sostanze considerate.

Il dato sulla modalità di accesso ai servizi mostra che i pazienti già conosciuti richiedono il trattamento prevalentemente in modo autonomo o attraverso familiari e amici (66,7% dei casi) mentre i nuovi utenti giungono in maniera differenziata: il 42,3% per accesso diretto o su richiesta dei familiari/amici, l'8,9% per invio dell'autorità giudiziaria, per invio da altri servizi per le dipendenze (7,8%) o da altri servizi sanitari (9,1%). Si osserva, per entrambi i sessi, che all'aumentare dell'età si arriva al servizio sempre più tramite un accesso volontario mentre diminuisce la percentuale di coloro che vengono inviati dall'autorità giudiziaria e di coloro che usano un "altro" canale di accesso. L'analisi dei dati sulla modalità di assunzione della sostanza di uso primario mostra che i pazienti già in carico utilizzano la sostanza prevalentemente per via iniettiva (29,1%) o fumata/inalata (38,0%). Nei nuovi utenti il 53,6% fuma o inala la sostanza mentre la percentuale di coloro che usano la via iniettiva scende al 4,9%. In entrambe le categorie di utenti una quota assume la sostanza sniffandola (nuovi 22,8%; già in carico 14,8%).

Tra i nuovi utenti l'uso per via iniettiva è dichiarato dal 22,3% degli eroinomani e dallo 0,9% dei cocainomani, mentre tra gli utenti già noti ai servizi tale modalità di assunzione interessa il 44,3% degli eroinomani ed il 3,0% dei cocainomani. Facendo riferimento alla modalità di assunzione "fumata/inalata" risulta che nei nuovi utenti vi si ricorre per l'eroina nel 42,4% dei casi e per la cocaina nel 39,1% dei casi, mentre negli utenti già in carico tale modalità viene utilizzata maggiormente dai cocainomani (39,9% vs 30,9%). Infine la sostanza viene sniffata soprattutto dagli assuntori di cocaina, sia nuovi (47,9%) che già in carico (44,6%).

Per quanto riguarda la frequenza di assunzione, pur se il dato è influenzato da una elevata quota di informazioni mancanti, si osserva che più del 30% degli utenti, sia nuovi che già in carico, usa la sostanza primaria quotidianamente. Limitando l'osservazione ai soli utenti per i quali è stata rilevata la frequenza di assunzione della sostanza di uso primario e analizzando singolarmente le sostanze più utilizzate (oppiacei, cocaina, cannabis) risulta che gli oppiacei vengono assunti quotidianamente dal 52,4% dei nuovi utenti e dal 46,3% degli utenti già in carico; la cocaina viene assunta frequentemente, oltre che quotidianamente (27,6% utenti totali), anche 2-3 volte a settimana (27,8%); per la cannabis, il 40-41% dei pazienti (nuovi e utenti già in carico) vi ricorre quotidianamente. Per tutte le sostanze esaminate per circa il 20% degli utenti totali l'uso non si riferisce all'ultimo mese. Esaminando la distribuzione dei pazienti per classe di età e tempo trascorso dalla prima assunzione iniettiva (rispetto al totale di utenti per i quali l'informazione è stata rilevata) si nota che per la maggior parte la prima assunzione iniettiva risale ad almeno dieci anni prima, soprattutto per gli utenti già in carico (89,2%).

Nel 2023 presentano almeno una patologia psichiatrica 9.331 assistiti pari al 7,1% degli assistiti in trattamento presso i Ser.D. Il 58,0% è affetto da disturbi della personalità e del comportamento, il 13,4% da sindromi nevrotiche e somatoformi, il 12,1% da schizofrenia e altre psicosi funzionali, il 2,6% da depressione e l'1,9% da mania e disturbi affettivi bipolari. Nel 2023 gli assistiti testati per HIV sono stati 34.444, pari al 26,1% del totale dei soggetti in trattamento. Sono risultati positivi 1.667 soggetti, corrispondenti all'1,3% del totale dei trattati. I soggetti testati per HBV sono stati 30.816 il 23,3% dell'utenza totale: per lo 0,5% degli utenti trattati il test ha avuto esito positivo. Sono stati 31.314 gli assistiti testati per HCV, pari al 23,7% del totale degli utenti in trattamento.

Il 9,6% dei trattati (12.634 soggetti) è risultato positivo, con una evidente variabilità territoriale. Nel complesso, tra i soggetti testati il 4,8% è risultato HIV positivo, il 2,3% HBV positivo e il 40,3% HCV positivo, con una ampia eterogeneità interregionale. I consumatori di sostanze stupefacenti per via iniettiva figurano

tra i soggetti che corrono un rischio elevato di contrarre malattie infettive (HIV, epatiti). Se si considerano coloro che hanno usato la sostanza per via iniettiva almeno una volta nella vita, risulta che oltre il 50% non è stato mai testato per l'HIV (57,7%); la stessa percentuale nei non iniettivi è pari al 64,0%. Solo il 31,0% degli utenti totali che hanno assunto la sostanza per via iniettiva almeno una volta nella vita è stato testato per l'HCV (6,9% negli ultimi 12 mesi). Se si considerano solo i nuovi utenti tale percentuale si riduce al 25,6%. L'informazione sulla condivisione di aghi e siringhe viene rilevata solo per il 25,0% degli utenti che hanno fatto almeno una volta nella vita uso iniettivo. Limitando l'analisi a questi soggetti (n=11.715) risulta che il 49,7% ha condiviso aghi e siringhe almeno una volta nella vita.

Nel 2023 si registrano 18.968 dimessi (18.279 in regime ordinario e 689 in regime diurno) con diagnosi correlate all'uso di droghe dalle strutture ospedaliere italiane: 96,4% in regime ordinario, 3,6% in regime diurno per un totale di 229.577 giornate di degenza, con una degenza media di 12,6 giorni, e 4.564 accessi in day hospital con un numero medio di accessi pari a 6,6.

Il numero complessivo di accessi al Pronto Soccorso per i gruppi diagnostici correlati all'uso di droghe ammonta a 8.596, che rappresentano lo 0,05% del numero totale di accessi al pronto soccorso a livello nazionale. Il 12,0% del totale degli accessi in Pronto Soccorso per problemi correlati all'uso di droghe esita in ricovero, di cui il 33,6% sono accolti nel reparto di psichiatria. Inoltre il 70,6% dei ricoveri registrano una diagnosi di Psicosi indotte da droghe.

Con riferimento all'anno 2022 (ultimo anno disponibile) il costo medio annuo per residente dell'assistenza per le dipendenze sia territoriale che ospedaliera, è pari a € 21,2 calcolato dividendo il costo complessivo dell'assistenza per le dipendenze per la popolazione residente nel 2023. Per quanto riguarda l'assistenza territoriale il costo complessivo ammonta a 1.195.162 (in migliaia di euro), di cui 798.499 (in migliaia di euro) per l'assistenza ambulatoriale, 80.147 (in migliaia di euro) per l'assistenza semiresidenziale e 316.517 (in migliaia di euro) per l'assistenza residenziale. Per quanto riguarda l'assistenza ospedaliera, la remunerazione teorica delle prestazioni di ricovero ospedaliero è nel 2023 pari a 54.325 (in migliaia di euro).

https://www.quotidianosanita.it/studi-e-analisi/articolo.php?articolo_id=125648



<https://www.quotidianosanita.it/allegati/allegato1731080121.pdf>

Caregiver, un ruolo difficile

Marina Vanzetta

Gentile Direttore,

secondo i dati ISTAT a inizio 2024 le persone ultra sessantacinquenni sono il 24,3% della popolazione (14.358.000). Coloro che hanno raggiunto e superato gli ottant'anni sono 4.330.074 mentre le persone che hanno compiuto novant'anni sono 774.528. Questo, seppur in considerazione della significativa eterogeneità che caratterizza il processo di invecchiamento, si accompagna ad una progressiva perdita di autonomia e a aumento della necessità di aiuto nelle attività di vita quotidiana per lunghi periodi.

Ad essere impegnato in prima persona, dunque, nella gestione delle prescrizioni, dei farmaci, nell'organizzazione e gestione dei follow-up, nelle attività quotidiane oltre che nel supporto emotivo e psicologico è il caregiver familiare.

Essere caregiver ha riflessi importanti e indiscutibili sul quotidiano di chi veste questo "abito" tutt'altro che facile: stress e burnout, isolamento sociale, difficoltà economiche, impatto sulla salute mentale sono alcuni degli elementi che possono impattare sul benessere e sulla qualità di vita del caregiver stesso. "Una persona tanto forte quanto fragile" lo definisce una caregiver in una [lettera](#) inviata a L'infermiere online. Una giovane caregiver che fa delle riflessioni importanti anche sull'essere investiti di questo ruolo fin da [giovani](#) e sull'[equilibrio emotivo](#) che, senza supporto vero rischia di essere minato nel profondo.

Un supporto che, per essere tale, deve essere sancito e sostenuto da una legge inclusiva e di equità sociale che garantisca diritti e tutela al caregiver familiare come sottolineano con forza nel [Manifesto-Appello](#) CARER – [Associazione Caregiver familiari](#) e [Cittadinanzattiva](#) presentato il 15 ottobre scorso a Palazzo Montecitorio.

Quattro criteri fondamentali da considerare per realizzarla, ribadiscono: "Una definizione ampia della figura (1) che riconosca diritti e tutele anche se il caregiver non convive o non è un familiare della persona assistita, (2) che lo coinvolga attivamente nella stesura del cosiddetto Progetto di vita o Progetto Assistenziale Individualizzato della persona assistita e sia espressione anche dei suoi bisogni come caregiver; (3) che preveda l'attivazione di tutele crescenti rapportate al carico assistenziale e agli impatti/bisogni del caregiver e (4) che abbia risorse congrue per garantire una effettiva esigibilità delle tutele ed essere così una concreta base di partenza per il disegno e l'attuazione di servizi e sostegni dedicati a chi si prende cura". Non si può più procrastinare perché la sofferenza di chi aiuta è invisibile e dilagante.

https://www.quotidianosanita.it/lettere-al-direttore/articolo.php?articolo_id=125949

Nelle aree interne del Paese si gioca la vera sfida della casa come primo luogo di cura

Gennaro Sosto, Direttore Generale ASL Salerno e vicepresidente vicario Federsanità

13 NOV - Gentile Direttore,

il tema è dibattuto e sempre più centrale nella politica sociosanitaria nazionale, regionale e locale. Una vera, grande e inequivocabile questione che deve veder impegnata la programmazione socio-sanitaria e politica nella ricerca di modelli che garantiscano l'equità della salute e una migliore vivibilità per i cittadini ricostruendo sistemi di sanità di prossimità, utili a garantire i livelli di assistenza di base, in territori dove lo spopolamento e la desertificazione la fanno da padrona.

La riflessione nasce naturale dall'analisi pubblicata recentemente sul Sole 24 Ore che mette in fila dati preoccupanti e certifica, qualora ve ne fosse stato ulteriormente bisogno, che "la crisi demografica nelle zone interne dell'Italia corre a velocità doppia rispetto al trend nazionale".

Le aree interne del Paese, infatti, segnano uno spopolamento che in termini percentuali è più del doppio rispetto alla media nazionale (- 2% per l'Italia, - 5 % per le aree interne). Il dato ancor più allarmante è per quelli che Istat classifica come territori periferici: questi, negli ultimi 10 anni hanno fatto registrare un calo del - 7.7% della popolazione residente, declino demografico ancor più accentuato nelle aree interne, montane e nei piccoli comuni.

Metà dell'Italia oggi è area interna: un Comune su due (il 48% di tutti i Comuni italiani) dove vive un quarto della popolazione nazionale (13,6 milioni di persone) è a una rilevante distanza dai principali "centri di offerta di servizi". Tra questi poi vi sono i piccoli Comuni delle Aree Interne, quelli cioè con una popolazione che non raggiunge i mille abitanti, che sono in tutto 1.383.

Territori con marcate difficoltà demografiche, orografiche e di accesso ai servizi dove LEA e LEP faticano ad essere garantiti per ragioni storiche e di volumi prestazionali, che però resistono stoicamente nella loro funzione policentrica e con un diffuso patrimonio storico-territoriale. Paesi dove le relazioni sociali, i valori condivisi, oltre che le norme di cooperazione tra i cittadini spesso over 65 rafforzano la definizione di obiettivi di sviluppo locale e comune.

Partendo quindi dalle loro specificità, da considerarsi come risorsa e non come svantaggio, si dovrà valorizzare il ruolo delle aree interne come territori con uno specifico grado di potenzialità rispetto alle politiche di sviluppo economico e coesione sociale.

Spetta quindi alla politica (anche a quella sanitaria e socio-sanitaria) l'importante compito di offrire prospettive e nuovi modelli di presa in cura della persona nelle Aree Interne del Paese. Un terreno fertile, una AI Valley – per mutuare il modello del centro globale per l'alta tecnologia e l'innovazione della Silicon Valley - per proposte e sperimentazioni condivise tra Comuni, Medicina di Base, Farmacie dei Servizi, ASL e Terzo Settore tali da superare il concetto di aree svantaggiate geograficamente, economicamente e socialmente a favore di una nuova visione di servizi.

La salute è dunque il driver indispensabile per la programmazione, tale da impostare proposte programmatiche di servizi sociosanitari e assistenziali, favorite dal protagonismo amministrativo-gestionale delle piccole Amministrazioni.

Le dinamiche dell'invecchiamento e l'evoluzione dei bisogni di salute dati dalla inesorabile quanto crescente frequenza di patologie croniche sono fenomeni che riguardano direttamente questi territori con forte spopolamento e che richiedono, soprattutto nelle aree interne, un ripensamento dei servizi sociosanitari sempre più orientati verso la presa in cura della persona.

Negli ultimi anni sono tante le sperimentazioni che vedono coinvolte le Aziende Sanitarie e i Comuni nella realizzazione di un percorso di assistenza e cura per i cittadini delle Aree Interne. Sperimentazioni che si realizzano con risorse "spot" e con la condivisione di forti energie non strutturali che fanno leva sul sentimento di appartenenza e sulla voglia di resistere.

Il tratto innovativo e moderno si ritrova anche nel casuale ma evocativo acronimo delle aree interne che rimanda all'argomento del momento, l'intelligenza artificiale, che insieme alla tecnologia diffusa dovrebbe essere il volano dello sviluppo di proposte innovative e realizzabili.

In questo senso, l'ASL Salerno ha pensato e realizzato un modello sperimentale, integrando il DM/77 nella rete territoriale di assistenza delle Case e degli Ospedali di Comunità, per portare i servizi sanitari e socio-sanitari nelle aree del Cilento interno: le Botteghe della Comunità. Un nuovo tassello che rafforza la costruzione di un modello organizzativo, che sistematizza le energie del territorio e abbina diverse fonti di finanziamento.

Un modello pubblico sperimentale in cui gli operatori sanitari e sociosanitari, volontariato e Istituzioni locali rappresentano il collegamento fra i residenti e i Servizi all'interno di una proposta condivisa con la Regione Campania e con i Sindaci del territorio, con la ASL capofila, per combattere lo spopolamento, aumentare il grado di equità del sistema sociosanitario e contrastare le fragilità sociali.

Le prime Botteghe prenderanno vita ufficialmente il 16 novembre, partendo dai 216 abitanti del paese più piccolo del Cilento interno, e coinvolgeranno progressivamente tutte le 29 Amministrazioni locali che partecipano al framework assistenziale sperimentale delle Botteghe della Comunità. Lo scopo è quello di

potenziare i servizi di assistenza territoriale nei Comuni ricompresi nell'area interna del Cilento, con l'intento di offrire alla popolazione cilentana percorsi multidisciplinari e integrati, basati sulla collaborazione di differenti figure specialistiche che, integrandosi, possano offrire alla persona un percorso di salute duraturo e ben collaudato. A questa nuova sperimentazione di servizi sul territorio partecipano tanti partner istituzionali (Regione Campania, Agenas, Federsanità, ANCI, Università, SNAI, Servizio Civile Universale, Ambiti Territoriali Sociali, Comunità Montane ed Ente Parco).

Un modello riconoscibile sin dalla predisposizione dell'immobile (così come previsto dal DM 77 per le strutture territoriali), con spazi realizzati e arredati uniformemente per ognuna delle Botteghe, che in questa formula interessa circa 30mila persone.

