



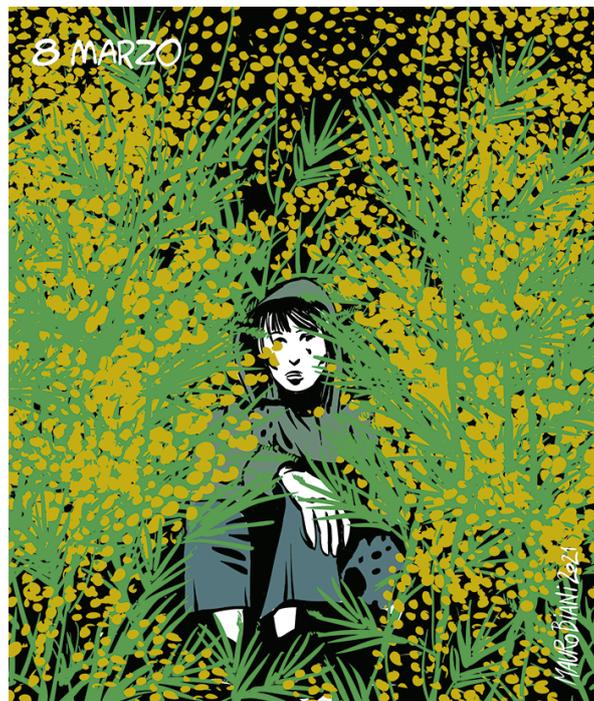
Associazione Italiana per la
Qualità dell'Assistenza Sanitaria e Sociale

ASIQUAS Review

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

Per una sanità pubblica ... anche dopo la pandemia

n. 24 del 1.03.2025



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

Review realizzata in collaborazione con:



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). Ha coordinato 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". Attualmente è ricercatore presso l'Università "Parthenope" di Napoli.

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; emanueledisimone@gamial.com; 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 1-24

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

Articoli di apertura	8
Quotidiano sanità - <i>L'Italia, la salute e le diseguaglianze in un mondo globalizzato</i> . G. Banchieri, A. Vannucci	8
Quotidiano sanità - <i>Oligopolio verso salute: un ossimoro?</i> Giorgio Banchieri, Andrea Vannucci	14
Welforum.it - <i>I LEPS: una rassegna analitica</i> - Franco Pesaresi	20
Welforum.it - <i>Il decreto sul bisogno assistenziale gravissimo</i> . Franco Pesaresi	21
Scenari della sanità	25
Scienza in rete.it - <i>Salute per tutti, salute globale = OMS?</i> Maurizio Bonati	25
OECD - <i>Risultati delle indagini sugli indicatori riportati dai pazienti</i> (PaRIS)	29
Corriere della sera - <i>Putin, Trump, Musk: il discorso più duro e angosciato di Sergio Mattarella</i> . Antonio Polito	33
Sanità Informazione - <i>La salute degli europei, Oms: "Adolescenti problematici e adulti malati cronici"</i> . I. Faggiano	34
Quotidiano sanità - <i>Nel continente ogni anno muoiono quasi 76 mila bambini sotto i 5 anni. Le malattie non trasmissibili causano la morte di un under 70 su sei. Il rapporto dell'Oms Europa</i>	36
Quotidiano sanità - <i>I invitati invisibili</i> . Bruno Agnetti	38
Quotidiano sanità - <i>Bisogni, diritti e democrazia</i> . Bruno Agnetti	40
Panorama sanità – <i>Alla ricerca della verità</i> – Giovanni Monchiero	42
Quotidiano sanità - <i>UK. Uno studente su cinque considera di abbandonare gli studi a Medicina. Tra le cause principali, diffusi problemi di salute mentale</i>	43
Salute Internazionale - <i>Quei memorabili anni Settanta (1a parte)</i> . Gavino Maciocco	44
Salute Internazionale - <i>Quei memorabili anni Settanta (2a parte)</i> . Gavino Maciocco	47
Il caos in sanità: gli USA oggi	50
Nature - <i>Trump 2.0: un assalto alla scienza ovunque è un assalto alla scienza ovunque</i> .	50
Quotidiano sanità - <i>Oms. Gli Usa potrebbero rientrare a patto di avere un americano alla guida dopo la scadenza di Ghebreyesus nel 2027</i>	52
Salute Internazionale - <i>Caos americano</i> . The Lancet	53
The BMJ – <i>Rabbia, disperazione e sfide da parte di una voce all'interno del sistema di ricerca federale degli USA</i>	55
<i>L'OMS commenta l'annuncio degli Stati Uniti d'America di volersi ritirare</i>	57

Domani - <i>Nel mondo di Trump e dei techbro: se la scienza è un'arma per fare soldi.</i> Francesco Suma	57
Scenari del SSN	59
The Lancet – <i>Catastrofe e impoverimento nel pagamento della sanità: il caso italiano</i>	59
The Lancet – <i>Anche la professione medica ospedaliera italiana è in crisi.</i> Sebastiano Bruti e Giuseppe Fornarini	62
The Lancet – <i>La forza e la resilienza del sistema dati sanitari italiano.</i> Alessandro Perella e Massimo Bisogno.	63
Panorama sanità – <i>Ognuno per sé.</i> Giovanni Monchiero	64
CENSIS, Intesa San Paolo - <i>Il sistema della salute in Italia.</i>	65
Forum D6D – <i>Le parole per il cambiamento</i>	69
OPRAS – <i>I primi dati sugli infortuni del 2024 e i dati provvisori sulle malattie professionali (2023-2024)</i>	71
Sostenibilità della sanità	72
GIMBE – <i>Migrazione sanitaria: nel 2022 sfondato il tetto dei 5 mld di Euro.</i>	72
Quotidiano sanità - <i>Lea 2023. Sono 8 le Regioni che non garantiscono a pieno le cure. La medicina territoriale resta il punto debole del Ssn</i> - Giovanni Rodriquez	76
Il Sole 24Ore - <i>Per vivere più a lungo ambiente e stile di vita contano 10 volte più dei geni.</i> Francesca Cerati	79
OECD - <i>Le indagini sugli indicatori riferiti dai pazienti (PaRIS) dell'OCSE: Italia</i>	81
Quotidiano sanità - <i>Per salvare il Ssn occorre mettere in moto una vera spending review.</i> Ettore Jorio	82
Quotidiano sanità - <i>La saga del mercato delle lauree in Medicina e le relazioni pericolose tra Università pubbliche e private.</i> Claudio Maria Maffei	85
Welforum.it - <i>Il decreto sul bisogno assistenziale gravissimo.</i> Franco Pesaresi	87
FIASO – <i>Curiamo la fiducia. Ricostruire l'alleanza tre cittadini e SSN.</i>	90
One Health e clima	91
Appello scienziati - <i>Azioni urgenti per far fronte agli eventi estremi da crisi climatica</i>	91
The Lancet – <i>I co-benefici per la salute pubblica delle strategie coerenti con le emissioni zero: una revisione sistematica.</i> L. Moutet e altri.	97
The Lancet – <i>Affrontare il crescente peso dei danni alla salute pubblica indotti dal protossido di azoto.</i> S Zalpum e altri	105
Sanità pubblica e privata	179
Pandemie in essere e in arrivo	113
The Lancet – <i>Risultati ospedalieri e risultati del follow up a 6 mesi di pazienti supportati con ossigenazione extracorporea a membrana per Covid19 dalla seconda ondata alla fine della pandemia.</i> M.E. De Piero e altri	113
WHO – <i>La transizione dalla fase acuta di Coovid19. Rapporto implementato 2023-2024</i>	114
OECD: <i>Infezioni correlate all'assistenza sanitaria: infezioni del sito chirurgico. Rapporto 2021-2022</i>	118
Numeri Pari – OXFAM - <i>La pandemia della disegualianza: l'agenda sociale come cura della democrazia</i>	124
Academia – <i>Percieved loneliness during Covid19 and young adult mental well-being.</i> F. Matlock e altri	125
Quotidiano sanità - <i>Scoperto un nuovo lignaggio del coronavirus HKU5 nei pipistrelli. Potenziale rischio zoonotico</i>	126
Quotidiano sanità - <i>Vaccini. Oms: programma esteso ha salvato 154 milioni di vite e aggiunto oltre 10 miliardi di anni di vita in salute. Le 5 priorità per il 2025</i>	126
Quotidiano sanità - <i>Covid. Il premio Nobel Parisi: "Lockdown ha bloccato numero morti. Immunità di gregge sarebbe costata 700mila morti". E su Oms: "Suicida uscirne"</i>	128
Salute Internazionale - <i>Le narrazioni del dolore.</i> Sandro Spinsanti	129
The Lancet – <i>Changing life expectancy in European Countries 1991-2021: a subanalysis of causes and risk factors from Global Burden of disease study 2021.</i>	132
The Lancet - <i>Stima dei ricoveri ospedalieri associati al virus respiratorio sinciziale in cinque paesi europei: uno studio di modellizzazione.</i> Caroline Klint Johannesen	133
PNRR e sua implementazione	134
Quotidiano sanità - <i>PNRR? Un'operazione immobiliare. Ci si è dimenticati del personale. Serve subito un nuovo Patto per la Salute". Intervista al segretario Anaao, Pierino Di Silverio</i> - Giovanni Rodriquez	134
CGIL – <i>PNRR M6- Missione salute. Lo stato di attuazione.</i>	138
Welforum.it – <i>Servono gli obiettivi di servizio nell'assistenza domiciliare sociale (SAD)-</i> Franco Pesaresi	154
L'ospedale che cambia	158
Quotidiano sanità - <i>Medici e infermieri, il "dilemma degli istrici"</i> - Ivan Cavicchi	158
Quotidiano sanità - <i>Nell'ultimo decennio tagliati 10 mila posti letto e chiusi oltre 70 ospedali. Cresce il privato e la medicina del territorio è sempre più in affanno.</i> Luciano Fassari	162
Quotidiano sanità - <i>Medici e infermieri "a gettone" in crescita: nel 2024 spesi 457 milioni di euro. Il rapporto Anac</i>	163

Quotidiano sanità - <i>Gli ospedali del futuro</i> . Concetto Battiato	167
Medicina territoriale	168
Il Sole 24 Ore - <i>Noi, medici di famiglia, vi spieghiamo perché siamo favorevoli a diventare dipendenti</i> . Maria Francesca Falcone, Cecilia Ruggiero, Laura Viotto	168
MMG – <i>Insieme per un servizio sanitario a dimensione dei cittadini</i>	170
Quotidiano sanità - <i>Connettere e coalizzare le risorse per rilanciare il Ssn: un percorso collaborativo</i> . Alleanza per la Riforma delle Cure Primarie in Italia	172
Quotidiano sanità - <i>Riforma della medicina generale. Il 'cortocircuito' tra destra e sinistra</i> . S. Proia e R. Polillo	172
Quotidiano sanità - <i>Medicina generale. Siamo ad un punto di svolta nella politica sanitaria di questo Paese?</i> Saverio Proia e Roberto Polillo	174
Quotidiano sanità - <i>Le proposte delle donne medico dirigenti per una effettiva riforma della medicina generale</i> . Liliana Lora, Fabiola Fini e altre	175
Quotidiano sanità - <i>Strutture socio-assistenziali e socio-sanitarie, diminuiscono i posti letto ma aumentano i pazienti. Forte divario tra Nord e Sud. I dati Istat</i>	176
ISTAT – <i>Persiste il divario Nord-Sud nell'offerta di presidi residenziali</i>	178
Welforum.it – <i>Sistema integrato per la presa in carico e la progettazione personalizzata</i> . Regione Toscana	179
<i>Le cure domiciliari per anziani in Italia</i> – Franco Pesaresi	182
Cittadinanzattiva – <i>VII° Rapporto Farmacia</i>	188
Sanità, sociale e Long Term Care	189
The Lancet – <i>L'Italia rafforza i diritti sanitari per le persone senza fissa dimora</i> . Emanuele Di Simone e altri	189
La Repubblica - <i>Frena l'aspettativa di vita in Europa, rallenta anche in Italia</i> . Valeria Pini	190
Il Sole 24 Ore - <i>Invecchiare in salute, l'Italia alla guida dello studio europeo</i> -Michela Moretti	191
The Resurgence Trust - <i>Un manifesto per comunità compassionevoli</i> . di Julian Abel e Lindsay Clarke	192
The Guardian - <i>La città che ha trovato una potente cura per la malattia – comunità</i> . Giorgio Monbiot	196
Health Connections – <i>Il nostro modello</i>	198
Sanità informazione - <i>Indagine OCSE sulle Cronicità: in Italia disuguaglianze di genere e di reddito</i>	199
Il Sole 24 Ore - <i>L'indagine: giovani più chiusi, soli e preoccupati per crisi e lavoro</i> . Casadei e altri	202
Nursing	207
FNOPI – <i>Nuovo Codice deontologico</i>	207
Quotidiano sanità - <i>Fast Care in Pronto Soccorso: parte la sperimentazione al Policlinico Tor Vergata</i> . Isabella Mastrobuono, Alessandro Sili	208
Elsevier – <i>Come l'intelligenza artificiale sta modificando la forza lavoro infermieristica</i> . Olga Yakusheva e altri	210
Digitalizzazione e telemedicina	211
The Lancet - <i>Uso degli smartphone e salute mentale: andare oltre le restrizioni scolastiche</i> . Elena A. Weiss, Chris Bonell	211
Salute Internazionale - <i>L'era della disinformazione</i> . Benedetto Saraceno	212
JAMA – <i>L'apprendimento automatico può aiutarti a capire la connessione sociale e il suo impatto salute?</i> T. Cudjoe e altri	215
International Journal of Care Coordinazione - <i>IT supported integrated care pathways for diabetes: A compilation and review of good practice</i> . H Vrijhoef Antonio Giulio De Belvis e altri	217
Economia e sanità	218
Fisco Equo - <i>Record recupero di evasione" 26,3 miliardi nel 2024, ma i conti non tornano</i> . Luciano Cerasa	218
Il sole 24 Ore - <i>Pensioni, per la UILP in 10 anni persi fino a 9.600 euro con i tagli alle rivalutazioni</i>	219

quotidianosanita.it

L'Italia, la salute e le disuguaglianze in un mondo globalizzato

Giorgio Banchieri, Segretario Nazionale ASQUAS, Docente DiSSE, Università "Sapienza", Roma
Andrea Vannucci, Membro CTS ASQUAS, Docente DiSM, Università Siena, Membro CD Accademia di Medicina, Genova.