Come funzionano le Botteghe? Il modello prevede la realizzazione di una Bottega, spazio messo a disposizione da ognuno dei 29 Comuni che funzionerà da "spoke" multispecialistico della Casa della Comunità, dell'Ospedale di Comunità e dei Distretti n. 69 e n. 70 e da raccordo con la Medicina Generale e con le Farmacie dei servizi. Alla tecnologia e alla telemedicina è poi deputato il ruolo di elemento favorente per la condivisione delle informazioni tra professionisti, della stratificazione della popolazione, in maniera tale da avere in comune il pregresso e la storia clinica del paziente, per un corretto orientamento all'interno del percorso di assistenza e cura, a favore anche di una migliore aderenza alle terapie e un maggior coinvolgimento attivo della persona nel suo percorso di cura.

https://www.quotidianosanita.it/lettere-al-direttore/articolo.php?articolo_id=125724

Digitalizzazione in sanità

THE LANCET
Digital Health

Invia articolo Login Registro

Questo diario Riviste Pubblicare Clinico Salute globale Multimedia Eventi Di

Cerca... Ricerca avanzata

POLITICA SANITARIA · online prima, del 15 novembre 2024
Accesso Aperto

Atteggiamenti e percezioni dei ricercatori medici nei confronti dell'uso di chatbot di intelligenza artificiale nel processo scientifico: un'indagine trasversale internazionale

Dott. [Jeremy Y Ng](#), [Sharleen G Maduranayagam](#), BSc, [Nirekah Suthakar](#), laurea in scienze, [Amy Li](#), laureata in scienze, [Dott.ssa Cynthia Lokker](#), [Prof Alfonso Iorio](#), MD PhD e altriMostra altro

Riepilogo

I chatbot sono programmi di intelligenza artificiale (IA) progettati per simulare conversazioni con gli esseri umani che presentano opportunità e sfide nella ricerca scientifica. Nonostante la crescente chiarezza da parte delle organizzazioni editoriali sull'uso dei chatbot di IA, le percezioni dei ricercatori rimangono meno comprese. In questo sondaggio trasversale internazionale, abbiamo mirato a valutare gli atteggiamenti, la familiarità, i benefici percepiti e le limitazioni dei ricercatori relativi ai chatbot di IA. Il nostro sondaggio online è stato aperto dal 9 luglio all'11 agosto 2023, con 61.560 autori corrispondenti identificati da 122.323 articoli indicizzati in PubMed. 2452 (4,0%) hanno fornito risposte e 2165 (94,5%) di 2292 che soddisfacevano i criteri di ammissibilità hanno completato il sondaggio. 1161 (54,0%) di 2149 intervistati erano uomini e 959 (44,6%) erano donne. 1294 (60,5%) di 2138 intervistati avevano familiarità con i chatbot AI e 945 (44,5%) di 2125 avevano precedentemente utilizzato i chatbot AI nella ricerca. Solo 244 (11,4%) di 2137 hanno segnalato una

formazione istituzionale sugli strumenti AI e 211 (9,9%) di 2131 hanno notato politiche istituzionali sull'uso dei chatbot AI. Nonostante opinioni contrastanti sui benefici, 1428 (69,7%) di 2048 hanno espresso interesse per un'ulteriore formazione. Sebbene molti apprezzassero i chatbot AI per la riduzione del carico di lavoro amministrativo (1299 [66,9%] di 1941), non vi era una comprensione sufficiente del processo decisionale (1484 [77,2%] di 1923). Nel complesso, questo studio evidenzia un notevole interesse per i chatbot AI tra i ricercatori, ma sottolinea anche la necessità di una formazione più formale e chiarezza sul loro utilizzo.

Introduzione

L'intelligenza artificiale (IA) si riferisce in senso lato alla capacità di un computer o di un robot controllato da computer di svolgere compiti tipicamente associati all'intelligenza umana e di integrare funzioni cognitive. ¹⁻³ Gli attuali modelli di traduzione delle lingue utilizzano spesso sistemi complessi chiamati reti neurali ricorrenti o convoluzionali che hanno due parti: un codificatore e un decodificatore. I modelli migliori utilizzano anche un meccanismo di attenzione per collegare queste parti. ⁴ In medicina e assistenza sanitaria, i sistemi di IA hanno ridotto gli errori diagnostici e terapeutici, promosso e aumentato l'attività fisica e si stima che abbiano ridotto i costi dell'assistenza sanitaria. ⁵⁻⁷ L'IA è inoltre diventata uno strumento sempre più importante nella ricerca scientifica, in cui grandi quantità di dati devono essere recuperate, analizzate e interpretate.

I chatbot sono programmi di intelligenza artificiale progettati per simulare conversazioni con utenti umani tramite testo o parlato. ^{7,8} I chatbot di intelligenza artificiale più diffusi includono, ma non sono limitati a, [ChatGPT](#), [Bing Chat](#), [YouChat](#) e [Google Bard](#). Nella ricerca scientifica, i chatbot di intelligenza artificiale possono automatizzare attività come ricerche e revisioni bibliografiche, analisi dei dati e interpretazione di grandi set di dati, progettazione sperimentale e scrittura di manoscritti. ⁹⁻¹¹ Migliorano anche la leggibilità degli articoli scientifici per i non madrelingua, aumentando eventualmente l'equità e affrontando le barriere per promuovere la diversità della ricerca. ¹⁰⁻¹² I chatbot di intelligenza artificiale possono anche essere addestrati a distinguere tra studi riproducibili e non riproducibili stimando la probabilità di replicazione di uno studio. ¹³ Nel complesso, i chatbot di intelligenza artificiale migliorano l'efficienza, l'accuratezza e la riproducibilità della ricerca scientifica. ¹³

Tuttavia, l'uso di chatbot AI nella ricerca scientifica presenta sfide e limitazioni che devono essere affrontate. Alcune delle principali preoccupazioni includono l'accuratezza e l'affidabilità dei chatbot AI nell'esecuzione o nella segnalazione di attività scientifiche e questioni etiche relative all'uso dell'AI nella ricerca, che includono plagio, rischio di amplificazione di pregiudizi e imprecisioni, frode nella ricerca, problemi di copyright e scarsa trasparenza nella generazione di contenuti. ¹⁰⁻¹² Queste sfide potrebbero far sì che i chatbot AI diffondano disinformazione, con conseguenze dannose. ^{10,12}

Per comprendere meglio gli atteggiamenti e le percezioni dei ricercatori medici nei confronti dell'uso dei chatbot AI nel processo scientifico, abbiamo condotto un sondaggio trasversale su larga scala e internazionale. Questo sondaggio ha cercato di indagare la misura in cui i ricercatori hanno familiarità con i chatbot AI, i potenziali benefici e le limitazioni percepiti dell'uso di questi chatbot AI nella ricerca scientifica e i fattori che potrebbero influenzare la loro adozione.

Metodi

Strategia di ricerca e criteri di selezione

Abbiamo ottenuto un elenco completo di tutte le riviste indicizzate in MEDLINE (circa 5300 riviste ad aprile 2023) insieme ai loro ID della National Library of Medicine (NLM). Abbiamo sviluppato una [strategia di ricerca](#) di questi identificatori NLM in Ovid MEDLINE, che era limitata ai record indicizzati dal 1° marzo al 7 aprile 2023. I numeri di identificatore PubMed associati a tutti gli articoli prodotti sono stati esportati da Ovid come file .csv e inseriti in uno script R (creato in base al [pacchetto easyPubMed](#) 2019) per acquisire nomi degli autori, istituzioni affiliate e indirizzi e-mail. Sono stati recuperati 122.323 ID PubMed ed esportati in R. L'estrazione dell'e-mail dell'autore corrispondente è stata completata il 29 maggio 2023 e pulita per potenziali errori o duplicati prima della somministrazione del sondaggio. Il protocollo è stato registrato su Open Science Framework ed è disponibile [online](#).

Reclutamento degli intervistati

Per essere inclusi, gli intervistati dovevano autoidentificarsi come ricercatori medici e aver completato almeno una laurea specialistica nel rispettivo campo di studio o avere almeno 5 anni di esperienza in un ruolo incentrato sulla ricerca (ad esempio, coordinatore di ricerca). Gli studenti (sia universitari che laureati) non erano idonei a partecipare a questo sondaggio.

Sono state incluse una serie di discipline accademiche nel campo della medicina (ad esempio, scienze della vita, sanità pubblica, bioingegneria e formazione medica). Abbiamo utilizzato il campionamento di convenienza per reclutare gli intervistati, prendendo di mira gli autori corrispondenti identificati dalla nostra strategia di campionamento. Un'e-mail contenente uno script di reclutamento approvato dal comitato etico della ricerca, che descriveva in dettaglio lo studio e il suo scopo e un collegamento al sondaggio è stata inviata tramite e-mail utilizzando il software Microsoft Outlook Mail Merge ¹⁴ il 9 luglio 2023. Quando gli intervistati hanno cliccato sul collegamento al sondaggio, sono stati indirizzati a una pagina Web contenente un modulo di consenso informato. Gli intervistati che hanno accettato il modulo avrebbero quindi proceduto al sondaggio. Questo sondaggio è stato chiuso, il che significa che solo gli intervistati invitati hanno potuto partecipare.

Se gli intervistati non rispondevano all'e-mail di invito originale, venivano inviate due volte delle e-mail di promemoria in lotti da 10.000 tra il 17 e il 24 luglio 2023. Un periodo di attesa di 1 settimana seguiva l'ultima e-mail di promemoria. Il [sondaggio](#) online era aperto dal 9 luglio all'11 agosto 2023.

Non è stata offerta alcuna compensazione finanziaria; la partecipazione è stata interamente volontaria e anonima. Ad eccezione della domanda di screening, tutte le altre domande potevano essere saltate se i partecipanti non desideravano rispondere. La partecipazione poteva essere ritirata in qualsiasi momento durante il sondaggio chiudendo il browser; tuttavia, il ritiro non era possibile dopo l'invio del sondaggio.

Analisi dei dati

Il sondaggio è stato creato, distribuito e raccolto utilizzando il software SurveyMonkey (University of Ottawa, ON, Canada). ¹⁵ La prima bozza del sondaggio (creata da JYN e rivista dal resto del team) è stata sviluppata sulla base di una revisione della letteratura e del contributo di esperti nel campo dell'intelligenza artificiale e della ricerca scientifica. Le domande del sondaggio sono state sottoposte a beta test da un team di autori e due ricercatori invitati con competenze in metodi di sondaggio al di fuori dell'elenco degli autori prima della somministrazione del sondaggio.

Il sondaggio conteneva 29 domande chiuse, che riguardavano informazioni demografiche, esperienza con chatbot AI, ruolo dei chatbot AI nel processo scientifico, vantaggi e sfide percepiti dei chatbot AI nel processo scientifico e domande aperte

I dati del sondaggio sono stati esportati e analizzati utilizzando Microsoft Excel. Conteggi e percentuali sono stati utilizzati per riassumere i dati raccolti. I dati qualitativi raccolti da domande aperte sono stati analizzati tematicamente e in precedenza è stata condotta una codifica pilota (da AL e NS). Ogni autore ha codificato in modo indipendente le risposte dei primi 20 intervistati per la domanda 14 (la prima domanda aperta) e poi ha collaborato per sviluppare un codebook condiviso basato sui loro risultati. Dopo aver raggiunto un consenso sui codici, tutte le risposte aperte rimanenti sono state codificate e il codebook è stato aggiornato iterativamente. I singoli codici sono stati raggruppati in temi e finalizzati tramite consenso. Eventuali conflitti sono stati risolti con una discussione tra AL e NS e, se necessario, da un terzo autore (SGM). È stata quindi creata una definizione descrittiva di ciascun tema.

Questo studio è stato condotto in conformità con le [linee guida CHERRIES](#). L'approvazione etica è stata concessa dall'Ottawa Health Science Network Research Ethics Board (20230288–01H). Tutti i dati raccolti sono stati mantenuti riservati e anonimi e non sono state raccolte informazioni identificative degli intervistati.

Risultati

Dopo aver deduplicato l'elenco, gli inviti al sondaggio sono stati inviati a 61.560 autori corrispondenti e 2.452 (4,0%) hanno fornito risposte. 2.292 (93,5%) intervistati hanno soddisfatto i criteri di ammissibilità, di cui 2.165 (94,5%) hanno completato il sondaggio. Poiché non tutti gli intervistati hanno completato tutte le domande del sondaggio, il numero totale di risposte per ciascuna domanda varia. I dati grezzi raccolti dal sondaggio possono essere trovati [online](#).

I dati demografici sono reperibili nell'appendice (pp. 3–4). La maggior parte degli intervistati era di sesso maschile (1161 [54,0%] di 2149), meno della metà era di sesso femminile (959 [44,6%]) e 29 (1,3%) si sono identificati come non binari, si sono autodefiniti o hanno preferito non dirlo. La maggior parte degli intervistati aveva un'età compresa tra 36 e 45 anni (706 [32,8%] di 2156). Gli intervistati lavoravano principalmente in 95 paesi, con la maggiore rappresentanza dagli Stati Uniti (601 [28,1%] di 2137), Canada (163 [7,6%]) e Italia (129 [6,0%]). La maggior parte erano ricercatori senior (1136 [52,5%] di 2165), membri della facoltà di un'università o di un istituto accademico (1369 [63,4%] di 2158), principalmente nella ricerca clinica (1107 [51,3%] di 2159) e avevano pubblicato più di 21 articoli di ricerca (1549 [72,4%] di 2133).

L'esperienza degli intervistati con i chatbot AI e le opinioni delle loro istituzioni affiliate sull'uso dei chatbot AI nel processo scientifico sono mostrate nella [tabella 1](#). In particolare, 1294 (60,5%) di 2138 intervistati avevano familiarità con il concetto di chatbot AI e, di coloro che avevano utilizzato chatbot AI, la maggior parte utilizzava ChatGPT (1402 [65,6%] di 2136). Meno della metà degli intervistati ha utilizzato un chatbot AI per scopi relativi al processo scientifico (945 [44,5%] di 2125 intervistati) e 882 (41,5%) hanno utilizzato ChatGPT per questi scopi. Tuttavia, 1180 (55,5%) intervistati non avevano mai utilizzato un chatbot AI in questo contesto. Era probabile (790 [37,0%] di 2136) o molto probabile (451 [21,1%]) che gli intervistati utilizzassero chatbot AI per la loro futura ricerca.

	Numero di risposte (%)
Quanto conosci il concetto di chatbot basati sull'intelligenza artificiale?	
Molto familiare	283 (13,2%)
Familiare	1294 (60,5%)
Non familiare	357 (16,7%)
Molto poco familiare	169 (7,9%)
Non sono sicuro	35 (1,6%)
Totale	2138 (100-0%)
Quale dei seguenti chatbot AI hai utilizzato in precedenza (per qualsiasi scopo)? *	
Chat di Bing	246 (11,5%)
ChatGPT	1402 (65,6%)
TuChatta	26 (1,2%)
Google Bardo	206 (9,6%)
Non ho mai usato un chatbot AI	658 (30,8%)
Altro	75 (3,5%)
Totale	2136 (100-0%)
Quale dei seguenti chatbot AI hai utilizzato in precedenza specificatamente per scopi relativi a processi scientifici? *	
Chat di Bing	87 (4,1%)
ChatGPT	882 (41,5%)
TuChatta	9 (0,4%)
Google Bardo	82 (3,9%)
Non ho mai utilizzato un chatbot AI per scopi relativi a processi scientifici	1180 (55,5%)
Altro	47 (2,2%)
Totale	2125 (100-0%)
Quanto è probabile che in futuro utilizzerai un chatbot basato sull'intelligenza artificiale per le tue ricerche?	
Molto probabile	451 (21,1%)
Probabile	790 (37,0%)
Improbabile	348 (16,3%)

	Numero di risposte (%)
Molto improbabile	248 (11,6%)
Non sono sicuro	299 (14,0%)
Totale	2136 (100-0%)
Il vostro istituto di ricerca fornisce una formazione su come utilizzare correttamente gli strumenti di intelligenza artificiale nel processo scientifico?	
Sì, e l'ho preso	64 (3,0%)
Sì, ma non l'ho preso	180 (8,4%)
NO	1487 (69,6%)
Non sono sicuro	406 (19,0%)
Totale	2137 (100-0%)
Il tuo istituto di ricerca ha implementato delle politiche relative all'uso dei chatbot AI nel processo scientifico?	
Sì	211 (9,9%)
NO	1178 (55,3%)
Non sono sicuro	742 (34,8%)
Totale	2131 (100-0%)

Tabella 1

Esperienza degli intervistati con i chatbot AI

2165 intervistati hanno completato il sondaggio, ma poiché non tutti gli intervistati hanno completato tutte le domande del sondaggio, il numero totale di risposte per ogni domanda varia. AI=intelligenza artificiale.

*

I partecipanti potevano selezionare tutte le risposte pertinenti.

- [Apri la tabella in una nuova scheda](#)

La maggior parte degli intervistati ha riferito che il proprio istituto di ricerca non offriva alcuna formazione sull'uso degli strumenti di intelligenza artificiale (1487 [69,6%] su 2137), sebbene 244 (11,4%) abbiano indicato che il proprio istituto offriva una formazione sull'uso appropriato degli strumenti di intelligenza artificiale nel processo scientifico e 64 (26,2%) su 244 hanno completato tale formazione. Alla domanda se il proprio istituto avesse implementato delle policy relative all'uso dei chatbot di intelligenza artificiale nel processo scientifico, 211 (9,9%) di 2131 intervistati hanno risposto di sì.

Le risposte dei partecipanti sul ruolo percepito dei chatbot AI nel processo scientifico sono mostrate nella [tabella 2](#).

Poco più della metà degli intervistati ha risposto che è necessaria una certa formazione (1048 [51,2%] di 2049) e 665 (32,5%) hanno ritenuto che fosse necessaria molta formazione per utilizzare efficacemente i chatbot AI nel processo scientifico.

La maggior parte degli intervistati ha espresso un chiaro interesse nell'apprendere di più o ricevere formazione sull'utilizzo dei chatbot AI nel processo scientifico (1428 [69,7%] di 2048).

Gli intervistati hanno anche ritenuto che i chatbot AI sarebbero stati molto importanti (741 [36,2%] di 2050) o importanti (935 [45,6%]) nel futuro della ricerca scientifica.

La maggior parte ha affermato che i chatbot AI avrebbero avuto un esito molto positivo o positivo (1236 [60,4%] su 2048), mentre 380 (18,6%) ritenevano che i chatbot AI avrebbero avuto un impatto negativo o molto negativo sulla futura ricerca scientifica.

	Numero di risposte (%)
Di quanta formazione e istruzione ritieni che i ricercatori abbiano bisogno per utilizzare in modo efficace i chatbot AI nel processo scientifico?	
Molto	665 (32,5%)
Alcuni	1048 (51,2%)

	Numero di risposte (%)
Molto poco	173 (8,4%)
Nessuno	34 (1,7%)
Non sono sicuro	129 (6,3%)
Totale	2049 (100-0%)
Ti piacerebbe saperne di più o ricevere una formazione su come utilizzare i chatbot AI nel processo scientifico?	
Sì	1428 (69,7%)
NO	189 (9,2%)
Forse	431 (21,0%)
Totale	2048 (100-0%)
Quanto pensi che saranno importanti i chatbot basati sull'intelligenza artificiale nel futuro della ricerca scientifica?	
Molto importante	741 (36,2%)
Importante	935 (45,6%)
Non importante	110 (5,4%)
Molto poco importante	18 (0,9%)
Non sono sicuro	246 (12,0%)
Totale	2050 (100-0%)
In generale, come percepisci il potenziale impatto dei chatbot AI sul futuro della ricerca scientifica?	
Molto positivamente	282 (13,8%)
Positivamente	954 (46,6%)
Negativamente	290 (14,2%)
Molto negativamente	90 (4,4%)
Non sono sicuro	432 (21,1%)
Totale	2048 (100-0%)

Tabella 2

Ruolo dei chatbot AI nel processo scientifico

2165 intervistati hanno completato il sondaggio, ma poiché non tutti gli intervistati hanno completato tutte le domande del sondaggio, il numero totale di risposte per ogni domanda varia. AI=intelligenza artificiale.

Gli intervistati hanno valutato il loro accordo con le affermazioni relative a quanto sarebbe utile un chatbot AI in diverse fasi del processo scientifico su una scala a cinque punti che va da molto utile a molto inutile ([appendice p 1](#)). In particolare, 1235 (60,4%) di 2044 intervistati hanno ritenuto che i chatbot AI sarebbero stati molto utili o utili nella conduzione di ricerche bibliografiche.

Gli intervistati hanno avuto opinioni contrastanti riguardo all'utilità del chatbot AI nella comprensione o nella selezione di una metodologia di ricerca; 820 (40,3%) di 2033 hanno ritenuto che i chatbot AI fossero inutili o molto inutili, mentre 754 (37,1%) hanno ritenuto che sarebbero stati molto utili o utili.

Dei partecipanti che hanno risposto a questa domanda, i ricercatori senior hanno scelto le opzioni "sempre", "spesso" e "a volte" in merito al loro utilizzo del chatbot AI più frequentemente rispetto ai ricercatori in altre fasi della carriera. Questi risultati stratificati in base all'utilizzo degli strumenti AI nei processi scientifici [da parte dei partecipanti](#) possono essere trovati online.

Gli intervistati hanno ritenuto in modo schiacciante che i chatbot AI sarebbero stati molto utili o utili durante la scrittura o la modifica di manoscritti (1329 [65,2%] del 2040), le domande di sovvenzione per la ricerca (1183 [58,2%] del 2032) e la traduzione di materiali di ricerca in un'altra lingua (1346 [65,9%] del 2044; [appendice p 1](#)). Su 2039 intervistati, 902 (44,2%) hanno ritenuto che i chatbot AI fossero inutili o molto inutili per la revisione paritaria o la critica del lavoro di altri ricercatori. 848 (41,6%) di 2041 intervistati hanno

ritenuto che i chatbot AI sarebbero stati molto utili o utili per generare materiali di presentazione e 1059 (51,9%) di 2040 intervistati hanno ritenuto che i chatbot AI sarebbero stati molto utili o utili per il coinvolgimento nella ricerca.

Infine, 1261 (61,8%) dei 2040 intervistati ritenevano che i chatbot basati sull'intelligenza artificiale fossero molto utili o utili per svolgere attività amministrative generali.

Gli intervistati hanno valutato la frequenza con cui avevano utilizzato chatbot AI in diverse fasi del processo scientifico su una scala a cinque punti che andava da sempre a mai ([figura 1](#)). Tra i risultati degni di nota c'è che 477 (53,4%) di 893 intervistati avevano talvolta o raramente utilizzato un chatbot AI per la ricerca e la revisione della letteratura, 370 (41,3%) di 896 talvolta o raramente utilizzato un chatbot AI per scrivere o modificare manoscritti e 315 (35,2%) di 895 talvolta o raramente utilizzato un chatbot AI per scrivere o modificare domande di sovvenzione per la ricerca.

Per quanto riguarda la traduzione linguistica, 461 (51,5%) di 895 non avevano mai utilizzato chatbot AI per questo scopo; tuttavia, tra coloro che hanno utilizzato un chatbot AI per scopi di traduzione (434 [48,5%] su 895), quelli nei primi cinque paesi che hanno trovato l'IA molto utile avevano sede negli Stati Uniti (109 [19,1%] su 571), Italia (48 [8,4%]), Cina (42 [7,4%]), Canada (35 [6,1%]) e Spagna (29 [5,1%]).

I risultati [stratificati in base alla percezione dei partecipanti](#) dell'utilità dell'IA come strumento di traduzione sono mostrati online.

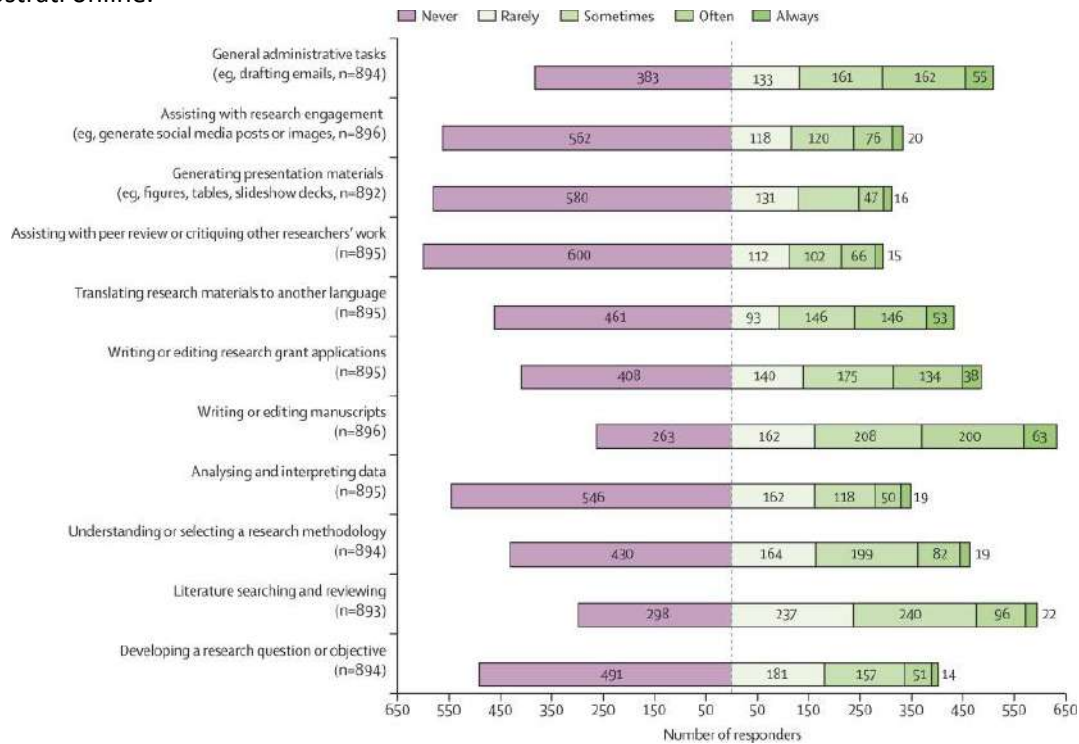


Figura 1 Utilizzo da parte degli intervistati di chatbot AI in diverse fasi del processo scientifico

Gli intervistati hanno valutato il loro accordo con le affermazioni relative ai vantaggi dei chatbot AI nelle diverse fasi del processo scientifico su una scala a cinque punti che va da fortemente in disaccordo a fortemente d'accordo ([figura 2](#)).

I vantaggi più concordati e fortemente concordati dei chatbot AI includevano una maggiore efficienza e velocità nell'analisi dei dati (1026 [52,9%] del 1939), la riduzione dei carichi di lavoro e degli oneri amministrativi per i ricercatori (1299 [66,9%] del 1941), consentendo una disponibilità e un'accessibilità costanti alle informazioni e all'assistenza scientifica (1081 [55,7%] del 1939), una gestione e un'analisi più efficaci di grandi set di dati rispetto ai ricercatori umani (1086 [56,1%] del 1935), offrendo una soluzione conveniente per condurre la ricerca scientifica (974 [50,4%] del 1933), fornendo un ambiente di ricerca più accessibile e inclusivo (1120 [57,9%] del 1936) e una migliore qualità ed efficienza della comunicazione e della diffusione scientifica (1002 [51,9%] del 1932).

Le valutazioni sulla possibilità che i chatbot AI possano aumentare la riproducibilità e la trasparenza della ricerca fornendo un approccio standardizzato e sistematico sono state contrastanti ([figura 2](#)); 285 (14,7%)

dei 1936 partecipanti erano fortemente in disaccordo o in disaccordo (589 [30,4%]), 474 (24,5%) non erano sicuri e 456 (23,6%) erano d'accordo o fortemente d'accordo (132 [6,8%]) con l'affermazione. 565 (29,2%) dei 1937 partecipanti non erano sicuri che i chatbot AI potessero aumentare l'accuratezza e la precisione dell'analisi dei dati e della sperimentazione, mentre 243 (12,6%) erano fortemente in disaccordo o in disaccordo (481 [24,8%]) con l'affermazione.

Le opinioni degli intervistati erano contrastanti sul fatto che i chatbot AI potessero ridurre l'errore umano o i pregiudizi offrendo un approccio standardizzato all'analisi dei dati, poiché 530 (27,4%) di 1932 non erano sicuri, 523 (27,1%) erano d'accordo e 149 (7,7%) fortemente d'accordo; tuttavia, 472 (24,4%) intervistati erano in disaccordo e 258 (13,4%) fortemente in disaccordo con l'affermazione.

Nel complesso, la maggior parte degli intervistati (1676 [81,8%] di 2050) ritiene che i chatbot AI saranno molto importanti o importanti nel futuro della ricerca scientifica ([appendice p 2](#)).

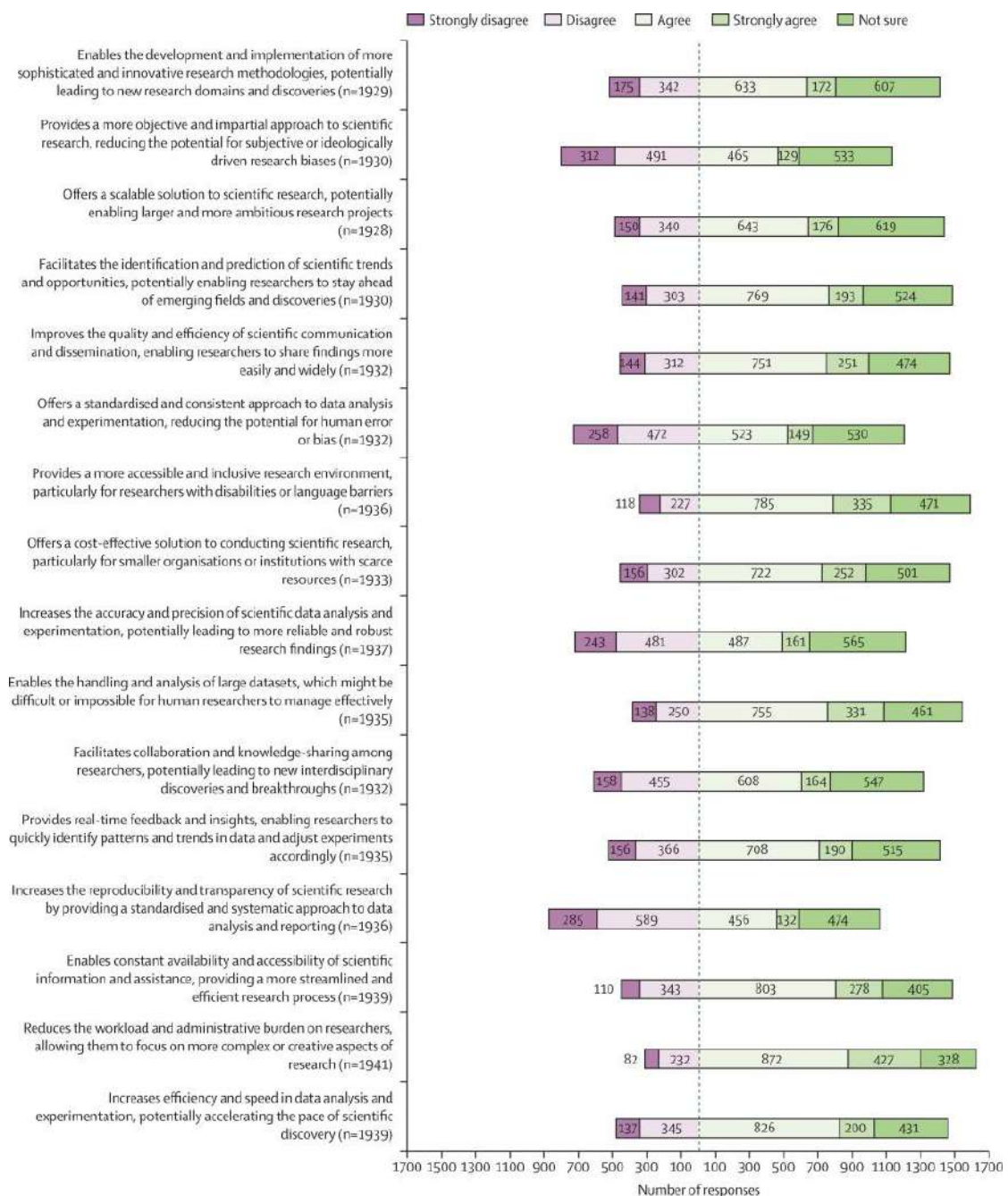


Figura 2 Accordo degli intervistati sui potenziali benefici dell'utilizzo di chatbot AI nel processo scientifico

Gli intervistati hanno valutato il loro accordo con le affermazioni relative alle potenziali sfide dell'utilizzo dei chatbot AI nel processo scientifico su una scala a cinque punti che va da fortemente in disaccordo a fortemente d'accordo ([figura 3](#)).