14 FEB -

Gentile Direttore,

la globalizzazione ha favorito la polarizzazione delle ricchezze e interrotto gli "ascensori sociali" con il disinvestimento sui modelli di welfare. I ceti medi e i ceti lavorativi stanno pauperizzandosi e i piccoli patrimoni accumulati in vite di lavoro vengono utilizzati sempre più per garantire la sopravvivenza dei familiari, figli e nipoti. Il più importante ammortizzatore sociale oggi in Italia sono i patrimoni dei ceti medi e produttivi finché non si esauriranno anche loro.

Il Rapporto Oxfam 2025 rileva come nel 2024 la ricchezza dei miliardari è cresciuta, in termini reali, di 2.000 miliardi di dollari, pari a circa 5,7 miliardi di dollari al giorno, a un ritmo tre volte superiore rispetto all'anno precedente.

Per contro il numero di persone che vivono in povertà, con meno di 6,85 dollari al giorno, è rimasto pressoché invariato rispetto al 1990 e, alle tendenze attuali, sarebbe necessario più di un secolo per portare l'intera popolazione del pianeta sopra questa soglia. In Italia il 5% più ricco delle famiglie, titolare del 47,7% della ricchezza nazionale, possiede quasi il 20% in più della ricchezza complessivamente detenuta dal 90% più povero. La crescita della disuguaglianza rende l'Italia un Paese dalle fortune invertite con strutture di opportunità fortemente differenziate per i suoi cittadini.

Le crescenti disuguaglianze sono la conseguenza non voluta, ma neanche efficacemente contrastata, di un sistema economico poco dinamico ed incapace di generare benessere per tutti.

Un sistema che premia i più abbienti e sprema sempre di più il resto della società.

Questo sistema cerca di legittimarsi tramite una narrazione che cerca di attribuire una veste morale alle disuguaglianze, enfatizzando, ma di fatto snaturando, il concetto di merito ed assurgendo la meritocrazia a principio ordinatore di una società giusta, di ispirazione calvinista. Chi è povero non ha merito.

Tale approccio è il risultato di scelte politiche che hanno prodotto profondi mutamenti nella distribuzione di risorse, dotazioni, opportunità e potere tra i cittadini. Come è noto le disuguaglianze non sono né casuali né ineluttabili.

I dati sulla ricchezza estrema nel mondo

Secondo la Rivista Forbes nei 12 mesi intercorsi tra fine di novembre del 2023 e fine di novembre del 2024 la ricchezza complessiva dei miliardari è cresciuta, in termini reali, di 2.000 miliardi di dollari e il numero dei miliardari è aumentato di 204 unità, al ritmo di quasi 4 nuovi miliardari a settimana.

Nel periodo considerato i miliardari hanno visto crescere i propri patrimoni al ritmo di 2 milioni di dollari al giorno. L'incremento dei patrimoni dei 10 miliardari più ricchi al mondo è stato ancora più marcato: ovvero circa 100 milioni di dollari al giorno. Anche se uno di loro vedesse evaporare il 99% della propria ricchezza, rimarrebbe comunque un miliardario.

Però oltre 1/3 (il 36%) della ricchezza dei miliardari è ereditata. Nel 2023, per la prima volta, la quota di ricchezza dei nuovi miliardari derivante da eredità ha superato quella attribuibile all'attività imprenditoriale. Ovvero i loro patrimoni vivono di vita propria in una dimensione finanziaria autonoma e avulsa impieghi "produttivi".

Nel 2023, il club delle economie avanzate ha registrato un afflusso netto di redditi da capitale dal Sud del Mondo per quasi 1.000 miliardi di dollari. Un'"estrazione" di cui ha beneficiato l'1% più ricco nel Nord globale per oltre 30 milioni di dollari all'ora.

La crescita della povertà e della povertà assoluta

La Banca Mondiale nei suoi ultimi report rileva che il ritmo con cui si sta contraendo la povertà estrema si è fortemente ridotto negli ultimi anni. Nei Paesi a basso reddito l'incidenza della povertà è superiore a quella registrata prima della pandemia da Covid-19.

Nel suo ultimo rapporto sulla povertà la Banca osserva che senza una crescita più robusta ed inclusiva ci vorranno decenni per eradicare la povertà estrema – condizione in cui versa chi non dispone di risorse economiche giornaliere superiori a 2.15 dollari - e più di un secolo per portare sopra la soglia di povertà di 6.85 dollari al giorno (parametrata sui Paesi a medio-alto reddito) l'intera popolazione del pianeta.

Se 150 milioni di persone sono riuscite ad affrancarsi dalla povertà estrema tra il 2013 e il 2019, si stima che solo 69 milioni di persone potranno farlo tra il 2024 e il 2030, portando il numero dei poveri globali dagli attuali quasi 700 milioni ai 622 milioni di persone (il 7,3% della popolazione mondiale).

Figura 1--Distribuzione della ricchezza globale ¶



Fig. 1.1. La "simmetria" perversa. Fonti di dati: Banca Mondiale e UBS

Sebbene la percentuale di popolazione mondiale che vive in povertà sia diminuita nell'ultimo trentennio, il numero assoluto di individui che vivono sotto la soglia di povertà di 6,85 dollari al giorno monitorata dalla Banca Mondiale è oggi lo stesso del 1990, poco più di 3,5 miliardi di persone.

Quasi un individuo su due (il 44% dell'umanità) vive oggi con meno di 6,85 dollari al giorno. Se le proiezioni verranno confermate, non raggiungeremo l'obiettivo di eliminare la povertà estrema entro il 2030, come stabilito nell'Agenda 2030 per lo Sviluppo Sostenibile, sottoscritta nel 2015 dai 193 governi dei Paesi membri delle Nazioni Unite.

La platea dei poveri su scala globale è estremamente diversificata

Due terzi della popolazione globale in povertà estrema vivono nell'Africa subsahariana, proporzione che raggiunge il 75% se si includono altri Paesi vulnerabili e coinvolti nei conflitti. Queste popolazioni sono quelle che alimentano i flussi migratori "ambientali".

L'incidenza della povertà estrema colpisce più il genere femminile: una donna su dieci nel mondo vive in condizioni di estrema povertà, una proporzione più alta rispetto al genere maschile (con un gap di 24,3 milioni in termini assoluti). Ovviamente la povertà non è solo relativa alla dimensione monetaria, ma riguarda l'accesso alla sanità, all'istruzione e all'acqua pulita; per tante persone povertà significa anche fame. Attualmente 733 milioni di persone soffrono la fame nel mondo, 152 milioni in più rispetto al 2019. Per ridurre la povertà estrema è necessario rafforzare e rendere più inclusiva la crescita del reddito, una politica che trova molte resistenze da parte dei ceti più benestanti.

Secondo la Banca Mondiale elevate disuguaglianze rappresentano un serio ostacolo per l'uscita dalla povertà di ampie fasce della popolazione mentre una crescita economica moderata, accompagnata da una riduzione delle disuguaglianze economiche, permetterebbe di ottenere risultati migliori nella riduzione della povertà estrema rispetto al mero perseguimento della crescita economica.

Per difendere i successi della globalizzazione, si enfatizza la fuoriuscita dallo stato di indigenza di centinaia di milioni di persone.

La drastica riduzione della povertà estrema cui si fa riferimento nel dibattito pubblico riguarda la dinamica del numero di persone in grado di spendere per consumi almeno 2,15 dollari al giorno pro-capite in parità di potere d'acquisto. Chi non riesce a raggiungere tale soglia con i propri consumi è considerato estremamente povero. Di cosa parliamo?

Con una soglia di povertà più elevata (2.50 dollari al giorno) e senza considerare la Cina il miglioramento nella povertà estrema è marginale nel ventennio 1990-2010. Incrementando ulteriormente la soglia (e portandola a 5.50 USD al giorno, come scelto dalla Banca Mondiale a partire dagli anni più recenti) ed escludendo l'intera regione dell'Asia Orientale e del Pacifico, il numero dei poveri globale è cresciuto di 660 milioni tra il 1990 e il 2015.

Ricchezza “estratta”, non creata

L'idea che i super-ricchi siano ricchi principalmente grazie al loro impegno personale, all'elevata propensione al rischio e a un marcato spirito imprenditoriale è una credenza tanto persistente quanto distorta: una parte consistente delle fortune dei miliardari deriva da eredità, clientelismo e potere monopolistico delle imprese che dirigono o controllano.

Il 36% della ricchezza dei miliardari è ereditata: un livello record destinato ad aumentare ulteriormente. La trasmissione intergenerazionale di grandi fortune sta creando una nuova aristocrazia planetaria, sostenendo e perpetuando un sistema globale estremamente ingiusto.

Nel 2023, per la prima volta dalla pubblicazione del Global Wealth Report da UBS, la quota di ricchezza dei nuovi miliardari derivante da eredità ha superato quella attribuibile all'attività imprenditoriale. Tutti i miliardari del mondo sotto i 30 anni hanno ereditato i propri patrimoni, una prima ondata di quello che è stato soprannominato “il grande trasferimento di ricchezza”, per cui si prevede che nei prossimi due o tre decenni più di 1.000 miliardari lasceranno oltre 5.200 miliardi di dollari ai propri eredi.

Questo trasferimento sarà in gran parte non tassato: secondo un'analisi di Oxfam, 2/3 dei Paesi non assoggettano a tassazione i lasciti ai discendenti diretti e metà dei miliardari del mondo vivono in Paesi i cui sistemi fiscali non prevedono alcuna imposta di successione. L'America Latina è la regione con il più alto stock di ricchezza ereditata, ma solo nove Paesi nella regione tassano le successioni, le donazioni e i patrimoni.

Altrettanto importanti sono i legami familiari e di amicizia tra le élite che rafforzano ulteriormente il grado della loro influenza. Un tentativo di quantificare l'ammontare di ricchezza dei miliardari ascrivibile a relazioni di tipo clientelare (approssimate dall'operare in settori economici meno concorrenziali) è stato fatto dall'Economist che ha rilevato come tra il 1998 e il 2023 la ricchezza dei “crony-capitalists” sia passata da 315 miliardi di dollari (circa 1% del PIL planetario) a 3.000 miliardi di dollari (quasi il 3%).

La crescita della ricchezza dei miliardari è strettamente connessa con l'immenso potere di mercato esercitato dalle imprese che controllano o dirigono.

Un potere monopolistico che garantisce rendite immeritate e contribuisce alla crescita delle disuguaglianze economiche. I ricavi combinati delle cinque più grandi aziende al mondo sono superiori al reddito aggregato dei due miliardi di persone più povere del pianeta (un quarto della popolazione mondiale).

Le aziende monopolistiche limitano le opportunità di ingresso sui mercati per i competitor e soffocano l'innovazione. Il maggior potere di mercato di cui dispongono tende a trasferirsi sul mercato del lavoro: se l'occupazione si concentra in poche imprese si fa meno intensa la concorrenza tra loro per i lavoratori che, specularmente, hanno meno alternative e opportunità, e vedono – soprattutto i meno qualificati - il proprio potere contrattuale e i salari ridursi.

I monopoli determinano a livello economico una “redistribuzione alla rovescia”: dai lavoratori ai detentori del capitale e rafforzano un sistema economico che avvantaggia una élite di pochi a scapito di molti, in particolare nel Sud del mondo.

La giustificazione delle disuguaglianze

In più di un'occasione in passato le società hanno cercato di giustificare moralmente le disuguaglianze. Oggi si ricorre a due narrazioni tra loro collegate che riguardano il concetto di “valore” e quello di “merito”. Da parte del mondo imprenditoriale – dalla finanza al settore farmaceutico fino alle piccole startup – si

afferma con enfasi: “siamo attori produttivi dell’economia, la nostra attività genera ricchezza, assumiamo grandi rischi e meritiamo pertanto remunerazioni più elevate”.

Questo messaggio sulla “creazione di valore” e sulla remunerazione dei “creatori” presenta forti discrezionalità ed ambiguità.

Il concetto di valore, definito attraverso il prezzo non permette, ad esempio, di distinguere tra attività produttive in cui il valore si crea (generando profitti) e quelle in cui è semplicemente estratto (generando rendita). Se non si è in grado di distinguere tra i due tipi di attività, diventa pressoché impossibile capire chi crea valore e chi no. La “creazione di valore” è uno sforzo collettivo cui partecipano diversi stakeholder (azionisti, manager, lavoratori, financo lo Stato con i suoi investimenti. Il concetto di “valore” è legato alla direzione che si vuole imprimere all’economia e agli obiettivi ritenuti importanti (“di maggior valore”) per la collettività, cui orientare l’attività economica, partecipando anche con risorse pubbliche.

Creiamo valore quando le scelte economiche valorizzano l’innovazione e il capitale umano, operano per la preservazione dell’ambiente, si avvalgono di pratiche inclusive, contrastando la povertà, l’esclusione sociale e i divari economici.

Livelli e trend della disuguaglianza di ricchezza nazionale in Italia

Le ultime stime disponibili, relative a metà del 2024, fotografano ampi squilibri nella distribuzione della ricchezza delle famiglie italiane. Il seguente quadro emerge dal lavoro analitico condotto dai ricercatori di Banca d’Italia sui conti distributivi della ricchezza netta delle famiglie nel nostro Paese:

- Il 10% più ricco delle famiglie detiene quasi 3/5 della ricchezza nazionale (59,7%);
- Il 20% delle famiglie appartenenti all’ottavo e al nono decile (dal 70° al 90° percentile della distribuzione) è titolare di poco più di 1/5 (22,5%) della ricchezza nazionale;
- La metà più povera delle famiglie italiane detiene appena il 7,4% della ricchezza nazionale.

Confrontando le consistenze patrimoniali dei diversi gruppi di famiglie italiane a metà del 2024 abbiamo:

- Il 10% più ricco delle famiglie italiane possiede oltre 8 volte la ricchezza della metà più povera dei nuclei familiari del nostro Paese (il rapporto era pari a 6,3 appena 14 anni fa, alla fine del 2010, il primo anno disponibile nella serie storica di Banca d’Italia);
- Il 5% più ricco delle famiglie italiane, titolare del 47,7% della ricchezza nazionale, possiede quasi il 20% in più dello stock complessivo di ricchezza detenuta dal 90% più povero delle famiglie italiane.

Figura 2 – Distribuzione della ricchezza in Italia

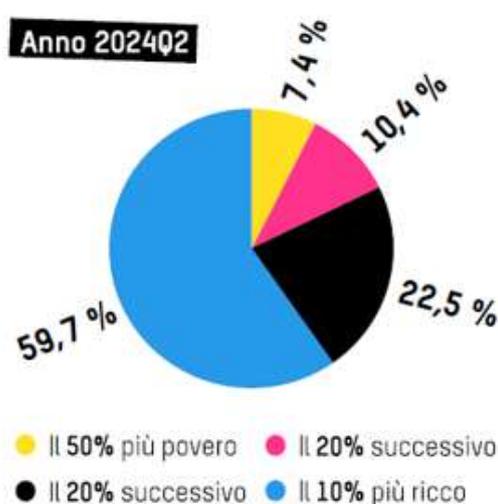


Fig. 2.1. Fonte: Banca d’Italia, statistiche dei conti distributivi sulla ricchezza delle famiglie italiane, rielaborazione Oxfam

Tra la fine del 2010 e la metà del 2024 si registra una dinamica divergente tra la quota di ricchezza netta detenuta dal 10% più ricco delle famiglie italiane e quella detenuta dalla metà più povera dei nuclei familiari del nostro Paese. La quota del top-10% passa in 14 anni dal 52,5% al 59,7% (con un picco del 59,9% al termine del 2023), mentre la quota del bottom-50% si contrae di quasi un punto percentuale, passando dall'8,3% di fine 2010 al 7,4% di metà 2024 (Figura2).

Grafico 1 – Polarizzazione della ricchezza in Italia per anno 2010-2024

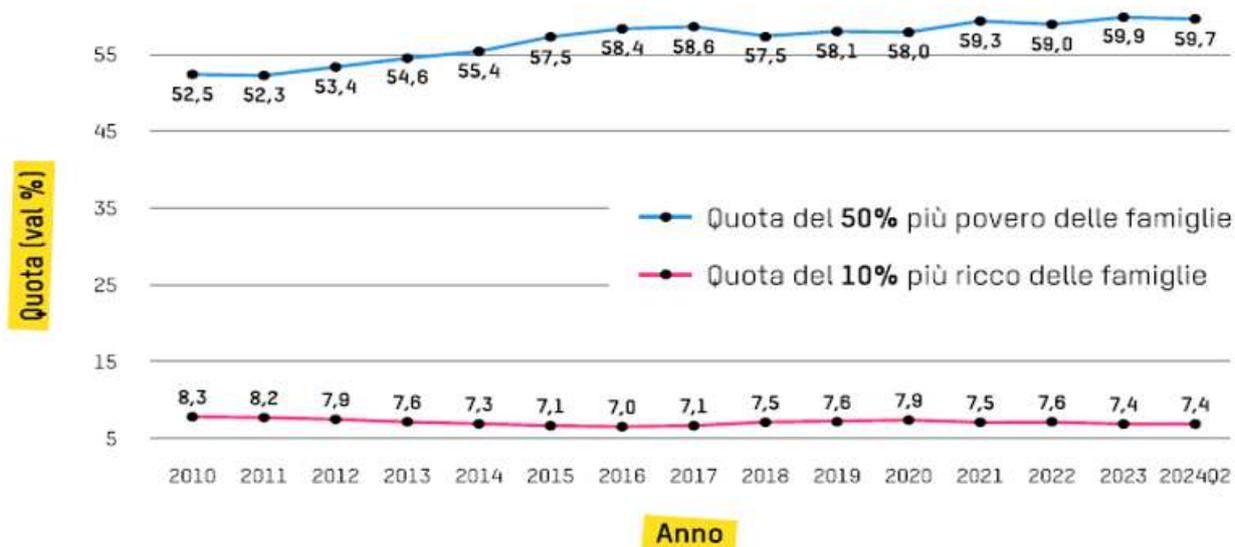


Fig. 2.1. Fonte: Banca d'Italia, statistiche dei conti distributivi sulla ricchezza delle famiglie italiane, rielaborazione Oxfam

Diseguaglianze economiche e diseguaglianze di salute

Il modello di sviluppo occidentale si era basato nel secondo dopoguerra su Costituzioni liberal democratiche, su meccanismi di redistribuzione del reddito tali da garantire il permanere di una fascia robusta di ceti medi organizzati (partiti, sindacati, associazioni), di ceti lavorativi dell'industria, dell'agricoltura e dei servizi anch'essi organizzati (partiti, sindacati, associazioni), con meccanismi di promozione sociale (ascensori sociali) che funzionavano e un welfare importante, abbastanza equo e universalista, con scuola, previdenza, sanità e servizi sociali sufficientemente operativi.

Eravamo, quindi in un contesto di società strutturate con meccanismi di partecipazione attiva dei cittadini e forme di comunità che ancora avevano dei livelli di inclusione interessanti. Oggi non è più così, i meccanismi di partecipazione e identitari si sono via via disgregati. Sia nei piccoli borghi, che nelle città. In questo scenario, sempre più complesso e difficile, di società "liquide" le persone non sono più "cittadini", ma solitudini alla ricerca disperata di affermarsi in qualche modo in una competizione sociale sempre più aspra con però anche tante scorciatoie e furbizie.

Molti segnali mostrano che si sta affermando un sentimento sociale per cui essere poveri o indigenti è un disvalore, così che aspirare a "equità", "universalismo" e "agibilità dei diritti e delle cure" perde di significato e d'interesse. L'attenzione dei media e dei policy makers si sta spostando su parametri quali il "merito" che si misura con il reddito percepito o i patrimoni di cui si può usufruire. La ricchezza diventa un indicatore del "merito".

Nel 2023 secondo ISTAT, il 7,6% della popolazione italiana ha rinunciato a curarsi. Un dato che era pari al 6,3% nel 2019, prima della pandemia. Sono persone, spesso anziane e residenti in aree interne del Paese, ma anche nelle periferie urbane.

Sempre nel 2023 sono in condizione di povertà assoluta poco più di 2,2 milioni di famiglie (8,4% sul totale delle famiglie residenti, valore stabile rispetto al 2022) e quasi 5,7 milioni di individui (9,7% sul totale degli individui residenti, come nell'anno precedente).

La distribuzione territoriale della povertà è concentrata nelle Regioni del Mezzogiorno, nelle Isole e nelle zone di deindustrializzazione del centro-nord, vere sacche di degrado economico e sociale.

Queste dinamiche aumentano le fragilità economiche e sociali, la povertà diffusa che sono spesso proxy di cronicità e poli cronicità, con una crescita anche di solitudini a loro volta proxy di disturbi mentali e psichici. I tagli ai Fondi per i Servizi Sociali continuano per cui spesso i Comuni e le loro forme associative (Unioni, Comunità Montane, etc.) sono costrette a delegare i servizi sociali alle ASL, che quando riescono a far fronte lo fanno con un approccio “sanitario” e non certo “sociale”.

Il rischio che stiamo correndo è quello di trovarci con un SSN/SSR ridimensionato per quantità e qualità di prestazioni e con quella che viene definita con l’ossimoro “l’universalismo selettivo”, lasciando spazio alla sanità privata per le fasce alte per reddito della popolazione.

Già oggi i dati della mobilità sanitaria testimoniano dell’esodo dalle Regioni meridionali verso le strutture sanitarie del Centro Nord di tutti i pazienti e loro famiglie che si possono permettere cure o in regime pubblico, pagando viaggi e soggiorni, e o in regime privato, pagando tutto.

Secondo i dati pubblicati da Fondazione Gimbe, la mobilità attiva, ovvero l’attrazione di pazienti da altre Regioni, si concentra per oltre la metà in Lombardia (22,8%), Emilia-Romagna (17,1%) e Veneto (10,7%), seguite da Lazio (8,6%), Piemonte (6,1%) e Toscana (6,0%).

Sul fronte opposto, a generare i maggiori debiti per cure ricevute dai propri residenti in altre Regioni, sono Lazio (11,8%), Campania (9,6%) e Lombardia (8,9%), che da sole rappresentano quasi un terzo della mobilità passiva, con un esborso superiore ai 400 milioni di euro ciascuna. Seguono Puglia, Calabria e Sicilia, che nel 2022 hanno visto il proprio saldo negativo aggravarsi ulteriormente, superando i 300 milioni di euro rispetto al 2021.

Che fare adesso

Equità e sostenibilità sono due facce della stessa medaglia, come ricorda sempre Enrico Desideri, quindi non sono separabili. Chi ricerca sostenibilità introducendo, o tollerando, che ci siano differenze commette un errore. È un errore anche solo affermare che i cittadini più affluenti possono non aver accesso ad alcune prestazioni del SSN perché possono provvedere da soli e così il sistema si può concentrare sui più deboli.

Due sono le ragioni da opporre a questo ragionamento: la prima, fino a quando ci sarà una fiscalità progressiva in funzione del reddito anche questa sarebbe un ingiustificabile disuguaglianza.

La seconda, che tutti sappiamo che il SSN si impoverirebbe di competenze e tecnologie minandone la capacità d’innovazione necessaria.

Non c’è quindi altra via se non ridare valore ai due cardini del welfare: equità e universalismo. Per farlo non basteranno gli strumenti pensati, ma non applicati, in passato, perché sono ormai superati.

Ci vuole invece l’adeguata capacità di utilizzare gli strumenti e gli approcci che i progressi scientifici e tecnologici ci mettono a disposizione con un ago della bussola che decisamente guardi alla visione “one health” e chiare idee su ciò che genera valore e su come misurarne l’impatto.

Qua e là si colgono segnali incoraggianti, sia a livello delle istituzioni, delle professioni e delle comunità. Se riusciamo a fare sistema, a rinunciare a visioni partigiane, a rendite di posizione ed egoismi, se guardiamo con attenzione alle persone e alla società, senza stantii pregiudizi forse ce la faremo a rinnovare le cose migliori del SSN e a correggere quelle che non ci soddisfano.

Il dubbio sulla riuscita non è sulle competenze, ne abbiamo molte e anche di quelle giuste, ma è la volontà, la determinazione e la tenacia per affrontare situazioni che non consentono più cambiamenti marginali ma innovazioni dirompenti.

https://www.quotidianosanita.it/lettere-al-direttore/articolo.php?articolo_id=127723

Oligopolio verso salute: un ossimoro?

Giorgio Banchieri, Segretario Nazionale ASQUAS, Docente DiSSE, Università "Sapienza", Roma;
Andrea Vannucci, Membro CTS ASQUAS, Docente DiSM, Università Siena, Membro CD Accademia di Medicina, Genova.

Il recente pronunciamento del TAR Lazio che, su richiesta delle associazioni dei laboratori e della sanità privata accreditata, sospende l'introduzione del nuovo nomenclatore delle prestazioni sanitarie rafforza una domanda che da tempo ci stiamo ponendo: Il mercato sanitario e le sue filiere produttive sono un mercato aperto? Possono inserirsi nuovi competitori? Che rapporto c'è tra potere di offerta degli oligopoli e salute dei pazienti? La domanda di salute ha agio sul mercato o viene condizionata dall'offerta? Offerta e domanda sono in equilibrio e il mercato promuove o ostacola appropriatezza organizzativa e clinica? Subiamo distorsioni del mercato che penalizzano i pazienti? Queste sono le questioni aperte in presenza di un mercato oligopolistico della sanità ...

Oligopolio

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

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

L'oligopolio è caratterizzato comunque dalla presenza di poche imprese dominanti e in genere da capacità produttiva in eccesso.

Anche nel mondo della sanità è presente un sistema di oligopoli che operano a monte a valle delle aziende sanitarie e delle agenzie regionali o nazionali che si occupano di HTA o di politiche di acquisti. Parliamo di aziende che producono sia beni sia servizi, spesso multinazionali, da big Pharma a big Tech; che anche quando non controllano il mercato comunque lo influenzano in modo sostanziale. Le loro strategie di produzione e di marketing sono aggressive e la mole di innovazioni che immettono sul mercato così rapide che i vari sistemi regolatori che dovrebbero ricondurre il tutto nella prospettiva del bene comune sono in costante difficoltà e spesso in ritardo.

Monopolio e Surplus

Paul Baran e Paul Sweezy proposero una lettura critica del capitale monopolistico, pubblicando più di cinquant'anni fa *"Monopoly Capital" (Il capitale monopolistico, Einaudi, 1968)*. Gli autori vollero mostrare il grado d'irrazionalità che il sistema era arrivato ad esprimere sottolineandone il potenziale di crisi. Svilupparono la teoria secondo la quale la stagnazione sarebbe lo stato normale del capitalismo monopolistico nella sua fase di maggiore sviluppo. Oggi, in effetti, i principali economisti liberali e globalisti sono costretti ad affrontare la questione della stagnazione e a discutere del ruolo crescente dei monopoli e degli oligopoli e di modelli alternativi, prospettando anche un ruolo di regolamentazione e di compensazione dello Stato in economia per svolgere una funzione anticiclica rispetto alle periodiche crisi del sistema capitalistico.

Le analisi degli economisti contemplano anche la possibile transizione da un contesto oligopolista da un monopolista. Ciò accade quando uno degli oligopolisti assume un ruolo predominante e diventa leader di mercato. Un certo grado di concorrenza permane, non più basata sui prezzi ma sulla promozione delle vendite (con la pubblicità per indurre consumi), sulla capacità di assicurarsi quote della spesa pubblica (nel nostro caso quella destinata alla salute dei cittadini) e di trovare attenzione da parte del mondo finanza (sempre in sanità, la crescita della presenza dei fondi private equity).

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

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

È in questo contesto che la “giant corporation” assume un ruolo dominante. Con la sua capacità di ridurre i costi di produzione, la sua politica di prezzi monopolistici, la sua incidenza nella distribuzione del prodotto, con la quota del profitto che cresce a scapito di quella del lavoro e si generano quote di surplus crescente. Questa è in particolare la legge di un sistema monopolistico dove l'assorbimento del surplus è nella logica delle cose. Anche nel mondo della sanità ci sono esempi del genere, con aziende che sono diventate leader assoluti in certi segmenti di produzione e perciò in grado di modulare selettivamente non solo l'offerta ma anche la domanda. Oligopolio e monopolio incrementano entrambi il saggio di plusvalore. Per la sua realizzazione è vitale una domanda crescente d'investimento e consumo da parte dei soggetti più ricchi che sostituisca quella dei ceti medi e dei ceti lavoratori che invece è calante a causa del loro sostanziale impoverimento. Qualcosa di analogo sta accadendo quando i consumi sono finanziati dalla spesa pubblica di stati sempre più frequentemente indebitati.

È quello che negli anni recenti sta succedendo in molti Paesi OECD.

È di questi giorni la polemica politica su chi scaricare i costi della sindemia post pandemia da SARS-COV-2 definendo gli obiettivi delle Leggi di Stabilità in tutti i Paesi UE e in USA. Questo nonostante che, come indicato da Baran e Sweezy, il funzionamento del sistema produce spreco: uno dei tre modi in cui, insieme al consumo ed all'investimento dei capitali, può esser utilizzato il surplus crescente.