Le sfide più concordate e fortemente concordate dei chatbot AI includevano output di dati distorti o parziali (1384 [71,9%] del 1924), preoccupazioni etiche e legali (1480 [76,8%] del 1927), resistenza o opposizione da parte dei ricercatori (1374 [71,4%] del 1924), assenza di responsabilità (1405 [73,0%] del 1924), assenza di trasparenza e interpretabilità nel processo decisionale (1456 [75,7%] del 1923), comprensione insufficiente di come i chatbot AI prendono decisioni e generano risposte (1484 [77,2%] del 1923), capacità insufficiente di gestire informazioni dipendenti dal contesto o specifiche della situazione (1426 [74,1%] del 1924), capacità insufficiente di catturare le sfumature e la complessità del pensiero e del ragionamento umano (1467 [76,4%] del 1924). 1921), problemi di privacy e sicurezza dei dati (1401 [72,9%] del 1921) e sfide legate all'accettazione e all'adozione da parte degli utenti (1437 [74,7%] del 1924).

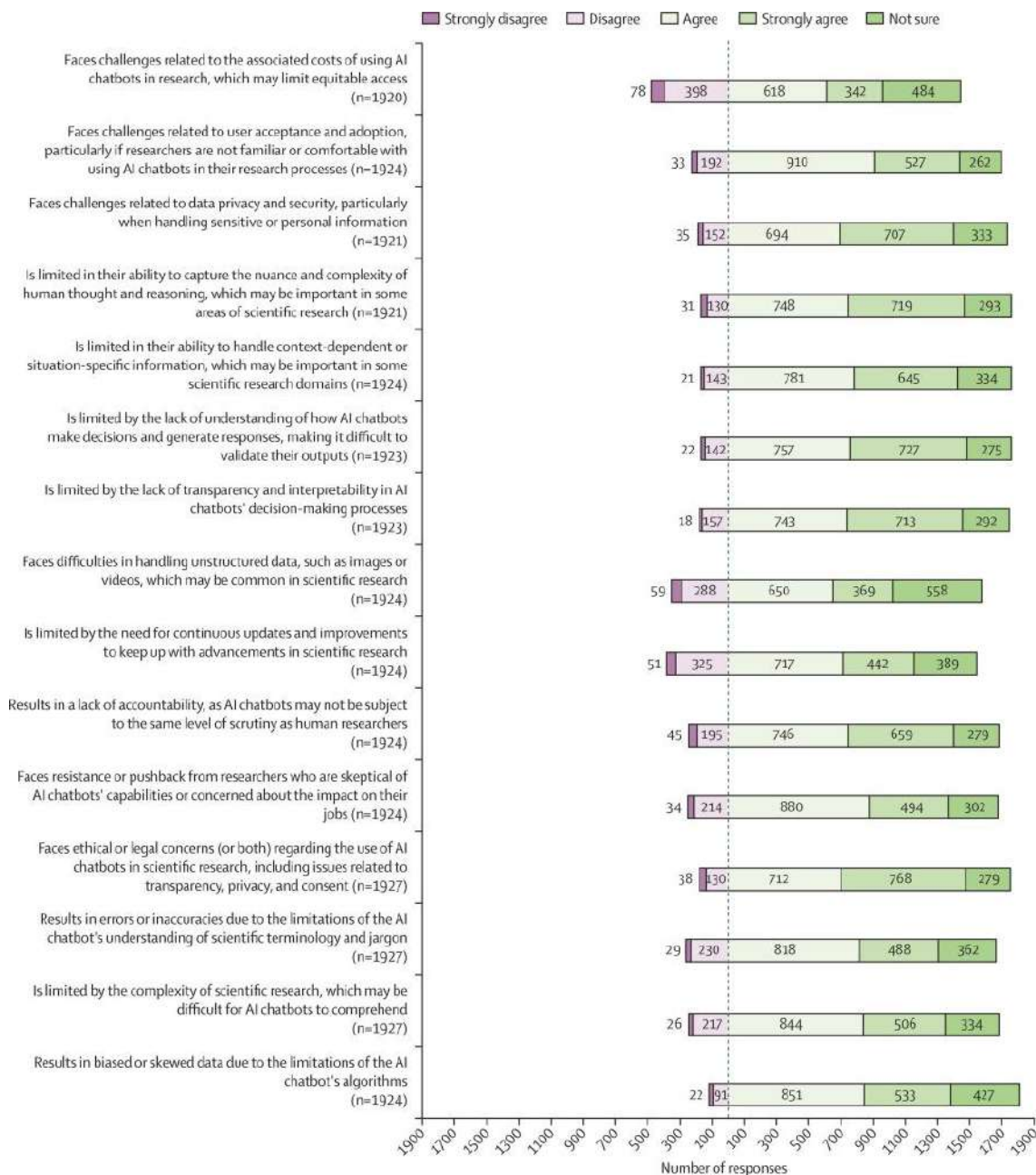


Figura 3 Accordo degli intervistati sulle potenziali sfide dell'utilizzo dei chatbot AI nel processo scientifico

Le domande aperte hanno consentito ai partecipanti di fornire feedback e commenti aggiuntivi sull'uso dei chatbot AI nella ricerca scientifica. I temi designati, i sottotemi, i codici individuali e le frequenze per le

domande aperte possono essere trovati [online](#). I risultati dei conteggi dell'analisi tematica possono anche essere trovati online. I temi principali scoperti nell'analisi tematica includono "Natura della formazione dei chatbot AI e la sua composizione", "Natura delle politiche dei chatbot AI nelle istituzioni di ricerca", "Utilità dei chatbot AI in ulteriori fasi del processo scientifico", "Estensione dell'uso dei chatbot AI in ulteriori fasi del processo scientifico", "Ulteriori vantaggi dei chatbot AI nel processo scientifico" e "Commenti finali sull'uso dei chatbot AI o sul sondaggio". Ulteriori dettagli che esplorano questi temi sono mostrati [online](#).

Discussione

A nostra conoscenza, questo sondaggio è il primo del suo genere in termini di progettazione e portata a fornire una prospettiva internazionale sulla conoscenza, l'uso e le percezioni dei chatbot AI nel processo scientifico da parte dei ricercatori medici e il possibile effetto sul modo in cui viene condotta la ricerca medica quando questi chatbot AI vengono applicati di recente al campo.

Nel complesso, gli intervistati hanno espresso opinioni contrastanti sui possibili vantaggi dell'uso dei chatbot AI nel processo scientifico, mentre la maggior parte degli intervistati ha concordato sugli svantaggi e sulle sfide. Molti hanno concordato sul fatto che i chatbot AI potrebbero essere utili in varie fasi del processo scientifico, ma non nel loro stato attuale a causa di molte limitazioni ed errori.

Nel nostro sondaggio, la maggior parte degli intervistati aveva già familiarità con il concetto e aveva utilizzato un chatbot AI in precedenza per scopi di ricerca, con il chatbot AI più utilizzato ChatGPT.

Gli intervistati hanno ritenuto in modo schiacciante che i chatbot AI fossero più utili nella scrittura e nella modifica dei manoscritti. Tuttavia, solo pochi intervistati (11,4%) hanno riferito che la loro istituzione offriva formazione sugli usi appropriati degli strumenti AI o dei chatbot nel processo scientifico e una piccola percentuale (9,9%) ha riferito che la loro istituzione affiliata ha implementato politiche in questo contesto.

Considerando che molti chatbot AI ampiamente disponibili hanno carenze importanti e ben note (ad esempio, allucinazioni definite come previsioni o modelli errati), questi risultati sono stati sorprendenti e sfortunatamente, campagne di sensibilizzazione che affrontano i limiti dell'IA sono state offerte solo in alcuni istituti di ricerca e pochi avevano implementato politiche chiare sull'uso dei chatbot AI nella ricerca.

L'assenza di formazione e politiche disponibili potrebbe essere dovuta all'adozione dell'uso di chatbot AI nella ricerca negli ultimi 2 anni o forse al divieto di utilizzare strumenti AI, come i chatbot, negli articoli di ricerca da parte di diverse organizzazioni editoriali e riviste. [16,17](#)

La formazione insufficiente non è dovuta a mancanza di interesse, poiché la maggior parte degli intervistati ha espresso un chiaro interesse nell'apprendere di più e ricevere formazione sull'uso dei chatbot AI nel processo scientifico.

L'assenza di formazione e di politiche solleva inoltre preoccupazioni per l'integrità della ricerca, poiché molte riviste ora richiedono agli autori di dichiarare ogni utilizzo dell'intelligenza artificiale, eppure manoscritti assistiti da ChatGPT non dichiarati vengono pubblicati su riviste sottoposte a revisione paritaria. [18](#)

Questo fatto indica l'assenza di efficaci strumenti o meccanismi di salvaguardia per quanto riguarda il rilevamento del materiale generato dall'intelligenza artificiale nel processo di revisione paritaria, ma suggerisce anche un preoccupante modello secondo cui l'integrità della ricerca potrebbe già essere compromessa.

I principali benefici percepiti dei chatbot AI includono il tempo risparmiato nella stesura di manoscritti, nella traduzione linguistica o nella generazione di figure e tabelle. I chatbot AI sono già noti per l'automazione di attività che richiedono molto tempo nel processo di ricerca e per fornire assistenza nella scrittura e nell'editing; [10,11](#) tali benefici sono riflessi anche nei nostri risultati.

È interessante notare che il 61,8% degli intervistati ha ritenuto i chatbot AI molto utili o utili per attività amministrative generali e il 44,5% li aveva precedentemente utilizzati nella ricerca.

La maggior parte degli intervistati ha dichiarato di non aver mai utilizzato una chatbot AI a causa delle sostanziali limitazioni ancora presenti in molti modelli attuali di chatbot AI. Gli intervistati erano più preoccupati per la difficoltà di convalidare gli output dei chatbot AI a causa della scarsa comprensione o trasparenza dietro i processi decisionali e di generazione delle risposte.

L'uso di strumenti di intelligenza artificiale è già stato ampiamente discusso in medicina e assistenza sanitaria a causa delle note capacità di riconoscimento di pattern durante la gestione dei dati medici. Una revisione sistematica di Ali e colleghi [5](#) ha rilevato che i vantaggi dell'uso dell'intelligenza artificiale nell'assistenza

sanitaria per i pazienti includono diagnosi precoce, monitoraggio dei pazienti e processo decisionale automatizzato. Goodman e colleghi ¹⁹ affermano che gli strumenti di intelligenza artificiale incorporati nei sistemi di supporto hanno guidato il processo decisionale clinico utilizzando le cartelle cliniche dei pazienti per fare previsioni algoritmiche durante l'incertezza clinica.

Ad esempio, i sistemi di allerta per la sepsi possono utilizzare dati in tempo reale per identificare la sepsi in fase iniziale nei pazienti prima che i medici possano rilevare qualsiasi segno clinico.

In definitiva, i medici possono incorporare previsioni di supporto alle decisioni cliniche basate sull'intelligenza artificiale nelle decisioni cliniche; tuttavia, queste previsioni richiedono una valutazione critica e un giudizio umano perché l'algoritmo di intelligenza artificiale contiene distorsioni e può anche produrre falsi positivi. ¹⁹ Allo stesso modo, Ruksakulpiwat e colleghi ²⁰ affermano che sebbene ChatGPT possa fornire informazioni mediche generali e di base e semplificare abbastanza bene i referti medici per i radiologi, questo chatbot di intelligenza artificiale contiene anche errori e attualmente richiede la convalida umana.

Nel nostro sondaggio, molti intervistati hanno notato che i chatbot AI possono fornire feedback e approfondimenti in tempo reale, sono utili nell'analisi dei dati, in particolare per grandi set di dati, e facilitano l'identificazione e la previsione di tendenze e opportunità scientifiche. Gli intervistati hanno anche sottolineato che se i chatbot AI dovessero essere utilizzati nella ricerca scientifica, i risultati richiederebbero giudizio e valutazione umani.

Molti chatbot AI sono facilmente accessibili e disponibili al pubblico a un costo minimo o nullo per il loro utilizzo iniziale. Un sondaggio del 2023 condotto da YouGov ha rilevato che il 62% degli intervistati americani era in qualche modo o principalmente preoccupato per la crescita dell'AI. ²¹

Inoltre, il 56% degli intervistati ha espresso sostegno alla regolamentazione federale dell'AI piuttosto che all'autoregolamentazione da parte delle aziende tecnologiche, perché l'82% degli intervistati non si fidava dei dirigenti tecnologici per regolamentare l'AI. ²¹

Questi risultati sono supportati da Gillespie e colleghi, ²² che hanno condotto un sondaggio globale su oltre 17.000 persone e hanno scoperto che il 61% degli intervistati era diffidente nell'affidarsi ai sistemi AI. Gli intervistati erano più preoccupati per la sicurezza, la protezione, le misure di riservatezza dei dati e l'equità dei sistemi AI, che erano tra le principali preoccupazioni espresse dagli intervistati del nostro sondaggio in termini di utilizzo dei chatbot AI nella ricerca scientifica.

Un sondaggio del 2023 ²³ condotto da User Interviews rivolto a ricercatori o designer UX e specialisti di Research Ops ha rilevato che il 77,1% degli intervistati utilizzava già l'IA in almeno una parte del proprio lavoro e circa la metà (51,1%) utilizzava ChatGPT a tale scopo. Il sondaggio segnala che il vantaggio più citato dell'IA era l'efficienza, poiché il 40,4% degli intervistati utilizzava l'IA per scopi di codifica qualitativa e il 45,5% utilizzava l'IA per scrivere report. ²³

Anche un altro sondaggio su 1600 ricercatori ha supportato questi vantaggi percepiti, ²⁴ poiché gli intervistati ritenevano che gli strumenti di IA nella ricerca avrebbero aumentato l'elaborazione dei dati, accelerato i calcoli, automatizzato l'acquisizione dei dati e ridotto il tempo e le risorse complessive spese dai ricercatori. Inoltre, gli effetti negativi dell'uso dell'IA nella ricerca sono stati percepiti principalmente come il rischio di pregiudizi e discriminazione nei dati (55%), frode (55%) e maggiore affidamento sul riconoscimento di modelli senza una comprensione completa (69%).

Analogamente, Noy e colleghi ²⁵ presentano i risultati di una sperimentazione che ha coinvolto 453 professionisti con istruzione universitaria, dimostrando che l'uso di ChatGPT ha aumentato sostanzialmente la produttività, migliorato la qualità delle attività e ridotto il tempo di completamento delle attività. Questi risultati devono essere interpretati con cautela a causa della leggera vaghezza nei metodi, che potrebbe esagerare i risultati.

La maggior parte dei ricercatori voleva saperne di più e ricevere una formazione sull'uso dei chatbot AI, il che suggerisce la necessità di sviluppare una formazione strutturata per i ricercatori biomedici sull'uso dei chatbot AI nel processo scientifico. La creazione di linee guida stabilite e una formazione standardizzata sull'uso dei chatbot AI nella ricerca potrebbe aiutare a mantenere l'integrità della ricerca.

Molti ricercatori hanno anche espresso preoccupazione sull'uso dei chatbot AI nella ricerca a causa delle numerose limitazioni o errori e questioni etiche dei modelli attuali. Prima che questi strumenti possano essere utilizzati nella ricerca, queste preoccupazioni devono essere affrontate. Infine, i chatbot AI possono

eventualmente migliorare l'equità della ricerca aiutando i non madrelingua a superare le barriere linguistiche, [10-12](#) dato che continuano a essere ampiamente disponibili gratuitamente o a basso costo.