Il surplus insieme al profitto, che rimane lo scopo precipuo del modello capitalista, si manifesta, via via più intensamente, nella misura in cui modi nuovi di sua utilizzazione vengano ad alzarne il livello di assorbimento. Surplus che con la globalizzazione ha determinato sviluppo sì, ma anche polarizzazione della ricchezza con pauperizzazione sia dei ceti medi sia dei ceti lavoratori, vedi i dati dell'Osservatorio Oxfam 2023-2024.

È la “società liquida” che aiuta l'accumulazione e crea fasce di nuova povertà. Accade per assurdo anche che la chance dell'export di capitale è più che annullata dall'import di surplus, drenato dalle multinazionali dalle aree del sottosviluppo, nel contesto dei processi correnti di globalizzazione. Queste dinamiche possono spiegare sia la stagnazione che la prosperità.

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

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



Oligopoli e mondo sanitario

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

Nessun altro settore della pubblica amministrazione è soggetto a così numerosi e frequenti provvedimenti volti a modificarne la configurazione istituzionale quanto quello sanitario. La maggior parte di essi si propongono di ridurre i costi di gestione e migliorare la qualità dei servizi, anche se, ad oggi, nessuno è ancora riuscito a dimostrare che tale scopo sia stato raggiunto con successo.

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

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

Sappiamo quanto i comportamenti delle persone sono influenzati da interessi economici e commerciali e pensiamo che ciò avvenga anche nelle attività che hanno a che vedere con la salute. Non possiamo negare in Sanità che ci troviamo in una condizione di mercato sostenuto da campagne di marketing focalizzate ad aumentare i consumi e trovare sempre nuovi clienti.

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

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

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

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

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

La *“financed-based medicine”*

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

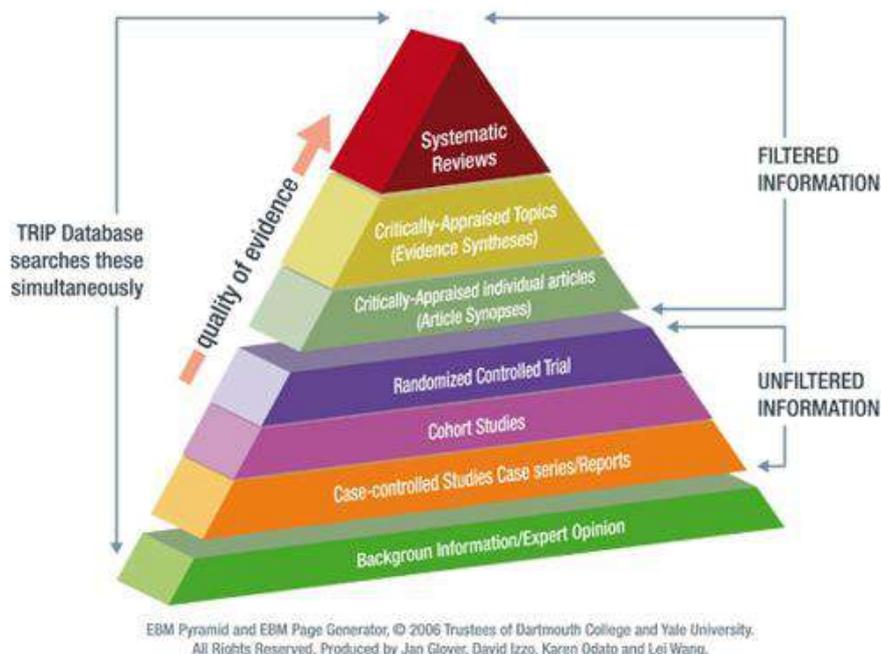
È noto come l'intero ambito della medicina è pervaso da prestazioni inutili e potenzialmente dannose che consumano ingenti quantità di risorse causando sprechi che riducono la possibilità di assicurare i servizi essenziali tutti i pazienti, con rischi per quelli delle classi sociali più disagiate.

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

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

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

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



Per una sanità che cura e non fa solo profitti

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

Per loro natura gli specialisti non hanno una visione d'insieme, agiscono nel corso di episodi acuti della malattia e per brevi periodi di tempo. Hanno logiche che guardano più spesso alla prestazione che non al percorso di cura. Non è una critica ma una considerazione sul loro ruolo che deve tenere a mente chi, chiamato ad avere una visione sistemica, è responsabile delle cure ai cittadini su più ampia scala. Questo perché i bisogni sono molto più ampi e complessi.

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

Le dinamiche sociali e i cambiamenti culturali non sono fattori indipendenti nell'efficacia di un sistema di cure ed assistenza. Combattere solitudini, fragilità, insicurezze, povertà dispensando farmaci anti depressivi o altro non risolve i problemi delle persone coinvolte, anzi le aggrava, fa perdere lucidità e crea dipendenze ... ed ecco sullo sfondo un altro mercato oligopolistico, quello delle finte sicurezze, delle droghe e della dipendenza totale. Ci sono però anche buone notizie come prove di policy efficaci contro la solitudine come quelle sviluppate in Gran Bretagna in alcuni siti pilota, ad esempio Frome, una cittadina di 45.000 abitanti nel Somerset, che mostrano che una via alternativa esiste.

La sfida culturale e organizzativa

Oggi serve un grande investimento culturale sui professionisti e gli operatori della sanità e del sociale per renderli abili alle nuove metodiche, ai nuovi strumenti, ai nuovi flussi di dati e alle nuove evidenze cliniche. Questo sarà il *driver* dell'appropriatezza prescrittiva e clinica, anche se ci sarà chi si oppone ... gli oligopolisti non sono sempre innovativi, anzi, spesso devono frenare l'innovazione per massimizzare il ritorno del loro investimento. Accade per i farmaci e per i dispositivi medici, per le alte e le più semplici tecnologie e può ritardare cambiamenti delle procedure cliniche e organizzative interferendo negativamente sul potenziale di efficienza del sistema.

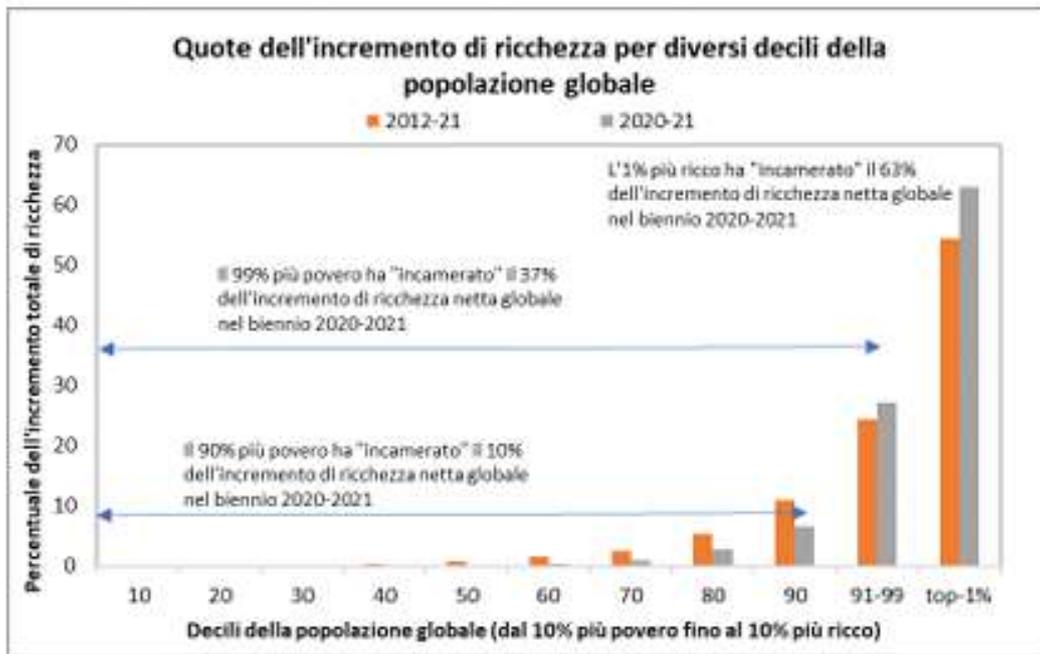


Figura 2. Quote dell'incremento di ricchezza netta per decile della popolazione mondiale nei periodi 2012-2021 e 2020-2021. Fonte: Rielaborazione Oxfam su dati di Credit Suisse¹⁶

Dalla medicina "riduzionista" a quella "sistemica"

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

Se su una strada corre sempre più veloce la specializzazione e la suddivisione dei saperi e delle tecniche, su un'altra ci sono pazienti sempre più vecchi e malati che chiedono di essere curati, ma che sanno di non poter guarire, che desiderano essere assistiti nel loro abituale contesto di vita, senza dover abbandonare i loro affetti e la propria casa. Persone che aspirano ad una vita e ad una morte dignitosa che vanno aiutate nella ricerca del benessere possibile facendo leva sulle loro residue capacità di adattamento.

Le due strade dovranno prima o poi incontrarsi.

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

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

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

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

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

Nei Paesi occidentali sono entrati in crisi i modelli di sviluppo precedenti generando una pauperizzazione crescente dei così detti ceti medi e delle classi lavoratrici (operai dell'industria, dell'agricoltura e dei servizi) e sono entrati anche in crisi i meccanismi della democrazia partecipata, con livelli un tempo impensabili di

astensionismo elettorale. Le società democratiche per come le abbiamo pensate, e per come aspireremmo che fossero, sono insidiate da movimenti populistici, sovranisti e nazionalisti.

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

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

E quindi....

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

Con la crisi dell'economia tedesca, e forse di quella francese, con cui condividiamo molte filiere produttive, rischiamo processi recessivi a breve e medio termine. La crescita del contributo al PIL della nostra industria è ferma da 21 mesi. Innovazione e ricerca sono possibili se le imprese hanno orizzonti di mercato a 4/5 anni ... altrimenti lavorano sull'acquisito e interveniamo sulla produttività solo comprimendo il costo del lavoro, cioè i salari. Se questo è lo scenario il welfare in Italia rischia di subire un ulteriore ridimensionamento in tutte le sue componenti: previdenza, servizi sociali, sanità.

La sanità non è più in grado di continuare a offrire servizi e reti obsolete e costose. Adottare modelli innovativi da scelta diventa obbligo. La carta costituzionale prevede che la salute collettiva e dei singoli sia assicurata, il Servizio sanitario nazionale è lo strumento fondamentale ma non il solo.

Una visione politica che vuol interpretare la complessità contemporanea deve sapersi muovere nel contesto multistakeholder che la caratterizza per trarne vantaggi per i cittadini e non perdita di garanzie.

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

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

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

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

https://www.quotidianosanita.it/studi-e-analisi/articolo.php?articolo_id=126753

I LEPS: una rassegna analitica

Franco Pesaresi

Welforum.it dal 21/2/2025 dedica il suo “Il punto di Welforum” ai singoli Livelli essenziali delle prestazioni sociali (LEPS) e conseguentemente ai numerosi articoli che ho scritto su questo tema. Ecco di seguito la presentazione delle pagine web e il link per accedere alla raccolta di articoli: <https://www.welforum.it/il-punto/i-leps-una-rassegna-analitica/>

È cominciata la stagione dei Livelli essenziali delle prestazioni sociali (LEPS). Con ritardo, gradualmente, ma finalmente sono arrivati.

I livelli essenziali delle prestazioni sociali (LEPS) sono costituiti dagli interventi, dai servizi, dalle attività e dalle prestazioni integrate che la Repubblica assicura con carattere di universalità su tutto il territorio nazionale per garantire qualità della vita, pari opportunità, non discriminazione, prevenzione, eliminazione o riduzione delle condizioni di svantaggio e di vulnerabilità (L. 234/2021, art. 1 c. 159). Detto in altre parole, si tratta della rete essenziale ed obbligatoria di servizi ed interventi sociali che occorre garantire in tutti gli Ambiti sociali territoriali (che sono i soggetti attuatori) affinché tutti i cittadini possano avere accesso a parità sostanziale di condizioni. Si tratta, come si può ben comprendere, di un tema importantissimo per l'organizzazione dei servizi e per la definizione dei diritti dei cittadini con particolare riferimento a quelli più fragili.

La Costituzione li prevede dal 2001, ma già un anno prima erano stati incardinati nella legislazione dalla legge quadro 328/2000 sull'assistenza. La sanità ha avuto subito, sin dal novembre 2001, un decreto corposo ed organico su tutti i LEA sanitari.

Al settore sociale non è andata così bene. Non c'è mai stato un decreto organico che abbia individuato tutti i Livelli essenziali per il settore dell'assistenza sociale; c'è stata, invece, una serie di disposizioni settoriali distribuite in una pluralità di leggi e decreti nell'arco di un decennio dal 2013 al 2023. Ma in questi ultimissimi anni, e precisamente dal 2021, il processo di individuazione dei LEPS ha accelerato la sua velocità e questo tema è diventato centrale nella pianificazione nazionale dei servizi sociali locali. Alla fine del 2024 erano stati individuati puntualmente sedici prestazioni qualificate come livelli essenziali delle prestazioni sociali (a cui si aggiunge quello relativo agli asili nido) ma altri LEPS sono stati individuati dal Piano nazionale degli interventi e dei servizi sociali 2024-2026 (al momento in cui scrivo in attesa di pubblicazione) ed altri ancora dovrebbero essere individuati in attuazione della L. 227/2021 (Delega al Governo in materia di disabilità) che prevede l'approvazione dei LEPS in favore delle persone con disabilità.

Per i LEPS non c'è dunque un disegno organico ma un processo graduale di individuazione progressiva in cui è onestamente complicato orientarsi per operatori, amministratori e cittadini utenti dei servizi. Anche per questo nasce l'esigenza di questo “Punto di Welforum” con l'obiettivo di presentare i livelli essenziali già approvati e la loro descrizione nell'attesa di una norma organica che li approvi tutti e fornisca dunque un quadro organico dell'offerta essenziale dei servizi e dei diritti dei cittadini.

Gli articoli che vengono riproposti in questo “Punto di Welforum” si connotano come schede che hanno l'obiettivo di fornire il quadro normativo di riferimento di ogni singolo LEPS con un taglio di tipo illustrativo-didattico per fornire un utile strumento agli operatori che dovranno realizzarli e ai cittadini che dovranno/vorranno verificarne la funzionalità. Gli articoli hanno tutti lo stesso schema e le informazioni che sono fornite derivano tutte da atti normativi citati in bibliografia mentre le valutazioni sono ridotte al minimo e funzionali allo sviluppo delle schede.

Naturalmente, il tema dei Livelli essenziali delle prestazioni sociali è molto più ampio di quanto possa essere contenuto in questo “Punto di Welforum” dedicato ai singoli LEPS già approvati. Mancano molti altri temi come l'attuazione del sistema di garanzia dei Leps, i LEPS mancanti, l'organizzazione uniforme dei LEPS in tutto il territorio nazionale, il loro finanziamento ecc., temi che verranno affrontati nel numero 1/2025 di Prospettive Sociali e Sanitarie a cui rimandiamo per completare il quadro sui Livelli essenziali delle prestazioni sociali.

Questo “Punto di Welforum” si distingue dai precedenti per essere un documento dinamico, che potrà evolvere nel tempo, arricchendosi di ulteriori schede in base ai LEPS che ancora mancano e che verranno via via definiti.

<https://www.welforum.it/il-punto/i-leps-una-rassegna-analitica/>



Il decreto sul bisogno assistenziale gravissimo

Come procede la sperimentazione della riforma dell'indennità di accompagnamento

Franco Pesaresi

(Questo articolo è stato pubblicato su Welforum.it del 12/2/2025)

La sperimentazione della Prestazione universale

Il Decreto Legislativo 29/2024 invece di dare attuazione alla riforma dell'indennità di accompagnamento (come previsto nella L. 33/2023) ha previsto una sperimentazione biennale della “Prestazione universale” che è destinata a sostituire l'indennità di accompagnamento.

La sperimentazione prevede la corresponsione di un importo aggiuntivo all'indennità di accompagnamento di 850 euro mensili che si chiama “assegno di assistenza” “finalizzato a remunerare il costo del lavoro di cura e assistenza svolto da lavoratori domestici con mansioni di assistenza alla persona”. Possono accedere alla sperimentazione solo gli anziani non autosufficienti, previa espressa richiesta, in possesso dei seguenti requisiti:

- Un'età anagrafica di almeno 80 anni;
- **Un livello di bisogno assistenziale gravissimo;**
- Un valore dell'indicatore della situazione economica equivalente (isee) per le prestazioni agevolate di natura sociosanitaria, non superiore a euro 6.000;
- Titolarità dell'indennità di accompagnamento di cui all'articolo 1, primo comma, della legge 11 febbraio 1980, n. 18, ovvero possesso dei requisiti per il riconoscimento del suddetto beneficio¹.

A questi requisiti va aggiunto anche quello della domiciliarità dell'intervento e cioè che si può erogare il nuovo “assegno di assistenza” solo a chi vive nella propria abitazione escludendo chi è accolto nelle diverse strutture residenziali. Lo dice chiaramente il Decreto 29/2024 finalizzando la sperimentazione al “sostegno della domiciliarità” (art. 34, comma 1) e alla remunerazione del “costo del lavoro di cura e assistenza svolto da lavoratori domestici” (art. 36, comma 2, lett. b).

La sperimentazione è limitata a soli 24.510 anziani, tenendo conto che è stata stanziata la somma di 250 milioni per ognuno dei due anni di sperimentazione.

¹ Per comprendere la portata dell'inserimento anche di coloro che sono in possesso dei requisiti per il riconoscimento dell'indennità di accompagnamento occorre ricordare che i requisiti per l'accesso a tale indennità è riservata “ai mutilati ed invalidi civili totalmente inabili per affezioni fisiche o psichiche di cui agli [articoli 2 e 12 della legge 30 marzo 1971, n. 118](#), nei cui confronti [le apposite commissioni sanitarie](#), previste dall'articolo 7 e seguenti della legge citata, abbiano accertato che si trovano nella impossibilità di deambulare senza l'aiuto permanente di un accompagnatore o, non essendo in grado di compiere gli atti quotidiani della vita, abbisognano di un'assistenza continua”. Occorre pertanto che tali requisiti siano riconosciuti dalla Commissione sanitaria provinciale.

Il Decreto sul bisogno assistenziale gravissimo

Per identificare i livelli di bisogno assistenziale gravissimo il D. Lgs. 29/2024 dispone che sia una Commissione tecnico-scientifica ad individuare “degli indicatori atti alla definizione dei criteri di classificazione dello stato di bisogno assistenziale gravissimo”. Lo stesso Decreto disponeva anche che la Commissione in questo lavoro di individuazione dei criteri avrebbe dovuto tener conto delle disposizioni del Decreto MLPS del 26/9/2016 che, fra l'altro, individua le persone in condizione di disabilità gravissima.

Dopo la conclusione dei lavori della Commissione tecnico-scientifica di cui ho fatto parte ma di cui non ho approvato le conclusioni, il Decreto del Ministro del lavoro e delle politiche sociali n. 200 del 19 dicembre 2024 ha approvato gli indicatori dello stato di bisogno assistenziale gravissimo. Il Decreto per individuare il livello di bisogno assistenziale gravissimo per l'accesso degli anziani alla sperimentazione prevede la presenza contemporanea di due elementi:

1. Essere persone in condizione di disabilità gravissima rientrante in una delle condizioni sanitarie previste dal DM 26/9/2016 o essere una persona che necessita di assistenza continua 24 ore su 24 l'interruzione della quale, anche per un periodo molto breve, può portare a complicanze gravi o alla morte;
2. Totalizzare un punteggio di almeno 8 punti in un questionario che il candidato beneficiario deve autocompilare sulla sua situazione familiare e sociale.

Le persone in condizione di disabilità gravissima

Le condizioni sanitarie per essere ammessi alla sperimentazione, come si comprende, sono molto severe (coma, stato vegetativo, gravissima compromissione motoria da patologia neurologica, ecc.). Il decreto individua una serie di documenti in possesso dell'interessato atti a riconoscere lo stato di disabilità gravissima che il richiedente dovrà esibire. Purtroppo la documentazione ammessa spesso non è in grado di certificare lo stato di disabilità gravissima necessaria per essere ammessi alla sperimentazione. Infatti, vengono previsti per esempio:

- Certificazioni di persone accolte negli hospice che a rigor di legge non potrebbero essere ammessi al beneficio della sperimentazione perché assistiti in strutture residenziali;
- Certificazioni che la persona riceve una qualunque delle prestazioni sociali (decreto mlps 8/3/2013) che riguardano milioni di persone;
- Prove relative alla fruizione di deduzioni fiscali di spese mediche e di assistenza che riguardano milioni di persone;
- Ecc..

Il questionario che deve compilare il richiedente

Il questionario proposto invece di ricercare e graduare il bisogno assistenziale gravissimo del richiedente preferisce soffermarsi sulla situazione familiare e sociale dell'eventuale beneficiario. Inoltre, in alcuni casi, le soluzioni proposte sono gravemente inique perché a parità di condizioni personali di disabilità degli eventuali beneficiari si penalizzano o favoriscono taluni in base ad elementi extra-personali. Le singole voci del questionario sono sei e praticamente in tutte le voci si fa esattamente il contrario di quello che occorrerebbe fare nella valutazione di chi chiede di essere ammesso alla sperimentazione in base alle sue gravi necessità assistenziali. Vediamolo nel dettaglio:

1. Nella domanda 1 del questionario relativa alle persone che vivono nel nucleo familiare si penalizza il disabile gravissimo se questo vive con una persona con meno di 80 anni (punti 1 o 0) come se la gravità si riducesse se è presente in casa un'altra persona, peraltro indispensabile per assistere il disabile gravissimo. Ricordiamoci tutti che l'indennità di accompagnamento viene erogata sulla base delle condizioni del richiedente e non della situazione familiare e reddituale della famiglia.
2. Nella domanda 2 relativa alla presenza di altri disabili presenti nel nucleo familiare viene penalizzato (punti 0) il richiedente che non ha altri disabili all'interno della famiglia con una invalidità inferiore al 67%. Valgono per questa voce le stesse osservazioni della domanda 1.
3. Nella domanda 3 del questionario relativo alla presenza di personale di assistenza (non familiari) addirittura si penalizza il richiedente (punti 0) che ha personale contrattualizzato di assistenza. In questo caso addirittura si contraddice gravemente lo stesso Decreto 29/2024 che finalizza esplicitamente la

maggiorazione di 850 euro mensili (assegno di assistenza) proprio alla remunerazione del “costo del lavoro di cura e assistenza svolto da lavoratori domestici” (art. 36, comma 2, lett. b). In questo caso le violazioni sono addirittura due perché a parità di condizioni del richiedente viene ingiustamente penalizzato quello la cui assistenza viene fornita da personale peraltro indispensabile e perché si viola una delle norme cardine della sperimentazione. Peraltro, anche a rigor di logica, la presenza di personale di assistenza andrebbe valutato diversamente dato che è un forte indicatore indiretto di necessità assistenziali importanti.

4. Nella domanda 4 del questionario, a parità di condizioni del richiedente viene ingiustamente penalizzato quello che riceve dalle regioni un contributo economico più elevato. Tale diversa contribuzione delle regioni non si basa su un identico sistema di valutazione della gravità del beneficiario ma sulle diverse politiche regionali per cui utilizzarlo per selezionare i beneficiari appare iniquo.
5. Nella domanda 5 del questionario suscita sorpresa che si assegna il punteggio più basso al richiedente che gode di una assistenza domiciliare elevata (rispetto a chi non ne gode) che pur imperfetto come indicatore indiretto (perché i territori si comportano in modo non omogeneo) è però sicuramente rappresentativo di un bisogno assistenziale elevato. Anche in questo caso comunque valgono le osservazioni presentate per le altre domande: la condizioni di disabilità ed il bisogno assistenziale non cambia in relazione alla situazione familiare o al tipo di assistenza che la famiglia riesce a procurarsi.
6. Nella domanda 6 del questionario viene favorito chi non va al Centro diurno (punti 7) ma occorre dire che le condizioni sanitarie richieste per accedere alla sperimentazione non permette praticamente quasi a nessuno di poter accedere ai centri diurni. In realtà questo ultimo punteggio, spropositato rispetto agli altri, serve solo per poter raggiungere gli 8 punti minimi per essere ammessi alla sperimentazione perché con le altre voci e i punteggi assegnati dal questionario la gran parte dei richiedenti sarebbero stati esclusi dalla sperimentazione. Si tratta in altre parole di un artificio numerico per ammantare le incongruenze del questionario.

In sostanza, il questionario e i punteggi relativi contrastano con il D. Lgs. 29/2024 (si veda la domanda 3) e tratta disabili nelle medesime condizioni in modo diverso in relazione alle loro condizioni familiari, di reddito e di geolocalizzazione, elementi questi non previsti dal decreto stesso. La normativa chiede una classificazione dei beneficiari della sperimentazione in base al bisogno assistenziale gravissimo che è oggettivo e personale e non può essere influenzato, se la legge non lo prevede, da elementi esterni come la capacità economica e familiare di far fronte all'assistenza.

Conclusioni

Il Decreto MLPS 200/2024 per definire coloro che hanno un bisogno assistenziale gravissimo individua una platea molto ristretta di potenziali beneficiari della sperimentazione che è data da coloro che sono ricompresi nell'elenco dell'art. 3 del Decreto MLPS dal DM 26/9/2016 a cui si aggiungono le persone che necessitano di assistenza continua 24 ore su 24 l'interruzione della quale, anche per un periodo molto breve, può portare a complicanze gravi o alla morte. Per selezionare i richiedenti, fra questi, da ammettere alla sperimentazione viene aggiunto un questionario che i richiedenti dovranno autocompilare che ha il compito di individuare coloro che hanno un bisogno assistenziale gravissimo (punteggio minimo 8) fra quelli della platea potenziale e di graduare il livello del bisogno assistenziale gravissimo (il punteggio superiore agli 8 punti) nel caso in cui le domande superino il numero massimo dei beneficiari stabilito (24.510).

Il decreto avrebbe dovuto identificare dei criteri o uno strumento in grado di rilevare il bisogno assistenziale che, come noto, non coincide necessariamente con la gravità della disabilità. Pertanto il criterio di riferimento per la definizione di livelli graduati di necessità di sostegno intensivo è la gravosità del carico assistenziale richiesto. Ora, occorre rammentare che per definire il bisogno assistenziale delle persone non autosufficienti, in genere, si valuta la loro capacità di compiere le ADL (Attività della vita quotidiana: mobilità, igiene, ecc.) e le IADL (Attività strumentali della vita quotidiana: cucinare, pulire, ecc.) (Cravo Oliveira Hashiguchi, Llana-Nozal 2020). Il questionario proposto per definire e graduare il bisogno assistenziale gravissimo invece non segue questi principi ma soprattutto non fornisce informazioni adeguate sul bisogno assistenziale personale dell'eventuale beneficiario preferendo ricercare informazioni sulla situazione familiare del beneficiario e sui servizi ricevuti. Ovviamente, questo non permette al Decreto di adempiere al suo mandato che non è quello di valutare le situazioni familiari ma le necessità assistenziali delle singole persone indipendentemente dalle

loro condizioni familiari, di reddito, di sostegni ricevuti. Questo aspetto pone il Decreto MLPS 200/2024 in aperto contrasto con il D. Lgs. 29/2024 ma soprattutto crea le condizioni per una valutazione iniqua di coloro che richiederanno di accedere alla sperimentazione che, a parità di bisogno assistenziale, riceveranno una differente valutazione/punteggio in relazione ad aspetti familiari e sociali non previsti dalla normativa vigente che potrebbero escludere taluni richiedenti dalla sperimentazione. Siamo pertanto in presenza di un decreto di dubbia legittimità con addirittura profili di incostituzionalità.

Sarà dunque difficile, in un situazione di equità e semplicità, accedere all'Assegno di assistenza già estremamente selettivo; la speranza è che si riesca a raggiungere almeno il numero dei 24.510 anziani da ammettere alla sperimentazione perché i requisiti molto stringenti (età +80 anni, Isee inf. 6.000 euro, indennità di accompagnamento, disabilità gravissima e bisogno assistenziale gravissimo) uniti alla necessità di escludere coloro che sono accolti in strutture residenziali e la difficoltà di certificare le condizioni di disabilità gravissima potrebbe determinare dei problemi nel reclutamento di tutti i possibili beneficiari che sono già pochissimi.