Questo sondaggio fornisce informazioni sull'uso precoce dei chatbot AI nella ricerca medica e può essere incorporato per misurare l'evoluzione di questa tecnologia. Attualmente, ci sono preoccupazioni e sfide sostanziali riguardo all'uso dei chatbot AI che necessitano di un'attenzione urgente.

La ricerca futura dovrebbe concentrarsi sullo sviluppo di linee guida e formazione formale riguardanti l'uso appropriato dei chatbot AI nella ricerca scientifica e facilitare una maggiore comprensione di questi strumenti. Inoltre, è necessario un codice etico riguardante l'uso degli strumenti AI nel mondo accademico e nella ricerca, [10.11.26](#) considerando l'impatto che un uso improprio potrebbe avere su ricercatori, istituzioni, istruzione e settore editoriale e i potenziali benefici che un uso appropriato può offrire alla diffusione della conoscenza. Studi futuri dovrebbero esaminare autori non corrispondenti per garantire un insieme più diversificato di opinioni e prospettive. Inoltre, anche gli attuali limiti ed errori nei modelli di chatbot AI devono essere affrontati dagli sviluppatori AI. Poiché i sondaggi trasversali osservano una popolazione in un dato momento, sono rapidi ed economici da condurre. Un ulteriore punto di forza del nostro studio è che i nomi e gli indirizzi e-mail degli autori corrispondenti sono stati recuperati dal 1° marzo al 7 aprile 2023, per ridurre al minimo i bounce-back o le e-mail inattive.

Il nostro studio presenta diverse limitazioni. I ricercatori che non parlano inglese sono in gran parte esclusi dal campione a causa delle nostre limitazioni linguistiche e di risorse.

Inoltre, gli intervistati con una conoscenza parziale dell'inglese potrebbero aver incontrato difficoltà nel completare il sondaggio, limitando forse la loro capacità di condividere pienamente i loro atteggiamenti e opinioni, e le prospettive di coloro che non parlano inglese sono state probabilmente del tutto escluse; quindi, i nostri risultati potrebbero non essere applicabili a coloro che pubblicano principalmente ricerche in lingue diverse dall'inglese.

Un'altra limitazione è che il tasso di risposta grezzo del nostro sondaggio sarà sottostimato poiché non abbiamo tenuto conto degli account di posta elettronica di ritorno o inattivi e delle risposte automatiche o verificato quanti dei 61.560 autori che si sono identificati come ricercatori medici fossero in realtà ricercatori medici. Sebbene mirassimo a valutare un ampio campione di ricercatori di diverse discipline, molti invitati hanno espresso di non poter partecipare poiché non avevano mai utilizzato chatbot AI in precedenza.

In tali casi, uno degli autori (JYN) ha incoraggiato questi ricercatori a partecipare comunque al sondaggio. Nonostante i nostri sforzi per incoraggiare tutti gli invitati, la generalizzabilità dei nostri risultati potrebbe essere influenzata, poiché coloro che hanno opinioni forti a favore o contro l'uso dei chatbot AI hanno maggiori probabilità di rispondere al nostro sondaggio; pertanto, coloro che hanno poca esperienza o coloro che non sono sicuri dell'uso dei chatbot AI potrebbero essere sottorappresentati nel nostro sondaggio.

Sebbene il basso tasso di risposta di questo pool influisca sulla generalizzabilità, il numero totale di partecipanti rappresenta comunque un campione di grandi dimensioni.

In conclusione, il nostro studio offre preziose informazioni sulle percezioni e l'uso dei chatbot AI tra i ricercatori in contesti scientifici. Sebbene una parte sostanziale degli intervistati abbia mostrato familiarità e abbia incorporato i chatbot AI nei propri processi di ricerca, i nostri risultati sottolineano sfide pronunciate, tra cui l'assenza di opportunità di formazione formale e politiche istituzionali che regolano l'uso dei chatbot AI. Nonostante i vantaggi percepiti dei chatbot AI nell'alleviare il carico di lavoro e gli oneri amministrativi, persistono preoccupazioni riguardo alla trasparenza e ai processi decisionali alla base di queste tecnologie. Il nostro studio evidenzia l'urgente necessità di strutture di supporto migliorate e iniziative educative per facilitare l'integrazione efficace dei chatbot AI nei flussi di lavoro scientifici. Affrontando queste lacune, ricercatori e istituzioni possono sfruttare appieno il potenziale dei chatbot AI per promuovere gli sforzi accademici e guidare l'innovazione nella ricerca scientifica.

[https://www.thelancet.com/journals/landig/article/PIIS2589-7500\(24\)00202-4/fulltext?dgcid=raven_jbs_aip_email](https://www.thelancet.com/journals/landig/article/PIIS2589-7500(24)00202-4/fulltext?dgcid=raven_jbs_aip_email)

Un ospedale su tre subisce cyberattacchi. E il fenomeno è in aumento. L'allarme Onu e Oms

Gli attacchi ransomware al settore sanitario rappresentano una minaccia crescente e inarrestabile, che richiede una risposta globale e coordinata. La cooperazione tra Stati e organizzazioni internazionali è essenziale per creare un ambiente sicuro in cui le strutture sanitarie possano operare senza il timore di attacchi informatici.

Negli ultimi anni, il settore sanitario è diventato uno dei bersagli preferiti dei criminali informatici. La pandemia di COVID-19 ha evidenziato quanto la salute globale dipenda da infrastrutture sanitarie efficienti, eppure queste stesse infrastrutture sono ora sotto attacco. Gli attacchi ransomware, una delle minacce più temute del panorama digitale, bloccano i sistemi e i dati ospedalieri, compromettendo le operazioni quotidiane e, in molti casi, mettendo in pericolo la vita dei pazienti.

Secondo un sondaggio globale del 2021, più di un terzo delle strutture sanitarie ha subito almeno un attacco ransomware nell'anno precedente. Questi attacchi costringono gli ospedali a pagare riscatti elevati, e anche quando i riscatti vengono pagati, non vi è alcuna garanzia che i dati vengano ripristinati. La conseguenza è un clima di terrore in cui le strutture sanitarie temono l'arrivo di attacchi che potrebbero mettere in ginocchio le operazioni.

Le statistiche mostrano che il costo globale dei danni causati dai ransomware ammonta a decine di miliardi di dollari ogni anno, cifra che continua a salire con la crescente sofisticazione delle tecniche utilizzate dagli hacker. Negli ultimi anni, diversi attacchi ransomware a ospedali e centri medici in tutto il mondo hanno avuto conseguenze disastrose, evidenziando la vulnerabilità delle infrastrutture sanitarie e l'urgenza di una risposta coordinata.

Attacchi di rilevanza globale

Il Direttore generale dell'OMS, **Tedros Adhanom Ghebreyesus**, ha espresso preoccupazione per la portata di questi attacchi durante un briefing al Consiglio di Sicurezza dell'ONU. Tra gli episodi citati, quello del 2020, in cui un attacco ransomware ha colpito l'ospedale universitario di Brno, in Repubblica Ceca, interrompendo per giorni le operazioni cliniche e mettendo a rischio i pazienti. Un caso simile ha coinvolto l'Irish Health Service Executive (HSE) nel 2021, con gravi ripercussioni sui servizi di assistenza sanitaria in Irlanda.

Le vulnerabilità del settore sanitario si sono aggravate anche durante la pandemia, poiché i criminali informatici hanno sfruttato l'aumento della digitalizzazione e la crescente dipendenza da sistemi informatici per la gestione dei dati. Le aziende biomediche coinvolte nella produzione e distribuzione di vaccini anti-COVID, così come i laboratori di ricerca, sono state particolarmente esposte, con attacchi che hanno interrotto la catena di approvvigionamento e rallentato la somministrazione delle dosi in alcuni paesi.

Le conseguenze economiche e umane

Gli effetti economici di questi attacchi sono significativi. Ascension Healthcare, un'importante rete ospedaliera negli Stati Uniti, ha stimato perdite per circa 0,9 miliardi di dollari a seguito di un attacco nel 2024, che ha compromesso le cartelle cliniche elettroniche di migliaia di pazienti, rendendo inaccessibili i servizi diagnostici come la risonanza magnetica e la tomografia computerizzata. Il personale medico si è trovato costretto a ricorrere a backup cartacei, causando ritardi nelle cure e aumentando il rischio per i pazienti.

L'attacco ha richiesto quasi 40 giorni per essere risolto, durante i quali il personale ha dovuto affrontare un arretrato di documentazione enorme e una carenza di risorse tecnologiche, accentuando il clima di stress già presente. Gli ospedali che sono stati vittime di ransomware non solo devono affrontare i costi per la gestione dell'incidente, ma anche la perdita di fiducia da parte del pubblico, che vede nelle strutture sanitarie un pilastro fondamentale per la propria sicurezza.

Le risposte dell'OMS e delle Nazioni Unite

In risposta alla crescente minaccia, l'OMS ha intrapreso una serie di azioni concrete per aiutare i paesi a difendersi dagli attacchi informatici. Tra queste, una collaborazione con INTERPOL e l'UNODC per la pubblicazione di linee guida e rapporti sulla protezione informatica delle infrastrutture sanitarie. Queste linee guida mirano a rafforzare la resilienza del settore, enfatizzando l'importanza di un approccio integrato che includa l'uso di tecnologie avanzate, la formazione del personale e l'adozione di misure preventive.

L'OMS sta anche lavorando su nuove normative per migliorare la sicurezza informatica e la privacy digitale nel settore sanitario. Le autorità sanitarie si stanno preparando a pubblicare una serie di linee guida specifiche, che verranno introdotte l'anno prossimo, per aiutare gli ospedali a prevenire e gestire attacchi di questo tipo.

L'importanza della cooperazione internazionale

Al Consiglio di Sicurezza, gli ambasciatori hanno sottolineato la necessità di una cooperazione internazionale per fronteggiare questa minaccia. **Anne Neuberger**, coordinatrice della politica di sicurezza nazionale degli Stati Uniti, ha ricordato i dati impressionanti degli attacchi avvenuti negli Stati Uniti solo nel 2023, con oltre 1.500 incidenti e un costo di circa 1,1 miliardi di dollari.

Neuberger ha invitato i paesi a unirsi contro le bande criminali e a smettere di pagare i riscatti, una pratica che incentiva ulteriori attacchi. Ha sottolineato che la comunità internazionale deve impegnarsi per arrestare i criminali informatici e impedire loro di operare impunemente. Alcuni Stati, tra cui la Russia, sono stati accusati di permettere a queste bande di agire liberamente sul proprio territorio, rendendo il problema ancora più complesso e difficile da risolvere.

Anche l'ambasciatore francese ha sottolineato la necessità di rispettare le norme internazionali e ha invitato gli Stati a impedire che i propri territori vengano usati per attività informatiche dannose. La Francia si è impegnata a lavorare per migliorare la sicurezza globale nel settore sanitario e a promuovere una maggiore consapevolezza delle sfide poste dagli attacchi informatici.

Le prospettive per il futuro

La gravità del problema ha spinto l'ONU a considerare l'adozione di nuovi protocolli e convenzioni per proteggere le infrastrutture critiche, tra cui gli ospedali, e punire coloro che conducono attacchi ransomware. La Cina ha suggerito l'importanza di strategie collaborative e approcci tecnici più specializzati per affrontare la complessità della minaccia.

L'ambasciatore russo ha ribadito l'impegno della Russia nella lotta contro gli attacchi informatici, ma ha messo in dubbio l'inclusione del ransomware nell'agenda del Consiglio, suggerendo un dibattito in forum più specifici. La Russia ha comunque sottolineato la necessità di nuove convenzioni internazionali per combattere il fenomeno e proteggere le infrastrutture sanitarie, pur mantenendo la propria posizione cauta su alcune delle proposte avanzate dai colleghi occidentali.

Un urgente bisogno di azione coordinata

Gli attacchi ransomware al settore sanitario rappresentano una minaccia crescente e inarrestabile, che richiede una risposta globale e coordinata. La cooperazione tra Stati e organizzazioni internazionali è essenziale per creare un ambiente sicuro in cui le strutture sanitarie possano operare senza il timore di attacchi informatici.

L'OMS e le Nazioni Unite stanno facendo la loro parte, ma è essenziale che ogni paese investa nella protezione delle proprie infrastrutture sanitarie, adottando un approccio completo che comprenda sia le tecnologie avanzate sia la formazione del personale. Solo attraverso un impegno collettivo sarà possibile costruire un sistema sanitario resiliente, capace di resistere alle minacce del futuro.

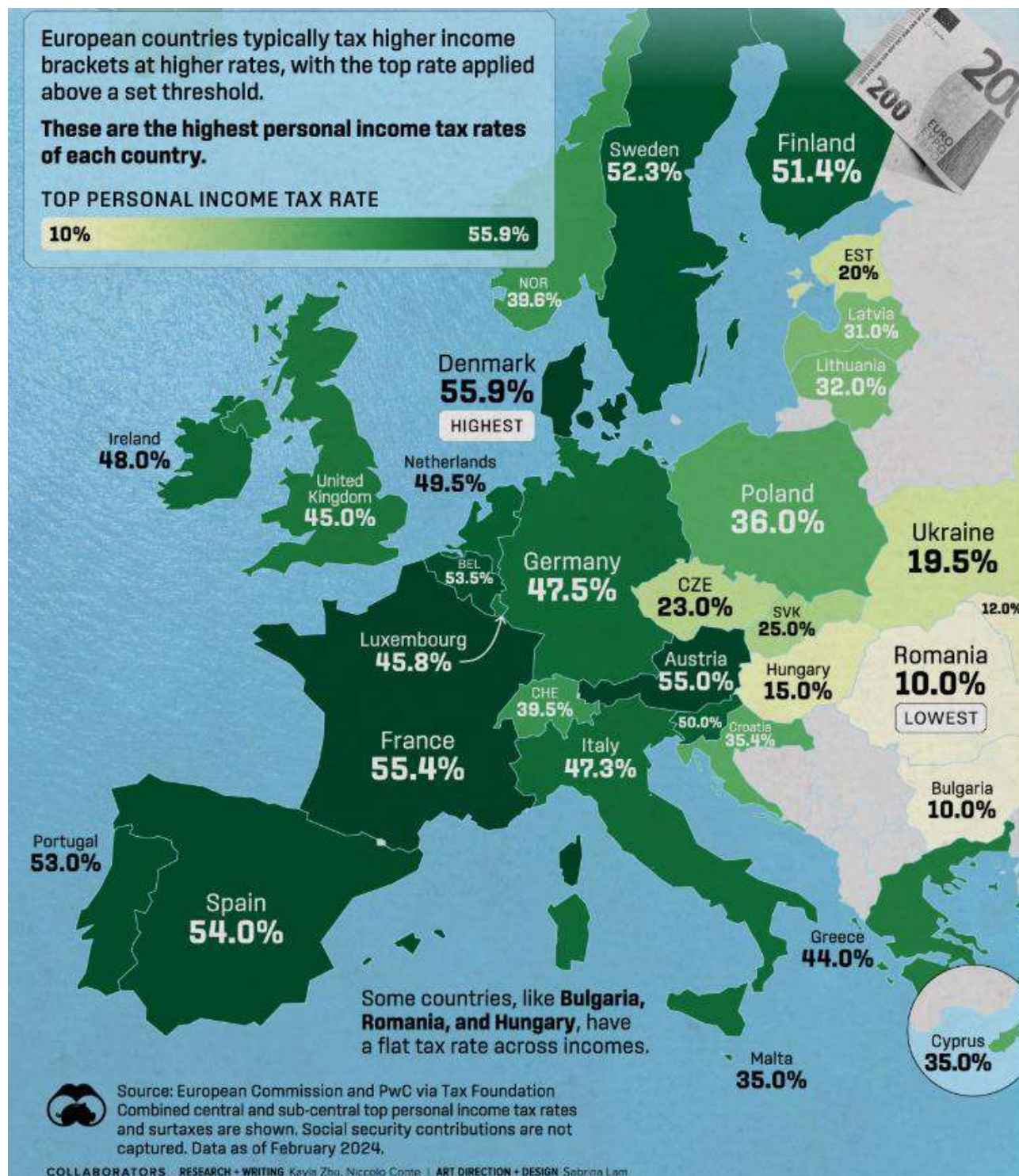
https://www.quotidianosanita.it/cronache/articolo.php?articolo_id=125657

Dai dati Almalaurea 2024



A quanto ammonta la pressione fiscale nei Paesi europei nel 2024?