Bibliografia e norme di riferimento

- Cravo Oliveira Hashiguchi T., Llena-Nozal A., *The effectiveness of social protection for long-term care in old age: is social protection reducing the risk of poverty associated with care needs?* OECD Health working paper n.117, 2020: https://www.oecd.org/en/publications/the-effectiveness-of-social-protection-for-long-term-care-in-old-age_2592f06e-en.html
- Decreto Legislativo n. 29 del 15/4/2024: *Disposizioni in materia di politiche in favore delle persone anziane, in attuazione della delega di cui agli articoli 3, 4 e 5 della legge 23 marzo 2023, n. 33.*
- Decreto Ministro del lavoro e delle politiche sociali n. 200 del 19 dicembre 2024: *Adozione degli indicatori dello stato di bisogno assistenziale gravissimo.*
- INPS, Messaggio n. 4490 del 30/12/2024: *Decreto legislativo 15 marzo 2024, n. 29, recante "Disposizioni in materia di politiche in favore delle persone anziane, in attuazione della delega di cui agli articoli 3, 4 e 5 della legge 23 marzo 2023, n.33". Prestazione Universale.*
- Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali, Decreto 26 settembre 2016: *Riparto delle risorse finanziarie del Fondo nazionale per le non autosufficienze, per l'anno 2016.*

<https://www.welforum.it/il-decreto-sul-bisogno-assistenziale-gravissimo/>



Salute per tutti, salute globale = OMS?

Maurizio Bonati

Presentata a gennaio 2025 la più impegnativa proposta di riforma dell'Organizzazione mondiale della sanità, in parallelo con la furia distruttrice avviata dalla nuova amministrazione Trump. Sarà possibile e sostenibile, considerando tra l'altro che una riorganizzazione strutturale deve passare dallo scambio e dalla condivisione delle conoscenze scientifiche con l'intera comunità globale?

Il 29 maggio 2020, il presidente Donald Trump annunciava che gli Stati Uniti avrebbero interrotto i rapporti con l'Organizzazione mondiale della sanità (OMS) e reindirizzato i fondi alle priorità sanitarie globali degli Stati Uniti. A giustificazione del provvedimento la cattiva gestione da parte dell'OMS della pandemia di Covid-19, l'incapacità di adottare azioni urgenti in altre crisi sanitarie globali e l'insufficiente indipendenza dalla politica degli Stati Membri con maggior potere decisionale. Il provvedimento, tuttavia, non fece in tempo a essere attuato perché era arrivato a ridosso della fine del mandato (20 gennaio 2021) della prima amministrazione Trump. Succedendo a Trump, Joe Biden venne eletto (anche) per il fallimento del suo predecessore nel contenere la pandemia che minacciava la salute globale e la sicurezza nazionale. Il nuovo presidente fu quindi costretto a sostenere il diritto fondamentale alla salute e alle cure come bene pubblico globale, dichiarato (anche) dalla Costituzione dell'OMS. Favorita, inoltre, dai limiti normativi nazionali e internazionali delle procedure per ritirarsi dall'OMS, l'amministrazione Biden ha quindi "ritirato" (<https://www.dpceonline.it/index.php/dpceonline/article/view/1772/1775>) il ritiro di Trump.

Il 20 gennaio 2025, all'atto del suo nuovo insediamento, il presidente degli Stati Uniti ha riconfermato il ritiro dall'OMS, con le stesse motivazioni del 2020, cui ha aggiunto la continua richiesta da parte dell'OMS di pagamenti onerosi per gli Stati Uniti, ben sproporzionati rispetto a quelli stimati di altri Paesi, come per esempio la Cina, che con una popolazione di 1,4 miliardi (300 volte la popolazione degli Stati Uniti) contribuisce all'OMS

(<https://www.salute.gov.it/portale/rapportiInternazionali/menuContenutoRapportiInternazionali.jsp?lingua=italiano&area=rapporti&menu=mondiale>) per quasi il 90 per cento in meno dell'amministrazione americana. Quattro, quindi, i punti essenziali a giustificazione del provvedimento: l'inefficienza a gestire le emergenze sanitarie globali, l'incapacità ad attuare interventi urgenti, la mancata indipendenza dell'Organizzazione dall'influenza politica di alcuni Stati Membri, i costi onerosi e iniqui di partecipazione per gli Stati Uniti.

Il governo della salute per tutti

Secondo la Costituzione dell'OMS, l'obiettivo dell'Organizzazione è «il raggiungimento, da parte di tutte le popolazioni, del più alto livello possibile di salute», definita come «uno stato di totale benessere fisico, mentale e sociale» e non semplicemente «assenza di malattie o infermità». Vi aderiscono 194 Stati Membri di tutto il mondo, divisi in sei regioni (Europa, Americhe, Africa, Mediterraneo Orientale, Pacifico Occidentale e Sud-Est Asiatico). L'Italia ha aderito ufficialmente all'OMS l'11 aprile 1947. Il Ministero della Salute cura i rapporti con l'agenzia, collaborando alle sue attività, partecipando agli organi di governo e attuando le relative convenzioni e programmi (<https://www.who.int/publications/i/item/9241800038>) sanitari internazionali. Compito dell'OMS e degli Stati Membri è quello di garantire "la salute per tutti": uno dei diritti umani universali perché fondamentali.

Due sono le azioni principali da parte dell'OMS per perseguire questa missione: stilare e aggiornare specifiche e appropriate raccomandazioni, indicazioni e linee guida; mettere in atto e favorire azioni, anche

accompagnando gli Stati Membri nella loro attuazione. Sulla rilevanza del primo di questi obiettivi è difficile raccogliere dissensi, mentre sulle modalità dell'accompagnamento alla loro attuazione si raccolgono maggiori voci critiche. I mutamenti nella situazione politica internazionale e i miglioramenti economici e sociali raggiunti in molti Paesi negli ultimi decenni hanno creato condizioni di maggior benessere per molte popolazioni, ma anche intensificato le disuguaglianze.

Un aggiornamento, non dei principi, quindi, ma dei processi per la loro attuazione è necessario. Così come è necessario un aggiornamento della governance. (A questi temi Scienza in rete ha dedicato un webinar (<https://www.scienzainrete.it/articolo/dove-sta-andando-edove-potrebbe-andare-lorganizzazione-ondiale-della-sanit%C3%A0/2025-02-06>) lo scorso 6 febbraio).

Certamente tra i piani da aggiornare o riformulare ci sono quelli di prevenzione e contenimento delle emergenze sanitarie globali, quale è stata la pandemia da Covid-19 (SARS-CoV-2 proveniente dalla città di Wuhan in Cina). Piani, aggiornati ed efficaci, di cui disporre per prepararsi a una nuova pandemia, basati anche

sugli insegnamenti delle precedenti, successe in epoca OMS (l'influenza asiatica da virus influenzale AH2N2 del 1957 proveniente dalla penisola di Yunan, in Cina; l'influenza di Hong Kong del virus influenzale AH3N2 del 1968; la pandemia causata dal virus dell'immunodeficienza umana - HIV a partire dal 1981). Ed è vero che la pandemia di Covid-19, ha evidenziato, purtroppo, gravi carenze sia per la prevenzione che per la gestione e la terapia di una nuova e grave infezione di ampia e rapida diffusione per contagio.

Il gioco complesso degli equilibri

Nove i direttori generali che sinora si sono alternati con incarichi tecnici e amministrativi, scelti dal Consiglio Esecutivo dell'OMS; nessuno americano. Il primo (1948-1953) fu il medico militare canadese Brock Chisholm, che nel 1948 fondò la Federazione mondiale per la salute mentale e scrisse un saggio (ancora) innovativo, *Can people learn to learn?*

https://books.google.it/books/about/Can_People_Learn_to_Learn.html?id=F20LAQAAIAAJ&redir_esc=y), contro i tabù locali, nazionali, religiosi e genitoriali creati dalla lingua, dalle culture e dalle istituzioni politiche, descrivendo realtà locali di Paesi orientali e occidentali. La persona giusta per il mandato e il futuro dell'OMS. Un altro direttore generale (1973-1988) che ha ben interpretato la missione dell'OMS è stato il danese Halfdan Mahler (<https://history.rcp.ac.uk/inspiring-physicians/halfdan-theodormahler>) che nel 1978 lanciò, ad Alma-Ata, l'iniziativa Salute per tutti entro il 2000, con la partecipazione di 134 nazioni che si impegnarono a implementare il suo approccio incentrato sull'istruzione, sulla promozione di una corretta alimentazione, sulla fornitura di acqua potabile e servizi igienici di base, sull'assistenza sanitaria materna e infantile, sulle vaccinazioni e sull'accesso ai farmaci essenziali. «L'obiettivo non era quello di sradicare tutte le malattie e le patologie entro il 2000, sapevamo che sarebbe stato impossibile. Il nostro obiettivo era quello di focalizzare l'attenzione mondiale sulle disuguaglianze sanitarie e sul tentativo di raggiungere un livello accettabile di salute, equamente distribuito in tutto il mondo» come ebbe a spiegare (The Lancet 2017. 389; 10064: 30).

Per decenni, quindi, l'OMS ha rappresentato un modello di cooperazione internazionale, coordinando le risposte alle epidemie, promuovendo lo scambio scientifico, stabilendo norme e fornendo un'inestimabile assistenza tecnica. Tuttavia, da anni si trova di fronte a difficoltà economiche e l'annuncio degli Stati Uniti renderà la situazione più grave.

Alcune delle misure intraprese (<https://www.who.int/director-general/speeches/detail/who-director-general-s-opening-remarks-at-the-56th-session-of-the-executive-board-3-february-2025>) (allineamento strategico delle risorse con le attività; congelamento delle assunzioni; riduzione delle spese di viaggio; rinegoziazione dei contratti di appalto e riduzione degli investimenti di capitale) potranno correggere (in parte) il bilancio di esercizio, ma ben altre dovrebbero essere le azioni politiche ed economiche da intraprendere a partire dalla ridefinizione dei bisogni, della trasparenza, della partecipazione per la garanzia del diritto alla salute per tutti e ovunque.

Le critiche alla gestione dei costi dell'OMS non sono recenti e si alternano periodicamente con intensità diversa, anche in relazione alla convergenza politica degli Stati Membri che nominano il Direttore generale, grazie a una procedura che può essere interessante conoscere. È l'Assemblea mondiale della sanità (<https://www.salute.gov.it/portale/rapportiInternazionali/dettaglioContenutiRapportiInternazionali.jsp?lingua=italiano&id=3752&area=rapporti&menu=mondiale>) a nominare il Direttore generale, con voto a scrutinio

segreto, da almeno i due terzi degli aventi diritto, per la durata di 5 anni. Gli Stati Membri propongono i propri candidati nell'anno precedente all'elezione e il Consiglio esecutivo (<https://www.salute.gov.it/portale/rapportiInternazionali/dettaglioContenutiRapportiInternazionali.jsp?lingua=italiano&id=3751&area=rapporti&menu=mondiale>) propone quelli con le più frequenti indicazioni. Il Direttore generale è sottoposto all'autorità del Consiglio (composto di trentaquattro persone designate da altrettanti Stati Membri). Uno dei momenti più aspri fu in occasione della presentazione del Rapporto economico (<https://iris.who.int/handle/10665/44371>) (Executive Summary Health System Financing) del 2010 con direttrice la cinese Margaret Chan (2007-2013) che si trovò a gestire, non senza polemiche e scarsi insegnamenti dalla storia pregressa, l'epidemia da virus influenzale AH1N1 iniziata in Messico nel 2009. Fu quella un'occasione di ampia critica, perché il rapporto sosteneva che circa il 20-40% delle risorse spese per la salute nei diversi Paesi venivano nei fatti sprecate, risorse che avrebbero potuto essere reindirizzate verso il raggiungimento della copertura universale. Le critiche vertevano sul fatto che queste stesse considerazioni riferite ai diversi servizi sanitari nazionali potevano esser fatte anche per la gestione complessiva dell'agenzia ONU per la salute.

La più ambiziosa proposta di riforma. Ancora sostenibile?

L'OMS riceve i suoi finanziamenti (<https://www.who.int/about/funding>) da due fonti principali: gli Stati Membri che versano i contributi stabiliti (le quote associative dei Paesi: una percentuale del prodotto interno lordo concordata ogni due anni dall'Assemblea generale delle Nazioni Unite). Nel periodo 2022-2023, hanno costituito il 12% del bilancio totale. Ci sono poi i contributi volontari dagli Stati, da altre organizzazioni delle Nazioni Unite, da organizzazioni intergovernative, fondazioni filantropiche e dal settore privato, pari all'81% del finanziamento totale.

Il restante 7% proviene da altre fonti. Gli Stati Uniti finora sono stati di gran lunga il maggiore donatore volontario, con poco più di 1 miliardo di dollari donati (15,6% del bilancio totale dell'OMS) seguiti dalla Fondazione Melinda e Bill Gates (12,7%), dalla Germania (11,1%), dall'Alleanza GAVI (7,4%), dalla Commissione europea (7,2%), dal Rotary Internazionale e dal Canada (2,7% rispettivamente). La Cina contribuisce con lo 0,6%, mentre l'Italia con lo 0,1%. Il budget complessivo dell'OMS nel biennio 2022-2023 è stato di 6.833 milioni di dollari.

Un quadro che indica una dipendenza dell'OMS da contributi volontari e vincolati che crea una situazione in cui i donatori esterni dettano le priorità e l'agenda d'azione dell'Organizzazione, avendo quindi un ruolo determinante per la salute globale. Gli sforzi di riforma dell'OMS iniziati due decenni fa, con l'obiettivo di renderla un'organizzazione più snella, efficace, reattiva, trasparente e responsabile, impegnata a migliorare i risultati sanitari, sviluppando una capacità e una cultura per essere in grado di rispondere alle nuove emergenze sanitarie globali con sufficiente rapidità, agilità e appropriatezza, purtroppo sono risultati a tutt'oggi inefficaci (<https://doi.org/10.1186/s12992-018-0436-8>).

Al danese Søren Brostrøm, membro dell'Executive Board, è stato affidato nel 2021 il compito di produrre un documento (che tenesse conto anche di tutti quelli stilati nei decenni passati) per una riforma dell'OMS. Dopo quattro anni di lavoro il team da lui coordinato ha prodotto «la più ambiziosa agenda di riforma nella storia dell'OMS» presentata (<https://www.who.int/about/general-programme-of-work/fourteenth>) all'Assemblea Generale nel maggio 2024 e pubblicata nel gennaio 2025. Tre le aree strategiche indicate per la prossima fase di trasformazione: dare priorità allo sviluppo e al benessere della forza lavoro dell'OMS per garantire di avere il talento e la capacità di realizzare la missione dell'Organizzazione; offrire un supporto differenziato in base alle esigenze dei singoli Paesi, assicurando che il lavoro abbia un impatto misurabile sul campo; sfruttare la tecnologia e i dati per migliorare il processo decisionale e i risultati sanitari a livello globale. Ma quanto è sostenibile questa strategia? Con quali finanziamenti e quali partnership?

L'abbandono degli USA, solo una mossa tattica?

L'uscita degli Stati Uniti dall'OMS avrà quindi ripercussioni economiche su un'Organizzazione già in difficoltà, ma rappresenta anche una battuta d'arresto importante per la diplomazia sanitaria e la collaborazione scientifica, lasciando l'OMS più debole e gli Stati Uniti isolati, quando le sfide sanitarie globali e le emergenze richiederanno unità. Storicamente, per esempio, programmi per combattere l'AIDS, la tubercolosi e la malaria

sono stati finanziati per gran parte dagli Stati Uniti, quindi il loro ritiro mina non solo le finanze, ma i programmi stessi della missione dell'OMS. L'influenza e la posizione degli Stati Uniti nel mondo, anche in ambito sanitario, muteranno i processi di aiuto e solidarietà perché i valori di riferimento dei nuovi decisori sono diversi. Il ritiro dall'OMS non «rende l'America di nuovo sana» (Make America Healthy Again), ma minaccia anche i suoi interessi nazionali e la salute della popolazione americana (<https://www.bmj.com/content/388/bmj.r116>).

Bisogna tuttavia considerare che l'annunciata uscita degli Stati Uniti dall'OMS è una mossa tattica di una strategia politica complessa i cui esiti sono ignoti agli stessi artefici. Per tutto il 2025 nulla cambierà: si vedrà e deciderà tutto nel 2026. I pagamenti degli Stati Membri, infatti, sono stabiliti su base biennale, quindi la sospensione avviene a partire dall'anno successivo alla comunicazione. Il sogno del MAGA (Make America Great Again) potrebbe passare anche per la Direzione generale dell'OMS e di altre organizzazioni internazionali. La bizzarria dell'attuale amministrazione americana potrebbe continuare a stupire.

La situazione attuale si è creata perché è venuto meno il riconoscimento del ruolo essenziale dell'OMS a difesa e per il miglioramento della salute globale. È quindi indispensabile che l'intera comunità scientifica internazionale e quella civile contribuiscano al recupero e alla ridefinizione di una governance per la salute per tutti a livello internazionale e locale.

Così come è insufficiente e inefficace limitarsi a ribadire che, in Italia, il Servizio sanitario nazionale deve essere pubblico e universalistico, se non fa seguito una riforma sanitaria strutturale e innovativa, analogamente anche per l'OMS non sarà, comunque, sufficiente rimarcare la necessità della sua presenza "storica".

Condividere le conoscenze scientifiche con la comunità globale

Ma per cambiare servono risorse umane (esperte) ed economiche (adeguate). Per colmare il vuoto di finanziamenti e leadership determinato dall'abbandono americano servirebbe un'Unione Europea espressione di una rete concorde e volitiva. Cosa che purtroppo non è. Inoltre, la scarsa concordia raggiunta tra le nazioni europee sarà ulteriormente minacciata dalla relazione face to face che l'amministrazione americana va instaurando con i singoli Paesi. Pensare che i principali Stati Membri donatori e in particolare quelli europei (l'Unione Europea, la Francia, la Germania e il Regno Unito) aumentino il loro contributo è irrealistico anche in considerazione delle attuali situazioni politiche interne ai singoli Stati. Così come è irrealistico (e pericoloso in mancanza di una solida public health governance) che siano le organizzazioni filantropiche e gli individui facoltosi a colmare le lacune nei finanziamenti (e che lo facciano in modo disinteressato). Alcune nazioni BRICS (per esempio, Brasile, Cina, India e Sudafrica) potrebbero contribuire maggiormente all'OMS, soprattutto con sovvenzioni non vincolate a fronte di un maggior spazio decisionale sulle attività dell'Organizzazione. Gli Stati del Golfo, che hanno enormi capacità finanziarie e interessi nell'affrontare le sfide sanitarie e politiche in Medio Oriente, potrebbero intensificare il loro impegno per sostenere l'OMS e la sicurezza sanitaria globale. Il sostegno attivo all'OMS potrebbe passare non solo dal denaro, ma anche dalla messa a disposizione di personale esperto direttamente da parte degli Stati Membri, in modo diverso da quanto fatto spesso sinora (in modo clientelare o di appartenenza al potere politico).

Ma una riorganizzazione strutturale non può non passare dallo scambio e dalla condivisione delle conoscenze scientifiche. La rete costituita dai Centri collaborativi in università, ospedali, istituti di ricerca e laboratori attivi nel supportare l'OMS andrebbe aggiornata, riformulata e resa più efficiente. Scambio e condivisione delle conoscenze scientifiche che devono essere prodotte, intensificate e mantenute per la comunità globale, quindi con un'informazione adeguata, appropriata e condivisa dalla comunità scientifica internazionale (l'OMS come garante) per l'intera popolazione, così da contrastare la disinformazione e lo scetticismo scientifico. Purtroppo questi auspici rischiano di rimanere solo desideri perché la necessità di una riforma strutturale non è solo dell'OMS, ma di molte (tutte?) le Agenzie internazionali a partire dall'Organizzazione delle Nazioni Unite.

L'ONU, fondata sugli equilibri della fine della Seconda guerra mondiale, necessiterebbe di essere aggiornata o addirittura rifondata sulla base delle attuali condizioni dei popoli e dei Paesi. I principi che ne determinarono la nascita sono ancora attuali, ma l'inefficacia dimostrata in molte occasioni nell'attuare iniziative per il mantenimento della pace e della sicurezza mondiale, lo sviluppo di relazioni amichevoli tra le nazioni e il perseguimento di una cooperazione internazionale, indica la necessità di una sua rifondazione.

L'inefficienza burocratica, gli sprechi, gli episodi di corruzione, l'inadeguatezza di alcuni programmi e interventi, la riluttanza degli Stati Membri a raggiungere o applicare le risoluzioni del Consiglio di sicurezza, o ancora, per esempio, il "diritto di veto" riconosciuto a cinque Stati più uguali degli altri (Usa, Russia, Cina, Inghilterra e Francia) hanno caratterizzato spesso l'azione dell'ONU e quella dei suoi enti, fondi e agenzie specializzate, tra le quali l'OMS, o del suo organo giudiziario (la Corte internazionale di giustizia con sede a l'Aja). Servono lungimiranza, volontà e generosità: caratteristiche che mal si addicono alla politica (anche) internazionale. Per l'OMS? Sì, ma non solo.

Scienza in rete è un giornale senza pubblicità e aperto a tutti per garantire l'indipendenza dell'informazione e il diritto universale alla cittadinanza scientifica. Contribuisci a dar voce alla ricerca sostenendo Scienza in rete. In questo modo, potrai entrare a far parte della nostra comunità e condividere il nostro percorso. Clicca sul pulsante e scegli liberamente quanto donare! Anche una piccola somma è importante. Se vuoi fare una donazione ricorrente, ci consenti di programmare meglio il nostro lavoro e resti comunque libero di interromperla quando credi.

<https://mastodon.uno/@scienzainrete>



**L'assistenza sanitaria funziona?
Risultati delle indagini sugli indicatori riportati dai pazienti (PaRIS)**

Prefazione

Patient-Reported Indicator Surveys (PaRIS) è un'iniziativa dell'OCSE in cui i paesi collaborano allo sviluppo, alla standardizzazione e all'implementazione di una nuova generazione di indicatori che misurano i risultati e le esperienze dell'assistenza sanitaria che contano di più per le persone. Questo rapporto presenta i risultati del primo sondaggio internazionale sui pazienti di assistenza primaria di età pari o superiore a 45 anni, con un'enfasi sul gruppo più ampio e in più rapida crescita di utenti dell'assistenza sanitaria: le persone con patologie croniche. Catturando i risultati e le esperienze sanitarie auto-riportate dai pazienti, questo sondaggio offre una prospettiva inestimabile per valutare i sistemi sanitari nell'OCSE e oltre.

Basandosi sui dati di oltre 107.000 pazienti in più di 1.800 studi di assistenza primaria in 19 paesi, PaRIS fornisce una solida base per comprendere come i sistemi sanitari possano soddisfare meglio le esigenze e le priorità dei pazienti. Il rapporto finale è il risultato di uno sforzo comune di funzionari nazionali, rappresentanti dei pazienti, rappresentanti dei professionisti dell'assistenza primaria, esperti e la Direzione per l'occupazione, il lavoro e gli affari sociali dell'OCSE. Il consorzio internazionale PaRIS-SUR ha fornito supporto tecnico.

Lo sviluppo di questo rapporto è stato guidato da Stefano Scarpetta, Mark Pearson e Francesca Colombo.

Il rapporto è stato preparato dal team PaRIS della Divisione Salute dell'OCSE, con contributi di diversi membri: Katherine de Bienassis ha guidato il Capitolo 6 sulla fiducia. Diana Castelblanco ha contribuito alla stesura e all'analisi del Capitolo 2 sui confronti tra paesi e ha contribuito alla gestione dei dati e all'analisi statistica per tutti i capitoli. Ángel González ha contribuito alla stesura e all'analisi statistica per i Capitoli 3, 4, 5 e 6, nonché alla visualizzazione dei dati. Chris James ha guidato il Capitolo 2. Candan Kendir ha guidato il Capitolo 3 sulla convivenza con più patologie croniche e ha supportato la gestione complessiva del progetto. Nicolás Larrain ha guidato le attività complessive di gestione dei dati e analisi statistiche in stretta collaborazione con il consorzio PaRIS, ha eseguito controlli di qualità sulle analisi condotte da altri autori e ha guidato la stesura del Capitolo 7 sui metodi. Michael van den Berg è stato responsabile della gestione complessiva del progetto, ha guidato il Capitolo 5 sulle disuguaglianze e ha co-diretto il Capitolo 1 insieme a Frederico Guanais. Frederico Guanais è stato responsabile della supervisione complessiva, ha guidato il Capitolo 4 sulla centralità delle persone e ha co-diretto il Capitolo 1 insieme a Michael van den Berg. Tutti gli autori hanno esaminato e fornito feedback sui capitoli degli altri, assicurando coerenza e coerenza in tutto il rapporto. Paul Gallagher ha supportato la stesura del Capitolo 1 e del sommario esecutivo.

Il supporto amministrativo è stato fornito da Sabina Kovačić, Isabelle Vallard, Guillaume Haquin e Georgio Cerniglia. Il supporto alla comunicazione è stato fornito da Lucy Hulett e Alastair Wood.

Il consorzio internazionale PaRIS-SUR ha supportato lo sviluppo degli strumenti di indagine e la progettazione, l'implementazione, il collaudo e la raccolta e l'analisi dei dati e ha fornito input sui capitoli di bozza di questo rapporto. Il consorzio è stato guidato da NIVEL, il Netherlands Institute for Health Services Research e supervisionato da Mieke Rijken, Dolf de Boer e Judith de Jong. Altri membri del consorzio erano l'Università di Exeter, Optimedix, l'Avis Donabedian Research Institute (FAD) e IPSOS. Vedere l'Allegato A per maggiori dettagli sul consorzio PaRIS-SUR. La Technical Advisory Community ha consigliato il consorzio PaRIS-SUR su questioni tecniche, tra cui lo sviluppo del quadro concettuale, l'indagine strumenti e protocolli, metodi di campionamento, implementazione di sondaggi, metodologie o analisi, riservatezza dei dati, questioni etiche e altre questioni scientifiche o tecniche. L'High-Level Reflection Group on the Future of Health Statistics ha segnalato una lacuna essenziale nella conoscenza nel suo consiglio ai Ministri della Salute dell'OCSE nel gennaio 2017 e ha consigliato di investire in misure segnalate dai pazienti.

Questo è stato un importante punto di partenza per PaRIS.

Il progetto PaRIS è stato guidato dal Comitato per la Salute dell'OCSE e dal Gruppo di lavoro dell'OCSE per le Indagini sugli indicatori segnalati dai pazienti, presieduto rispettivamente da Patrick Jeurissen, Gillian Bartlett-Esquillant e André Peralta-Santos. Il Gruppo di lavoro dell'OCSE sulla qualità e gli esiti dell'assistenza sanitaria (HCQO) ha fornito consulenza nella fase di sviluppo del sondaggio. Il Comitato per le statistiche e la politica statistica (CSSP) ha fornito consulenza sulla raccolta, l'analisi e la comunicazione dei dati. I responsabili dei progetti nazionali hanno guidato l'implementazione del sondaggio nei loro paesi, inclusi campionamento, reclutamento, test e raccolta dati (vedere Allegato A). Il gruppo consultivo internazionale PaRIS Patient Advisory Panel (PaRIS-PP), presieduto da Kaisa Immonen, Cecilia Rodriguez, Cajsa Lindberg, Cristina Parsons Perez, Rebecca Barlow-Noone ed Elizabeth Deveny tra il 2019 e il 2025, è stato coinvolto in ogni fase, dallo

sviluppo del sondaggio fino alla diffusione dei risultati del rapporto principale. L'Organizzazione mondiale dei medici di famiglia (WONCA) rappresentati da Amanda Howe, Harris Lygidakis, Job Metsemakers, María Pilar Astier Peña, Andree Rochfort e Anna Stavdal – hanno fornito consulenza sulla progettazione, sviluppo e implementazione del sondaggio nonché sull'interpretazione dei risultati e sulla preparazione del rapporto principale. L'International Expert Group ha fornito consulenza specialistica sull'analisi dei dati e sull'interpretazione dei risultati (vedere Allegato A). La bozza iniziale per la progettazione è stata creata dall'International PaRIS Taskforce, presieduta da Patrick Jeurissen. José Bijlholt, Ian Forde, Niek Klazinga, Jillian Oderkirk e Luke Slawomirski hanno contribuito alla fase di sviluppo del sondaggio. Kaisa Immonen ha fornito consulenza dal punto di vista dei pazienti durante la fase di progettazione. Diederik Aarendonk dell'European Forum for Primary Care (EFPC) e Piet van den Bussche dell'European Association of Quality and Safety in General Practice/Family Medicine (EQuIP) hanno fornito feedback sulla bozza dei questionari. Ella Nudell, Rushay Naik e Inês Francisco Viva hanno contribuito alle diverse fasi del progetto. Hannah Whybrow e Takumi Akama dell'OCSE hanno fornito supporto amministrativo durante le fasi di progettazione e sviluppo. Derick Mitchell, Cecilia Rodriguez, Elizabeth Deveny, Julie Spony, Kent Cadogan Loftsgard, Silke Schoch, Cristina Parsons Perez, Cajsa Lindberg e Rebecca Barlow-Noone hanno fornito feedback orali e scritti dalle prospettive dei pazienti sulla bozza del rapporto di punta. Mehmet Akman, Sara Ares, Viviana Martínez-Bianchi, Raquel Gómez-Bravo, Amanda Howe, Andree Rochfort, María Pilar Astier Peña di WONCA e Isabel Monteiro dell'EFPC hanno fornito commenti dalle prospettive dei professionisti dell'assistenza primaria sulla bozza del rapporto di punta. I colleghi della Divisione Salute dell'OCSE hanno fornito un contributo inestimabile in tutte le fasi del progetto. Siamo grati ai pazienti con esperienze vissute che hanno generosamente condiviso le loro storie, incluse in questo rapporto.