Flavio Di Stefano



Le aliquote dell'imposta sul reddito in Europa variano notevolmente e riflettono diversi approcci al finanziamento dei servizi pubblici: i Paesi che impongono aliquote fiscali marginali massime più elevate

spesso sostengono sistemi di previdenza sociale estesi, mentre quelli con aliquote più basse possono dare priorità alla competitività o mantenere programmi meno completi.

Una mappa elaborata da Visual Capitalist mostra l'aliquota massima dell'imposta sul reddito delle persone fisiche prevista dalla legge in 36 Paesi europei. Le nazioni del Vecchio Continente in genere utilizzano un sistema fiscale progressivo, in cui le fasce di reddito più elevate sono tassate a tassi più elevati, con l'aliquota massima applicata solo al reddito superiore a una soglia stabilita. Queste sono le aliquote fiscali più elevate per le persone fisiche di ogni Paese europeo.

I dati provengono dalla Commissione Europea e da PwC tramite Tax Foundation (aggiornati a febbraio 2024), con aliquote fiscali e sovrattasse combinate centrali e sub-centrali. I contributi previdenziali non sono inclusi. Tra i Paesi europei dell'OCSE, l'aliquota massima media dell'imposta sul reddito delle persone fisiche è del 42,8%. Danimarca (55,9%), Francia (55,4%) e Austria (55%) presentano i tassi più elevati, mentre Ungheria (15%), Estonia (20%) e Repubblica Ceca (23%) presentano i tassi più bassi.

In genere, i Paesi europei al di fuori dell'OCSE hanno aliquote fiscali massime più basse e spesso utilizzano un sistema di imposta fissa. Bulgaria e Romania hanno l'aliquota più bassa al 10%, seguite da Moldavia (12%), Ucraina (19,5%) e Georgia (20%).

I Paesi scandinavi, noti per le loro ampie reti di sicurezza sociale e per i finanziamenti pubblici per servizi quali l'assistenza sanitaria universale, l'istruzione superiore e il congedo parentale, impongono anche aliquote fiscali sul reddito delle persone fisiche relativamente elevate.

https://www.idealista.it/news/finanza/fisco/2024/11/15/184340-a-quanto-ammonta-la-pressione-fiscale-nei-paesi-europei-nel-2024?utm_medium=displayothers&utm_campaign=newsGeneralContent&utm_campaigntype=aIlUsers&utm_project=newsGeneralContent&utm_source=outbrain&utm_placement=IT+Repubblica+RepGroup+Gedi+Network+%28GEDI+DIGITAL%29&utm_providercampaignname=it-IT-traffic-news-desktop&utm_providercampaignid=00ef96f0305cd235de2890605f4f1f0884&utm_provideraid=009585e22775fb52897c8aeba1b47fa2c4&utm_idcatalogue=news_all&utm_providerclickid=v4-JF3H2O7-1078740534-1&utm_content=migrated&utm_bidtype=1&utm_id=00ef96f0305cd235de2890605f4f1f0884&di_cbo=v4-JF3H2O7-1078740534-1



La ricchezza degli italiani raccontata con mappe e grafici

Infodata

Aumentano i redditi, ma l'inflazione corre più veloce. I nuovi dati diffusi dal ministero dell'Economia e delle Finanze (Mef), riferiti all'anno d'imposta, indicano un balzo deciso nella ricchezza degli italiani: il reddito medio si è attestato a 21.752 euro, cioè 1.007 euro in più dei 20.745 euro del 2021, segnando così l'aumento più forte da almeno 15 anni a questa parte. Se i redditi hanno evidenziato un incremento su base annua del 4,85%, la loro progressione è stata però totalmente erosa da un'inflazione che nel 2022 si era attestata all'8,1% (fonte Istat).

Come ogni anno, INTWIG – società di data intelligence con sede a Bergamo – ha analizzato le principali variabili legate ai redditi in Italia.

L'exploit di Portofino e il primato milanese

La geografia dei redditi consegna novità e sorprese. È ora Portofino (Genova) il comune più “ricco” d'Italia, con un exploit da record: il borgo della Riviera ligure ha registrato nel 2022 un reddito pro capite di 90.610, più che raddoppiato rispetto ai 39.200 euro del 2021 (+131%). Scivola così al secondo posto Lajatico (Pisa), con un valore sostanzialmente stabile di 52.955 euro (contro i 52.378 euro del 2022), mentre Basiglio (Milano) completa il podio a quota 49.524 euro (contro i 44.849 euro del 2021). La “rivelazione” è Briaglia (Cuneo), che nella graduatoria nazionale scala ben 1.039 posizioni in dodici mesi e si piazza al quarto posto con un reddito pro capite di 43.475 euro, in aumento del 95,2% rispetto ai 22.271 euro dell'anno precedente. La top-ten rivela due new entry: il 9° posto è ora occupato da Pino Torinese (Torino, lo scorso anno era 12a) e al 10° posto c'è Milano, l'unico capoluogo a spingersi così in alto: proprio la città metropolitana di Milano conta ben 4 comuni tra i primi dieci più ricchi.

Comune	Sigla Provincia	2022	≡	2021	Posizione 2022	Posizione 2021	
Portofino	GE	90.610		39.200	1	4	● +3
Lajatico	PI	52.955		52.378	2	1	● -1
Basiglio	MI	49.524		44.849	3	2	● -1
Briaglia	CN	43.475		22.271	4	1.039	● -1.035
Cusago	MI	39.814		37.714	5	6	● +1
Torre D'Isola	PV	36.841		36.690	6	8	● +2
Bogogno	NO	36.616		39.606	7	3	● -4
Segrate	MI	35.866		33.772	8	9	● +1
Pino Torinese	TO	35.378		33.491	9	12	● +3
Milano	MI	35.282		33.703	10	11	● +1

Anche a distanza di tempo, il 2022 rappresenta un'interessante prospettiva d'analisi per almeno due motivi: superata la crisi pandemica, è stato l'anno del sostanziale ritorno alla normalità anche da un punto di vista delle attività economiche e sociali; al tempo stesso, il 2022 è stato tuttavia segnato dall'invasione russa in Ucraina e dall'inizio di una guerra dalle pesanti ricadute anche economiche, a partire dall'accelerazione dei prezzi dei beni di consumo dall'escalation dei costi energetici.



Un Paese (sempre) diviso in due

Dai dati emerge la fotografia di un Paese che non riesce a riparare le storiche fratture socio-economiche. La forbice tra Nord e Sud rimane ampia: la Lombardia resta stabilmente la regione col reddito pro capite più elevato (25.698 euro nel 2022, +1.126 euro rispetto al 2021), mentre il Trentino-Alto Adige sale al secondo posto (23.876 euro, +1.338 euro) superando l'Emilia-Romagna (23.713 euro, +982 euro). Nonostante valori in aumento, le regioni del Sud rimangono attardate: la Calabria resta la regione con i redditi pro capite più bassi (16.108 euro, +814 euro), seguita da Molise (17.049 euro, +819) e Puglia (17.230 euro, +849 euro).

Redditi per Regione					
	2022	2021	Variazione redditi	Pos 2022	Pos 2021
Lombardia	25.698	24.572	1.126	1	1
Trentino-Alto Adige	23.876	22.538	1.338	2	3
Emilia-Romagna	23.713	22.731	982	3	2
Lazio	23.345	22.284	1.061	4	4
Piemonte	22.997	22.064	933	5	5
Veneto	22.883	21.745	1.138	6	7
Friuli-Venezia Giulia	22.805	21.844	961	7	6
Valle d'Aosta	22.684	21.174	1.510	8	9
Liguria	22.308	21.441	867	9	8
Toscana	22.188	21.067	1.121	10	10
Marche	20.641	19.672	968	11	11
Umbria	20.050	19.252	798	12	12
Abruzzo	18.874	17.928	946	13	13
Sardegna	18.441	17.654	787	14	14
Campania	17.846	16.930	916	15	15
Basilicata	17.293	16.510	783	16	16
Sicilia	17.286	16.422	863	17	17
Puglia	17.230	16.381	849	18	18
Molise	17.049	16.230	819	19	19
Calabria	16.108	15.294	814	20	20

Analogamente, le grandi città continuano a concentrare la maggior ricchezza: al netto dei casi peculiari dei borghi più ricchi, la tendenza è quella di un aumento del reddito all'aumentare della dimensione del comune. Guardando alla dimensione delle città, sono quelle oltre i 250mila abitanti a registrare i redditi pro capite più alti (26.694 euro), seguite dai centri tra i 100mila e i 250mila residenti (23.866 euro); sotto la media nazionale ci sono tutte le altre morfologie urbane, sino alla coda rappresentata dai comuni con meno di 5mila residenti (lì il reddito pro capite si ferma a 19.304 euro).

L'asse Milano-Monza-Bergamo

L'analisi delle città capoluogo di provincia consolida le gerarchie recenti e ribadisce il primato del cuore economico-produttivo della Lombardia. Milano resta saldamente il capoluogo col reddito pro capite più alto (35.282 euro), al secondo posto c'è Monza (31.362 euro), al terzo Bergamo (30.512 euro); la Lombardia conta altre due città (Pavia quarta, Lecco settima) nella top-ten dei capoluoghi, l'Emilia-Romagna ne conta in tutto tre (Parma ottava, Bologna nona, Modena decima) e il Veneto due (Treviso quinta, Padova sesta).

Redditi per comune capoluogo di provincia

Bolzano	27.242
Roma	27.206
Lodi	27.039
Siena	26.994
Firenze	26.133
Cremona	25.930
Varese	25.914
Brescia	25.858
Udine	25.782
Pisa	25.774
Trento	25.632
Pordenone	25.559
Piacenza	25.440
Vicenza	25.436
Mantova	25.403
Verona	25.339
Belluno	25.336
Cagliari	25.315
Novara	25.266
Torino	25.224
Como	25.102

I quartieri delle grandi città: forbici ampie

I dati del Mef permettono di cogliere alcune differenze all'interno delle grandi città, sulla base dei dati reddituali suddivisi per CAP.

I primi tre quartieri più ricchi d'Italia si trovano tutti a Milano, contraddistinti dai CAP 20121 (la zona più centrale, tra Duomo e Brera: 94.369 euro), 20145 (dove sorge anche City Life: 83.768 euro) e 20123 (Missori, Sant'Ambrogio, Colonne di San Lorenzo: 74.232 euro). È invece a Palermo il quartiere più povero: nell'area della città che ha come CAP 90122, il reddito medio si ferma a 7.835 euro.

Nel quartiere più "ricco" d'Italia, il reddito medio è pari a circa 12 volte il reddito del quartiere più "povero" del Paese.

Focus Milano

A Milano il quartiere più "ricco" risulta quello circoscritto dal CAP 20121 (centro), dove si osserva un reddito medio di 94.369 euro, mentre i valori più bassi riguardano il CAP 20157 (zona Quarto Oggiaro, Sacco e aree limitrofe: 18.509 euro)

Nel complesso, 7 zone (CAP) su 38 superano i 50mila euro euro, 11 zone (CAP) si attestano tra i 30mila e i 50mila euro, 19 zone (CAP) tra i 20mila e i 30mila euro e una sola zona (appunto quella del CAP 20157) è al di sotto dei 20mila.

Il quartiere più "ricco" ha un reddito pari a circa 5 volte il reddito del quartiere più "povero".

Focus Roma

Nella capitale, la forbice della ricchezza oscilla tra il reddito medio del CAP 00187 (rione Trevi, rione Ludovisi e aree limitrofe), che si attesta a 66.585 euro, e il minimo di 14.771 euro del CAP 00119 (Ostia antica).

Su un totale di 72 aree (CAP), 4 superano i 50mila euro di reddito medio, 24 si attestano nella fascia 30mila-50mila, 38 sono nel range 20mila-30mila e 5 al di sotto dei 20 mila.

Il quartiere più "ricco" ha un reddito pari a circa 4,5 volte il reddito del quartiere più "povero".

Focus Napoli

A Napoli il primato spetta al CAP 80123 (Posillipo), dove il reddito medio sale a 44.911 euro, mentre il fanalino di coda è il CAP 80139 (via Carbonara, via Rosaroli, Borgo Sant'Antonio Abate), fermo a 12.695 euro (il secondo più "povero" d'Italia). La città è suddivisa in 25 CAP: 5 zone superano i 30mila euro (ma, a differenza delle

altre città, nessun'area supera o si avvicina alla fascia dei 50mila euro), 6 si situano nella classe di reddito 20mila-30mila euro, 14 zone sono al di sotto dei 20mila euro.

Il quartiere più "ricco" ha un reddito pari a circa 3,5 volte il reddito del quartiere più "povero".

Gli altri dati, in pillole

– I contribuenti salgono a 42.026.960, oltre mezzo milione in più rispetto ai 41.497.318, a conferma della buona dinamica occupazionale.

– Si amplia la "comunità dei paperoni". Registrano un balzo significativo i contribuenti che dichiarano oltre 120mila euro: nel 2022 se ne sono contati 429.927, in aumento del 15,6% rispetto ai 371.868 del 2021.

– Il totale dei redditi in Italia ammonta a oltre 969 miliardi di euro: l'1% più ricco, cioè i 429.927 contribuenti che dichiarano più di 120mila euro, detengono quasi 97,7 miliardi di euro, cioè il 10,1% della ricchezza.

– I redditi crescono con velocità differenti a seconda della condizione professionale-occupazionale: i redditi da lavoro dipendente crescono da 21.497 a 22.284 euro (+3,7%), i redditi da pensione passano da 18.989 a 19.747 euro (+4%), i redditi da lavoro autonomo aumentano da 60.600 a 64.741 euro (+6,8%).

– Le entrate da imposte sui redditi delle persone fisiche (Irpef) salgono a 174,2 miliardi di euro, con un aumento di 3,2 miliardi; a questo gettito si aggiungono 13,9 miliardi di euro da addizionali regionali (+1 miliardo) e 5,8 miliardi di addizionali comunali (+470 milioni).

Le sfide: «Redistribuzione della ricchezza, demografia, marketing territoriale»

«I dati – commenta Aldo Cristadoro, CEO di INTWIG, società di data intelligence che ogni anno fornisce un'analisi dettagliata sulla ricchezza degli italiani – consegnano un aumento significativo dei redditi, a conferma della forte ripresa post-Covid. Tale incremento risulta tuttavia vanificato dalla dinamica inflattiva, che ha portato a una complessiva perdita del potere d'acquisto per contribuenti e famiglie. Restano evidenti le fratture storiche del Paese, tanto quella Nord-Sud quanto quella centro-periferia».

«Emergono poi ulteriori elementi d'analisi, da portare all'attenzione della politica per delineare scelte strategiche per i prossimi anni – aggiunge Cristadoro -. In primis la redistribuzione dei redditi, per evitare che la ricchezza si concentri in una fascia ristretta di popolazione. Si pone poi il tema demografico, già evidente guardando alle aree interne: la progressiva riduzione della popolazione in età lavorativa e l'aumento dei renderà necessario individuare soluzioni per garantire la tenuta del sistema. In questo senso si apre la sfida dell'attrattività dei territori per favorire l'arrivo di giovani, attraverso una prospettiva di sistema che affronti non solo la questione salariale, ma anche con strumenti di welfare e servizi che compensino il gap con gli altri Paesi europei, favorendo una piena promozione della qualità della vita».

<https://www.infodata.ilsole24ore.com/2024/07/25/la-ricchezza-degli-italiani-raccontata-con-mappe-e-grafici/>



Contraddizioni, debolezze e paure elettorali della politica fiscale del governo Meloni

le statistiche sull'evasione vengono ridimensionate non solo per un recupero effettivo di [gettito](#) che pure c'è stato grazie alla fatturazione elettronica, ma anche perché i contribuenti forfettari, ormai più della metà del totale, vengono esclusi dalle stime ufficiali dell'evasione e considerati corretti, anche se non lo sono affatto.

Vincenzo Visco

Qualche giorno fa ho ricevuto una telefonata da un conoscente che fa il professionista e che era scandalizzato dalle ultime norme varate dal governo in materia di concordato. "Pensa un po' – mi ha detto – il 2023 è stato

per me un anno negativo, forse il peggiore da quando ho iniziato la mia attività, e ho quindi dichiarato 71.000 euro.

Quest'anno gli affari hanno ripreso l'andamento abituale e quindi avrei dovuto dichiarare più di 350.000 euro. Ora, se aderisco al concordato, sarò tenuto a dichiarare solo 73.000 euro per il 2024, e 75.000 per il 2025, indipendentemente dai miei guadagni effettivi, con un risparmio, ogni anno, di 70-80.000 euro di [imposta](#): è evidente che lo farò".

Per quanto si tratti di un caso limite, esso dimostra che tutti coloro che per una ragione o un'altra prevedono entrate crescenti per il prossimo anno aderiranno al concordato (con relativa perdita di [gettito](#) per lo Stato), così come aderiranno coloro che, forniti di un'ISA (Indice sintetico di affidabilità) basso, faranno anche il condono, liberandosi da possibili accertamenti relativi agli ultimi anni, e beneficiando di aliquote drasticamente ridotte, anzi addirittura ridicole.

Altro che contrasto all'evasione! Vi è la massima comprensione e tutela degli evasori che avviene oggi alla luce del sole, senza remore e senza vergogna.

Questa vicenda mostra non solo una visione e una concezione della materia tributaria da parte del governo priva di ogni principio, razionalità o senso etico, ma anche un evidente affanno, se non panico vero e proprio, data la impossibilità di distaccarsi dai vincoli e dai programmi europei, da un lato, e dalle promesse elettorali dall'altro.

La conferma di questo stato d'animo si trova nelle reazioni del tutto esagerate di fronte all'annuncio del ministro Giorgetti secondo cui i contribuenti beneficiari del bonus 110% avrebbero dovuto rivalutare le rendite catastali dei propri immobili. Giù le mani dalla casa! hanno iniziato tutti a gridare. No pasaran!

Senza rendersi conto che la norma che impone l'adeguamento delle rendite esiste da tempo per ogni ristrutturazione immobiliare effettuata, e che nel caso specifico la stragrande maggioranza degli interventi effettuati col 110% ha riguardato le prime case che sono esenti da Irpef ed Imu, e quindi non c'era materia su cui contendere.

In sostanza, la destra si trova in una situazione in cui l'unica proposta identitaria avanzata in materia fiscale, la flat tax per tutti, non solo è scomparsa dal dibattito, ma non è presente neanche nel programma economico che dovrebbe riguardare i prossimi 4-7 anni.

Quindi il nervosismo tende a prevalere, nella consapevolezza che non ci sono, e non ci saranno, le risorse per rispettare le promesse fatte. Salvo quelle che riguardano la tutela dell'evasione e degli evasori, che rappresenta la vera (e unica) stella polare della politica tributaria del governo Meloni.

E questa affermazione non rappresenta una forzatura polemica, ma una semplice descrizione della realtà, come dimostra un esame consapevole delle varie misure finora adottate.

Per esempio, poco tempo fa è stato varato un decreto delegato in tema di riscossione che incide fortemente sulle penalità applicabili in caso di evasione accertata, e quindi sul rischio collegato al mancato pagamento delle imposte: i contribuenti che devono al [fisco](#) fino a 120.000 euro (che non sono pochi) potranno limitarsi a comunicare all'Agenzia delle entrate di non essere in grado di pagare per ottenere una rateizzazione del debito fino a 10 anni.

Al di sopra dei 120.000 euro sarà necessario trasmettere qualche elemento di informazione circa la carenza di liquidità in cui si trova il contribuente per ottenere una analoga rateizzazione, trascurando il fatto che ci si può trovare, o apparire, a corto di liquidità ed essere invece pienamente solvibili.

In questo modo viene meno ogni effetto di deterrenza della normativa tributaria rispetto all'evasione fiscale, e il ricorso alla rateizzazione tende a diventare un metodo alternativo di finanziamento rispetto ai normali canali creditizi.

Inoltre, come è ben noto, è pratica diffusa che una volta pagata la prima rata dovuta, non pochi contribuenti scompaiono facendo affidamento sul fatto che nessuno li andrà a cercare.

Ma la misura più scandalosa, di cui è in parte responsabile anche il governo Conte I, è l'introduzione di un regime forfettario per i lavoratori autonomi e le imprese individuali per fatturati dichiarati fino a 85.000 euro (limite che il governo vorrebbe portare a 100.000) i quali, previo un abbattimento variabile a seconda della attività svolta, possono pagare un 15% forfettario in sostituzione di Iva, Irpef, addizionali regionali e comunali. Questi contribuenti sono inoltre esenti dall'Irap, e quindi non partecipano al finanziamento della sanità, oltre a quello dei servizi pubblici locali.

Va inoltre considerato che il forfait è riservato a contribuenti che secondo i dati ufficiali sono responsabili di una evasione media delle imposte dirette del 67-70%. In altre parole, essi guadagnano 100 e dichiarano 30-33.

Ciò significa che il limite di 85.000 euro corrisponde in realtà in media ad un livello di [fatturato](#) effettivo di circa 280.000 euro, ed è facile calcolare che un contribuente forfettario evasore, a quel livello di [fatturato](#) e di [reddito](#) risparmia, rispetto a un lavoratore dipendente con lo stesso livello di [reddito](#), poco meno di 80.000 euro di tasse l'anno. Scusate se è poco!

Questa è la situazione del [fisco](#) italiano oggi, che apparirebbe ad ogni osservatore esterno inaccettabile e indecente. Tanto più che, al di là della evasione, una parte considerevole dei redditi prodotti sono esclusi dalla tassazione o beneficiano di trattamenti agevolati, mentre una attenzione particolare viene riservata alle imprese, anche quelle che, per le loro dimensioni, non evadono o evadono poco. In sostanza il governo Meloni rappresenta e tutela i lavoratori indipendenti, le piccole imprese, i professionisti, gli affaristi, e considera i lavoratori dipendenti e i pensionati, soggetti sacrificabili su cui scaricare, tra tasse e contributi, buona parte del peso della finanza pubblica.

Al tempo stesso le statistiche sull'evasione vengono ridimensionate non solo per un recupero effettivo di [gettito](#) che pure c'è stato grazie alla fatturazione elettronica, ma anche perché i contribuenti forfettari, ormai più della metà del totale, vengono esclusi dalle stime ufficiali dell'evasione e considerati corretti, anche se non lo sono affatto.

Si tratta di una situazione inaccettabile, inaudita, ma diventata senso comune e non combattuta dall'opposizione e dai sindacati con la dovuta radicalità.

Non è sufficiente polemizzare sull'evasione e sulla sua entità e denunciare genericamente le ingiustizie del [fisco](#) italiano. Sarebbe necessario farne un oggetto centrale di lotta politica, sia in Italia che all'estero, fornendo le cifre, spiegando i meccanismi, e senza timore di perdere voti.

Si tratta della principale contraddizione del governo Meloni, e sarebbe assurdo non approfittarne. Stando così le cose, discutere di imposte patrimoniali va bene, ma bisogna evitare che diventino un alibi o una fuga in avanti rispetto alla situazione reale.

<https://www.fiscoequo.it/contraddizioni-debolezze-e-paure-elettorali-della-politica-fiscale-del-governo-meloni/>



L'Italia spaccata dell'Irpef: il 15% dei contribuenti paga i servizi per tutti gli altri (Sole24Ore)

Sono pochi, circa il 5% degli italiani che presentano la dichiarazione dei redditi. Da soli pagano il 42% dei 189,31 miliardi generati dall'Irpef. E non hanno ricevuto in questi anni nessuna forma di sconto fiscale. Sono i contribuenti che dichiarano al [Fisco](#) un [reddito](#) superiore a 55mila euro e che ora, se superano anche la soglia dei 75mila, riceveranno un ulteriore aumento di pressione fiscale sotto forma di tetto all'utilizzo delle detrazioni.

Circondati ordinariamente da un disinteresse generale, ricevono attenzione pubblica una volta all'anno con la presentazione dell'Osservatorio di Itinerari previdenziali sulle entrate fiscali.

Il Centro di ricerche guidato da Alberto Brambilla ha illustrato oggi i nuovi numeri alla Camera in un evento organizzato con la Cida, la confederazione dei dirigenti e delle alte professionalità guidata da Stefano Cuzzilla. Le cifre dicono due cose: che la povera Irpef, trafitta dai regimi sostitutivi e dall'evasione, si è trasformata in

modo ormai strutturale in un club per pochi che pagano per tutti gli altri. E che la forte crescita economica vissuta subito dopo il Covid, e fotografata dalle dichiarazioni 2023 sui redditi 2022 oggetto dell'ultima analisi, ha modificato solo marginalmente il quadro.

Il 45,16% degli italiani non ha redditi (o non li dichiara)

Il [gettito](#) è cresciuto in un anno del 6,3%, quindi un po' meno del Pil nominale che nel 2022 ha fatto registrare un +7,7%. E si è modificata un po' anche la forma tradizionalmente schiacciata dalla piramide dei redditi dichiarati: perché è salito sia il numero di contribuenti con redditi compresi tra i 20 e i 29mila euro (9,5 milioni) sia quello dei redditi dai 29mila euro in su, mentre sono diminuite le dichiarazioni che indicano redditi fino a 20mila euro, in calo da 23,133 a 22,356 milioni. Ma questi piccoli smottamenti non cambiano la sostanza della questione: il 45,16% degli italiani non ha redditi (o non li dichiara), e di conseguenza vive a carico di qualcun altro. E quel qualcuno è rappresentato dal 15,26% dei contribuenti, che dichiarando redditi superiori a 35mila euro pagano il 63,39% dell'Irpef italiana. Una minoranza di "ricchi", e fedeli al [Fisco](#), che paga sanità e welfare per tutti gli altri ed è stata fin qui esclusa da ogni forma di agevolazione.

Spesa per il welfare più che raddoppiata dal 2008 al 2022

Ora si discute di «ceto medio», e della possibilità di limare un po' l'[aliquota](#) delle fasce centrali di [reddito](#) se il [concordato preventivo](#) offrirà risorse un po' più generose rispetto alle previsioni che dominano la vigilia. Ma, se andrà bene, si tratterà comunque di un palliativo, in un Paese di "poveri ufficiali" che dal 2008 al 2022 ha visto crescere solo del 25% il [gettito](#) dell'Irpef mentre la spesa per il welfare è più che raddoppiata.

<https://www.fiscoequo.it/litalia-spaccata-dellirpef-il-15-dei-contribuenti-paga-i-servizi-per-tutti-gli-altri-sole24ore/>



Gli scaglioni "effettivi" dell'Irpef per i dipendenti ora sono sei: situazione non equa e poco seria

Vincenzo Visco

Per il 2025 la legge di [bilancio](#) conferma e stabilizza i tre scaglioni formali, ma per quanto riguarda i lavoratori dipendenti, introduce una modifica nella struttura delle detrazioni che porta a sei gli scaglioni effettivi con aliquote marginali per i ceti medi (tra 28mila e 50mila euro).

L'obiettivo principale della strategia fiscale iniziale del Governo Meloni era la Flat Tax, l'[aliquota](#) unica Irpef per tutti i contribuenti. Per questo motivo, lo scorso anno il Governo eliminò l'[aliquota](#) del 25% tra 15mila e 28mila euro, estendendo al tempo stesso il limite del primo scaglione da 15mila a 28mila euro.

Questo intervento fu presentato come un primo passo di avvicinamento graduale all'obiettivo dell'[aliquota](#) unica.

In verità, a causa delle detrazioni decrescenti, le aliquote effettive erano quattro per tutte le categorie di contribuenti: lavoratori dipendenti, pensionati e autonomi. Inoltre, al di là del numero, le aliquote erano sostanzialmente diverse per le varie categorie, configurando in realtà tre diverse imposte sul [reddito](#). Infatti, in presenza di detrazioni decrescenti, man mano che il [reddito](#) cresce la detrazione prevista si riduce, e quindi l'[aliquota](#) marginale effettiva aumenta superando quella formale.

In virtù di questo meccanismo, inoltre, i contribuenti con detrazioni più alte (i dipendenti) subiscono aliquote marginali effettive più elevate di chi beneficia di detrazioni più basse (pensionati ed autonomi).

Solo dopo i 50mila euro si torna alle tre aliquote (23-35-43) per il 6% circa dei contribuenti, superiori all'[aliquota](#) massima del 43%.

Gli scaglioni effettivi risultano infatti essere: 0 – 15.000 euro – 23%; 15.001 – 28.000 euro – 32,15%; 28.001 – 32.000 euro – 40,41%; 32.001 – 40.000 euro – 56,18%; 40.001 – 50.000 euro – 43,68%; Oltre 50.000 euro – 43%. Notevole appare l'[aliquota](#) del 56,18%!

Ciò dipende dal fatto che è stato introdotto un nuovo bonus (con percentuali decrescenti: 7,1 -5,3 – 4,8) fino a 20mila euro di [reddito](#) con lo scopo di sostituire la precedente fiscalizzazione delle detrazioni per i lavoratori.

Il bonus affianca il cosiddetto bonus Renzi, rimasto invariato, compresa l'assurda clausola per cui fino a 8.173 euro esso non si applica, mentre a 8.175 scatta integralmente.

È inoltre cambiata anche la struttura delle detrazioni, introducendo una detrazione di mille euro costante fino a 32mila, e poi decrescente fino a 42mila, con lo scopo di riassorbire il gradino esistente a 35mila euro.

Si rafforza così anche l'anomalia delle tre imposte in una, dimenticando che l'[imposta](#) sul [reddito](#) era nata, e trova la sua ragion d'essere, proprio per unificare i redditi dei contribuenti: un'unica [imposta](#) con gli stessi scaglioni, e le stesse aliquote per tutti, salvo una differenziazione nelle detrazioni per tener conto delle diverse tipologie di [reddito](#), situazioni personali, ecc.

Detrazioni che dovevano essere fisse in modo da non alterare le aliquote marginali.

La situazione attuale non è equa, ma soprattutto non è seria. Essa va superata.

Ciò può essere fatto facendo ricorso alla determinazione delle aliquote utilizzando una funzione continua (a sostanziale parità di [gettito](#) e di incidenza personale) con due soli parametri: a) una percentuale (ad esempio, 45%) che costituisce il limite verso cui tende l'[aliquota](#) media all'infinito, e b) una cifra fissa che consente di ottenere l'andamento desiderato per la curva delle aliquote medie; oltre ad un terzo parametro, in cifra fissa, per introdurre una detrazione differenziata a seconda delle diverse tipologie di [reddito](#). In questo modo le tre imposte verrebbero riunificate, a parità di [gettito](#), e nel rispetto della visione distributiva del governo di turno.

<https://www.fiscoequo.it/gli-scaglioni-effettivi-dellirpef-per-i-dipendenti-ora-sono-sei-situazione-non-equa-e-poco-seria/>



Tre grafici sull'evasione fiscale e contributiva

Eleonora Trentini

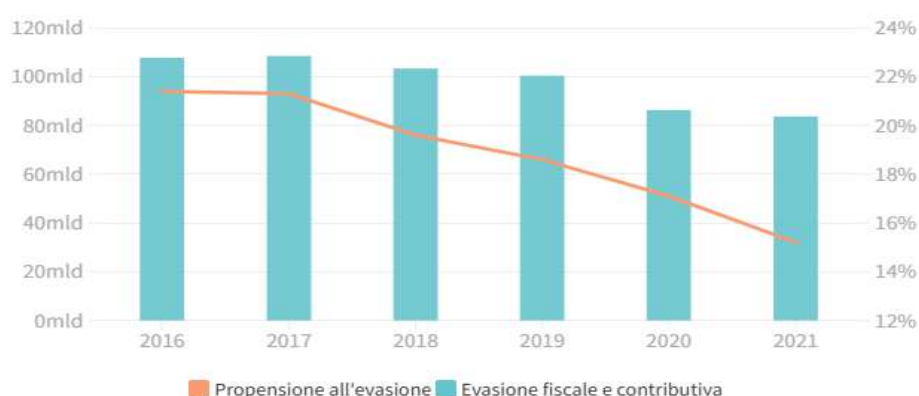
L'evasione fiscale e contributiva in Italia è diminuita dal 2016 al 2021, nonostante resti molto alta. Le imposte più evase sono l'Irpef da lavoro autonomo e impresa e l'Iva; quest'ultima però non ha una delle maggiori propensioni all'evasione. In questa serie di grafici, abbiamo preso in considerazione i dati contenuti nell'[aggiornamento del ministero dell'Economia e delle Finanze](#).

Secondo l'aggiornamento del ministero dell'Economia e delle Finanze, l'evasione fiscale e contributiva in Italia è in diminuzione. L'evasione fiscale si misura tramite il tax gap, ossia la differenza tra quanto si stima che si sarebbe dovuto versare e quanto effettivamente è stato versato. Nel 2021, il tax gap è stato di 83,65 miliardi di euro, inferiore a quello del 2020 (86,33 miliardi) e degli anni precedenti. Tuttavia, nonostante si sia ridotto di circa 24,4 miliardi dal 2016 al 2021, i suoi valori restano molto alti.

Un discorso simile vale per la propensione totale all'evasione, misurata come la percentuale di imposte non pagate sul totale di quelle dovute. Nel 2021, infatti, la propensione totale all'evasione si è ridotta al 15,2 per cento, inferiore di 1,9 punti percentuali rispetto al 2020 e di 6,2 rispetto al 2016.

Evasione fiscale e propensione all'evasione continuano a ridursi

Evasione fiscale e contributiva (in miliardi di euro) e propensione all'evasione (in percentuale), anni 2016 - 2021



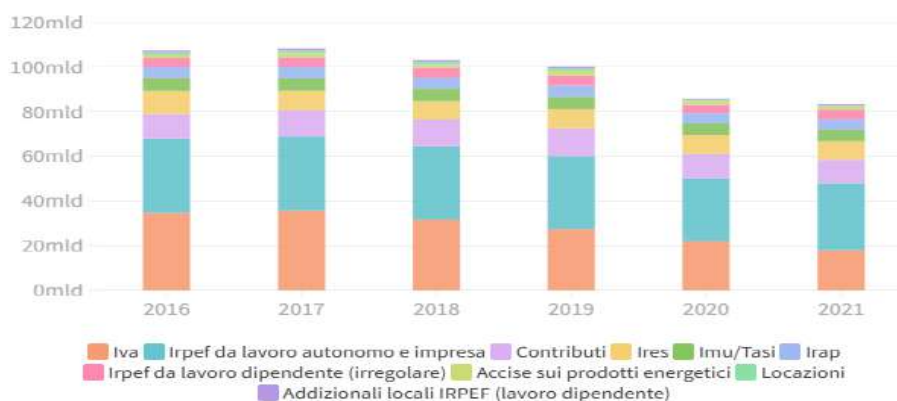
Fonte: Aggiornamento sulla relazione sull'economia non osservata e sull'evasione fiscale e contributiva

lavoce.info

Dal 2016 al 2021 le imposte più evase sono state l'Irpef da lavoro autonomo e impresa e l'Iva. Tuttavia, l'evasione fiscale dell'Iva nel corso degli anni si è quasi dimezzata: era, infatti, di 35,58 miliardi di euro nel 2017 mentre nel 2021 è stata di 18,09 miliardi. La tendenza alla riduzione è stata favorita da strumenti innovativi come lo split payment, la fatturazione elettronica e dall'incentivo ai pagamenti elettronici. Al contrario, l'Irpef da lavoro autonomo e impresa ha registrato nel corso degli anni un tax gap stabile e molto alto: nel 2020, essa era scesa a 28,07 miliardi (per la prima volta al di sotto dei 30 miliardi di euro), ma nel 2021 invece è stata di 30,03.

L'evasione fiscale dell'Iva è diminuita negli anni

Evasione fiscale e contributiva (in miliardi di euro) per tipologia di imposta e contributi, anni 2016 - 2020



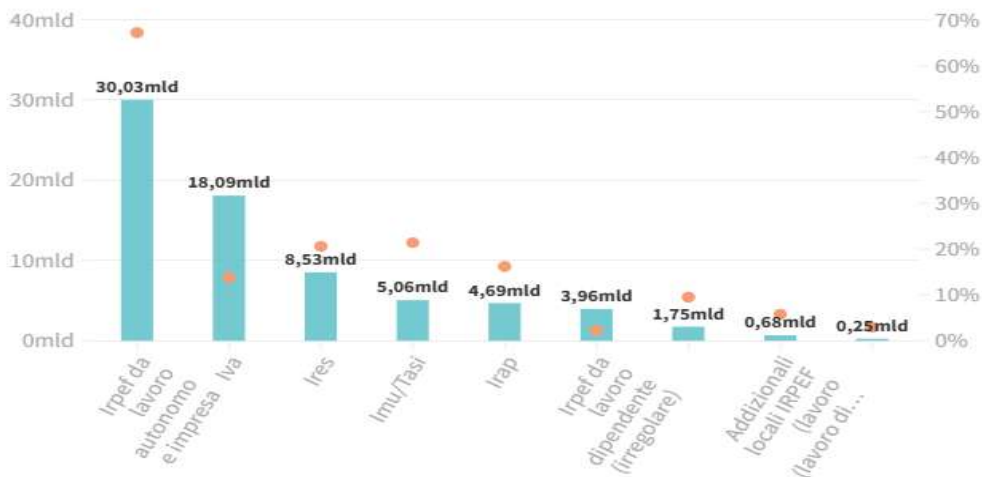
Fonte: Aggiornamento sulla relazione sull'economia non osservata e sull'evasione fiscale e contributiva

lavoce.info

L'Iva, nonostante sia una delle imposte più evase, non è però quella con una propensione all'evasione maggiore, che risulta essere del 13,8 per cento. Infatti, sia l'Ires sia l'Imu/Tasi hanno una propensione maggiore (rispettivamente di 20,6 e 21,4 per cento) anche se la loro evasione fiscale è più bassa in termini di entrate tributarie (8,53 e 5,06 miliardi di euro). L'Irpef da lavoro autonomo e impresa, invece, si conferma avere sia il livello di evasione più alto sia la maggiore propensione all'evasione, che è del 67,2 per cento.

L'Irpef da lavoro autonomo e impresa è l'imposta più evasa

Evasione fiscale (in miliardi di euro) e propensione all'evasione (in percentuale), 2021



Fonte: Aggiornamento sulla relazione sull'economia non osservata e sull'evasione fiscale e contributiva

lavoce.info

<https://lavoce.info/archives/103335/tre-grafici-sullevasione-fiscale-e-contributiva/>

Domani

L'Ue non risponda a Trump con Draghi: serve una nuova politica del desiderio

Fabrizio Barca

Dà dolore veder vincere chi ha spronato l'assalto al proprio Parlamento, mentito per prassi, espresso odio e promesso vendette. Ma l'Europa usi questo ennesimo avvertimento per darsi una scossa attraverso una politica che corrisponda all'intima aspirazione di milioni di persone a un futuro più giusto e solidale, che trasformi l'angoscia e il sovraccarico individuale in una reazione collettiva di "ricostruzione"

La [vittoria netta di Donald Trump](#) è brutta cosa. Dà dolore veder vincere chi ha spronato l'assalto al proprio Parlamento, mentito per prassi, espresso odio e promesso vendette, disprezzato la cooperazione internazionale, costruito [un duopolio politico-digitale-militare con Elon Musk](#).

Ma poiché sappiamo bene perché ciò è stato possibile, smettiamola di dolerci e almeno, noi in Europa, usiamo questo ennesimo avvertimento per darci una scossa.

Il perché di [Trump 2](#) ce lo ha ricordato a chiare lettere Bernie Sanders.

Sì, proprio lui e il suo movimento, che con un accordo politico nel 2020 si spese per Biden in cambio della garanzia di una svolta che rispondesse ai bisogni e alle aspirazioni di chi sta ai margini.

Spronato anche dalla senatrice Warren, Biden iniziò rilanciando l'obiettivo di una forte politica antitrust e che rimettesse le persone al centro della transizione digitale.

Ma i risultati non ci sono stati. Ha prevalso l'illusione di poter «navigare sotto costa», come Enrico Berlinguer si rivolgeva alla cattiva politica, insistendo nel modello neoliberista e anti-liberale degli ultimi trenta anni, rammendandolo. Senza capire che oggi, in tutto il mondo occidentale, di fronte a enormi e crescenti disuguaglianze, di reddito e ricchezza, di accesso ai servizi, di riconoscimento, prodotte da quel modello, ci sono solo due politiche possibili.

Una «politica del desiderio», come la chiama Savater, che corrisponda all'intima aspirazione di milioni e milioni di persone a un futuro più giusto e solidale, che osi grandi e solari obiettivi, che trasformi l'angoscia e il sovraccarico individuale in una reazione collettiva di "ricostruzione".

Oppure una "politica della protezione", che solletichi quell'angoscia e le dia in pasto muri, divieti, esclusioni, anche guerre, e per farlo chieda poteri senza verifica: non potendo più promettere nulla, è a questa sponda che il capitalismo monopolistico si volge; è l'incontro fra neoliberalismo e autoritarismo. In mezzo, fra queste due opzioni c'è il nulla. E il nulla perde.

Una sveglia per l'Europa

E allora non sarà che magari, di fronte a questo nuovo segnale, qui in Europa, nell'Unione europea intendo, riusciamo a darci una sveglia? Attenzione, lo chiedono in tanti da tempo: unità, coordinamento, capacità di decisione. Ma per fare cosa? Per quali missioni? Per creare dei Musk europei indebolendo l'antitrust?

Per commercializzare la conoscenza delle istituzioni pubbliche di ricerca? Per realizzare uno sviluppo trascinato dalle spese per la difesa? Per inseguire un modello americano i cui limiti conoscevamo già ieri?

Per disegnare politiche industriali e commerciali, parlando, come nel '900 di "paesi allineati" e "non allineati" – vorrei capire dove collocare gli USA di Trump - quando invece è nell'interesse dell'Ue negoziare e cooperare con chiunque? No, lo abbiamo scritto con chiarezza come Forum Disuguaglianze e Diversità commentando il Rapporto di Mario Draghi.

Un documento che – a parte i suoi numeri eclatanti, «cortina fumogena» li abbiamo definiti – sostiene quelle strade perdenti e che è penetrato negli indirizzi di pressoché ogni membro-designato della nuova Commissione Ue, senza un contraddittorio politico-strategico complessivo, né nel Parlamento Europeo né nelle arene democratiche di ogni luogo d'Europa.

No, intendiamo e intendo unità, coordinamento e capacità di decisione per una politica del desiderio, che parta dalle aspirazioni delle persone e sfrutti i punti di forza dell'Europa. Che sono almeno tre.

Le tre carte da giocare

Primo, il principio della conoscenza aperta e accessibile a tutti. Secondo, un sistema di imprese medio-grandi e medio-piccole, innovative e tutelate e tenute in gara da una forte tutela della concorrenza.

Terzo, la densità, vivacità e creatività del tessuto democratico privato, pubblico e sociale dei territori dell'intera Europa. Giocate bene sono tre carte che potrebbero dare vita a una politica industriale e del welfare dell'Ue capace di trasformare le angosce in speranze e di spronare innovazione produttiva e sociale. Vediamo.

La spinta a rendere la conoscenza accessibile ha le radici nella storia dell'Europa, nella tradizione delle sue Università aperte, e trova vita oggi in grandi centri di ricerca europei come il Cern. Ne discende una strada radicalmente alternativa per la transizione digitale, dove la massa di dati in quotidiana crescita non è usata da un monopolista per venderci i servizi e i prodotti congeniali alla massimizzazione del suo patrimonio e domani per sottrarre agli Stati il monopolio della violenza, ma per tramutare i nostri problemi in opportunità. Come l'opportunità di un'infrastruttura europea per la ricerca di farmaci e terapie che sviluppi le proprie innovazioni fino alle soglie del mercato, affinché le imprese competano poi fra loro per produrle, e per ogni paese del mondo: quella idea che il Parlamento europeo ha discusso e su cui oltre 150 europarlamentari si sono espressi positivamente, nonostante la morta gora dei principali gruppi. Questa è politica industriale e del welfare, stile europeo.

E ancora, si potrebbe decidere di tradurre le gran chiacchiere dei Piani di adattamento climatico che l'Ue ha chiesto a ogni Stato membro di redigere – invito a leggere il burocratese astratto del nostro Piano – in un disegno di politica industriale dove l'enorme quantità di dati che vengono dalle persone, dai sensori e dai satelliti siano impiegati per innalzare la nostra capacità di previsione degli impatti, luogo per luogo, dei nuovi fenomeni climatici, per attrezzarci ad affrontarli o a impedirne gli effetti, anche modificando i nostri luoghi di vita o lavoro. Non perché un giorno ci arriverà un ordine delle autorità, ma perché quelle analisi sono un bene comune che alimenta un confronto democratico. Come è avvenuto in Italia quando meglio si sono affrontati gli effetti dei sismi.

Strade di utilizzo della conoscenza come queste alzano la palla alla seconda grande carta dell'Europa, il suo sistema di imprese medio-grandi e medio-piccole. Sì, certo, anche in Italia. Perché, come dovrebbe essere

noto, la stagnazione ventennale della nostra produttività media è la combinazione di un pezzo innovativo del sistema che offre buon lavoro, spesso esporta e anche nell'economia verde ha posizioni importanti e dove la produttività cresce, e un sistema inefficiente dove la produttività scende, tenuto in vita da lavoro irregolare ed evasione, permesse da governi che navigano sotto costa, se non in una pozzanghera.

Bene, in tutta Europa la componente innovativa marcia, ed essa sarebbe pronta a raccogliere la palla di politiche industriali come quelle per la salute e per l'adattamento climatico che sopra accennavo, magari guidate da imprese pubbliche a cui sia assegnata una strategia. Cercano certezze. Il contrario di quello che in Italia e in tutta Europa hanno dallo *stop and go* delle politiche energetiche.

Tutto questo può avvenire e può corrispondere ai bisogni delle persone grazie alla terza carta dell'Europa che è il suo tessuto democratico territoriale. È vero ovunque in Europa. Facendo da contrappunto alle esitazioni e modestie delle classi dirigenti degli Stati e spesso delle Regioni, all'incapacità delle organizzazioni imprenditoriali di pensare strategico, alle esitazioni di gran parte dei grandi corpi intermedi nazionali, civici e del lavoro, quando scendi nel micro, si tratti di Germania o Italia, di Polonia o Olanda, trovi a livello territoriale esempi diffusi di collaborazione originale delle forze locali del pubblico, del privato sociale e del privato.

E trovi in tanti luoghi addirittura la lucida follia di figure giovani, espressione di quei tre mondi, che si candidano alla guida di Comuni, avendo in testa non il "potere per il potere", ma il potere per realizzare una politica del desiderio. Chiedono sponde di sistema. Oggi non le hanno. In Europa la strada la indica l'antica intuizione di Jacques Delors tradottasi nel principio della coesione sociale, economica e territoriale. E nel disegno di politiche sensibili alle persone nei luoghi.

Si tratta di rilanciare questo metodo che la logica top-down e priva di monitoraggio e valutazione pubblici dei Piani nazionali di ripresa e resilienza ha messo in sordina. Sarebbe la chiave democratica per chiudere il cerchio con gli altri due punti di forza dell'Europa: fornendo contributi, dati e saperi a un sistema aperto di produzione della conoscenza; e pesando strategicamente nelle scelte imprenditoriali, come nella proposta del ForumDD dei Consigli del lavoro e della cittadinanza.

Queste sono tre carte giocabili che come ForumDD abbiamo indicato nel libro *Quale Europa*, prima del voto e che torniamo a raccomandare oggi ancora più di ieri. Si intenda il messaggio semplice che viene dagli USA. Lo si ritrovi in ognuno dei nostri paesi, in salse nazionali. Si riconosca di essere su una strada sbagliata.

Si capisca che per fermare l'autoritarismo che avanza non basta spendere e far debito, dipende per cosa si spende e si fa debito. Si torni a guardare le cose dal punto di vista delle persone subalterne. Si abbia orgoglio per alcuni valori dell'Europa, riconoscendo, specie nel dialogo con l'Africa i nostri grandi disvalori. E allora forse la storia che pare volgere al peggio potrà essere diversa.

<https://mail.google.com/mail/u/0/?tab=rm&ogbl#inbox>