Foreword	3
Abbreviations and acronyms	12
Executive summary	13
1 Key findings of PaRIS	19
Incorporating patients' voices to accelerate the transformation of healthcare: The case for the Patient Reported Indicator Surveys (PaRIS)	20
Healthcare systems are struggling to support health and well-being of a population that is living longer, but not always living better	23
Healthcare systems must do more to address the needs of a population that increasingly lives with multiple chronic conditions	27
Doing more for people with chronic conditions does not necessarily mean <i>spending</i> more, but a larger health workforce is associated with better outcomes	32
Better experiences of care are associated with better health outcomes and greater trust in the healthcare system	34
PaRIS data highlights policies and approaches to more person-centred, co-ordinated, and safer care for people with chronic conditions	38
References	41
Annex 1.A. The PaRIS 10 key indicators	42
2 PaRIS key indicators: How do countries compare?	43
In Brief	44
2.1. Introduction	45
2.2. The PaRIS10 Dashboard – how do countries compare across key indicators?	48
2.3. Factors associated with better patient-reported health outcomes and care experiences	51
2.4. Indicator-by-indicator descriptive analysis	62
Notes	82
References	82
Annex 2.A. Sensitivity analyses and supplementary dashboards	83
3 Living with multiple chronic conditions	88
In Brief	89
3.1. The state of health and well-being of people living with multiple chronic conditions	90
3.2. Multimorbidity increases the burden on people, healthcare systems and societies	92
3.3. Multimorbidity is becoming the norm rather than the exception in primary care	93
3.4. It is not only how many, but also which combinations of conditions people live with	99

3.5. Characteristics of primary care influence the health and quality of life of people with multiple chronic conditions	104
3.6. How countries can enhance care for people with multiple chronic conditions	123
References	125
4 Advancing healthcare systems towards people-centred care	128
In Brief	129
4.1. Measuring people-centredness through PaRIS	131
4.2. People who rate their care as more person-centred also have better physical and mental health, and better well-being	132
4.3. How people-centred are PaRIS countries?	135
4.4. Co-production of health: Achieving people's active participation in their own healthcare decisions and interventions	136
4.5. Co-ordination of care: Ensuring patients' seamless and continuous journey throughout the healthcare system	145
4.6. Putting it together: Improving the overall experience of person-centred care	153
4.7. Conclusion	162
References	164
5 Gender and socio-economic gaps in patient-reported outcomes and experiences	167
In Brief	168
5.1. Inequalities in outcomes and experiences	169
5.2. Gender inequalities	169
5.3. Socio-economic inequalities: Education and income groups	176
5.4. Gender and socio-economic gaps remain after accounting for other factors	187
5.5. Recommendations	190
5.6. Conclusion	191
Notes	191
References	192
Annex 5.A. Correlation between access problems reported in PaRIS and in Eurostat survey	194
6 Building trustworthy 21st century healthcare systems	195
In Brief	196
6.1. Using PaRIS to put a spotlight on trust	197
Higher trust and better health outcomes are interconnected	202
6.2. Trust in healthcare systems is strongly related to individual experience	205
6.3. Healthcare system characteristics play a role in determining levels of trust	212
6.4. The relationships between trust and social factors are complex	218
High levels of trust and healthcare capabilities are mutually reinforcing	219
6.5. What is next for the trust agenda: areas of policy action for policy makers	222
6.6. Conclusion	223
Notes	224
References	224
7 PaRIS data and methods	227
7.1. What is PaRIS?	228
7.2. What does PaRIS measure?	230
7.3. The PaRIS population	235
7.4. Study design	238
7.5. Implementation of PaRIS	242
7.6. Response rates and paradata	251
7.7. Data analysis and validation	253
7.8. Limitations	265
References	267
Notes	270
Annex 7.A. Instrument reliability and statistical power	271
Annex 7.B. Characterisation of PaRIS patients	277
Annex 7.C. Data collection modes	279
Annex A. The development of PaRIS: A collaborative effort	282
Glossary	285



CORRIERE DELLA SERA

Putin, Trump, Musk: il discorso più duro e angosciato di Sergio Mattarella

Putin, Trump, Musk: il discorso più duro e angosciato di Sergio Mattarella

Le parole di Mattarella a Marsiglia

Antonio Polito / Corriere Tv / CorriereTv

È forse il discorso più importante che abbia mai tenuto Sergio Mattarella. E se il presidente così prudente, misurato, diplomatico, ha deciso di usare a Marsiglia parole così dure e toni così angosciati, vuol dire che le cose si stanno davvero mettendo male.

L'allarme di Mattarella riguarda la logica di conquista e di dominazione che si sta di nuovo affermando nel rapporto tra gli Stati e il paragone esplicito e con gli anni 30 del secolo scorso che produssero il nazismo e la tragedia della seconda guerra mondiale, guerre di conquista e dominazione.

Questo, dice Mattarella, fu il progetto di Hitler in Europa. E aggiunge, l'aggressione russa all'Ucraina è di questa natura. Ecco perché l'Europa deve evitare la tentazione della pace per non ripetere l'errore tragico che compì nel 1938, quando diede via libera a Hitler e poi se ne pentì amaramente. Molto pericolosi sono anche i protezionismi di ritorno, così li definisce Mattarella.

Le tentazioni degli Stati Uniti e di un nuovo isolazionismo, il ritiro dalle istituzioni internazionali. E qui sta parlando di Trump. Infine l'allarme nei confronti di quelli che chiama i neo feudatari del terzo millennio, novelli corsari che vogliono impadronirsi, gestire parti dello spazio pubblico come il cyberspazio o lo spazio extra atmosferico, quasi usurpatori delle sovranità democratiche. Così, dice Mattarella, l'Europa rischia di finire in pezzi, schiacciata tra autocrazie e oligarchie, con al massimo, aggiunge il presidente la prospettiva di un vassallaggio felice.

Mattarella ha deciso di parlare chiaro, fischieranno le orecchie a qualcuno?

<https://video.corriere.it/cronaca/rovagnati-i-resti-dell-elicottero-e-i-ris-di-parma-sul-luogo-dello-schianto/e8b5d4cc-3156-4ce6-8b4c-b35048766x1k>

La salute degli europei, Oms: “Adolescenti problematici e adulti malati cronici”

La Relazione Europea sulla Salute viene prodotta ogni tre anni e analizza diversi indicatori dei 53 Stati membri dell’Oms Europa. Focus anche sulle morti 'da caldo'

[Isabella Faggiano](#)

La salute mentale, soprattutto tra gli adolescenti, è in declino. Le malattie croniche aumentano e quelle infettive si riacutizzano a causa del calo delle coperture vaccinali.

Contemporaneamente i servizi sanitari sono in affanno: la popolazione è sempre più anziana e bisognosa di cure, mentre personale e risorse scarseggiano.

Non è di certo incoraggiante il quadro tracciato dall’ [‘European Health Report’](#) pubblicato dall’Ufficio europeo dell’Oms. Il rapporto è frutto dell’analisi di diversi indicatori di salute dei 53 Stati membri dell’Oms Europa che, oltre ai Paesi europei, comprende anche quelli dell’Asia centrale.

Che cos’è l’European Health Report

“La Relazione Europea sulla Salute viene prodotta ogni tre anni come pubblicazione di punta dall’Ufficio Regionale dell’OMS per l’Europa – si legge nell’introduzione del Report -.

Questa edizione si basa sugli indicatori inclusi nel Programma di lavoro europeo dell’OMS, 2020-2025-quadro di misurazione *‘United Action for Better Health’*”.

Gli esperti sottolineano che *“il Report del 2024 rileva che la salute delle persone nella regione europea dell’OMS continua a essere influenzata negativamente da un accumulo di minacce difficili da affrontare e nuovi pericoli che richiedono la nostra urgente attenzione all’indomani della pandemia di coronavirus (Covid-19)”*.

Per questo ritengono che il nuovo Programma di lavoro europeo, che entrerà in vigore nel 2026, sarà il principale strumento di policy per la Regione: *“L’OMS e gli Stati membri affronteranno le sfide identificate nel presente Rapporto europeo sulla salute 2024 – si legge ancora nell’abstract della pubblicazione - . Il modo in cui i risultati della relazione possono orientare il nuovo programma di lavoro europeo sarà ulteriormente elaborato in un documento d’azione di accompagnamento basato su prove per le politiche”*.



Giovani e adolescenti

“In un momento di crescente polarizzazione sociale e politica anche in materia di salute, il rapporto fornisce ai governi le prove e le conoscenze di cui hanno bisogno per agire rapidamente per realizzare solide politiche sanitarie, costruire sistemi sanitari resilienti, salvare vite e rafforzare il tessuto stesso della società”, afferma il direttore dell’Oms Europa, Hans Henri P. Kluge.

Preoccupano, in particolare, i dati sulla salute dei bambini e ragazzi. Peggiorano gli indicatori sugli stili di vita, con un adolescente su 10 che fa uso di qualche prodotto a base di tabacco e un bambino su otto in sovrappeso.

Dati negativi anche sul benessere mentale dei ragazzi: un adolescente su cinque lamenta un problema, il 15% è vittima di bullismo e, sebbene in calo, il suicidio è la principale causa di morte tra i 15 e i 29 anni.

Adulti e anziani

Tra gli adulti, cresce il peso delle malattie croniche che insieme al cancro causano la morte prima dei 70 anni di un europeo su sei. Di pari passo, i tassi di vaccinazione non ottimali degli ultimi anni hanno portato ad una ripresa delle malattie prevenibili. Il morbillo, per esempio, con 58mila casi nel 2023 ha registrato un aumento di 30 volte rispetto all’anno precedente.

“Poiché le risorse finanziarie e umane sono sempre più limitate l’accesso all’assistenza sanitaria diventa più difficile”, conclude Natasha Azzopardi-Muscat, direttrice del dipartimento Country Health Policies and Systems dell’Oms Europa.

Gli effetti del cambiamento climatico

L’ ‘European Health Report’ offre un’analisi dettagliata anche degli effetti del cambiamento climatico: nella Regione europea dell’Oms, tra il 2000 e il 2022 è cresciuto di quasi 36mila vittime il numero di decessi dovuti alle temperature eccezionalmente alte.

“La Regione europea dell’Oms è quella che si sta riscaldando più rapidamente delle sei regioni dell’Oms, con temperature che aumentano a circa il doppio della media globale – spiega l’agenzia -. In tutta la Regione, si stima che ogni anno si verifichino 175 mila decessi correlati al calore”. Il numero, rileva il rapporto, è cresciuto notevolmente nell’ultimo ventennio come conseguenza di “ondate di calore più frequenti e gravi, in particolare nelle aree urbane con densità di popolazione più elevate e accesso limitato alle risorse di raffreddamento”.

I Paesi più colpiti dalle ondate di calore

I Paesi dell’Europa meridionale e orientale sono quelle che hanno registrato il maggiore aumento nei decessi tra persone con più di 65 anni di età. Tra il 2000 e il 2022, il **Tajikistan ha registrato un +185%**, in Turchia l’aumento è stato del 126%, in Azerbaijan del 116%. L’Italia è a metà classifica con un +54%. In numeri assoluti, il maggiore aumento nel numero di decessi è stato registrato in Germania (6.213), seguita da Russia (3.713) e Ucraina (3.239). In Italia, l’aumento è stato di 2.264 decessi.

“La mortalità correlata al calore è una preoccupazione crescente poiché gli eventi di calore estremo diventano più frequenti a causa del cambiamento climatico – si legge nel rapporto -. Le persone con più di 65 anni sono particolarmente vulnerabili, con un rischio più elevato di incorrere in un colpo di calore e in un peggioramento delle condizioni croniche”.

https://www.sanitainformazione.it/one-health/la-salute-degli-europei-oms-adolescenti-problematici-e-adulti-malati-cronici/?mkt_tok=MDIwLVNDVC0wNjQAAAGY7M0BONIISILaXqOIHGEjblc9ci91OYJHqizJJakTKDVyxWXHff2Jey008GrOT57Bd-Q7MWWK_qj-ItPZ9oj6MX_83iRzBC0y5SLWhW832o

Nel continente ogni anno muoiono quasi 76 mila bambini sotto i 5 anni. Le malattie non trasmissibili causano la morte di un under 70 su sei. Il rapporto dell'Oms Europa

Le prime 5 cause di mortalità sotto i 5 anni sono: complicanze del parto pretermine, asfissia alla nascita, anomalie cardiache congenite, infezioni delle vie respiratorie inferiori, sepsi neonatale e altre infezioni. Un adolescente su 5 nella regione europea è alle prese con una condizione di salute mentale. E il suicidio è la principale causa di morte tra i 15 e i 29 anni. Le malattie cardiovascolari rappresentano il 33,5% delle morti premature per malattie non trasmissibili nella regione, con un rischio quasi 5 volte superiore nell'Europa orientale e nell'Asia centrale.

Nonostante i progressi in alcune aree, la regione europea dell'Oms – a lungo nota per avere alcuni dei sistemi sanitari più forti del mondo – è in gran parte stagnante o addirittura in ritardo su una serie di indicatori, dalla salute dei bambini e degli adolescenti alle malattie croniche. Questo quanto emerge dall'ultimo Rapporto europeo sulla salute dell'Oms, che si basa sui dati più recenti disponibili in tutti i 53 Stati membri dell'Europa e dell'Asia centrale.

Pubblicato ogni 3 anni e utilizzando dati a livello nazionale, il [rapporto sulla salute europeo](#) dipinge il quadro più completo della salute a livello regionale. Fornisce ai governi e ai responsabili politici indicatori chiari sulla via da seguire in un momento in cui i megatrend – tra cui la pericolosa disinformazione, la crisi del personale sanitario, il rapido invecchiamento della popolazione e il cambiamento climatico – stanno avendo un impatto sulla salute come mai prima d'ora.

Colmare il divario nella mortalità infantile e proteggere la salute dei bambini

Mentre la regione europea nel suo complesso ha alcuni dei tassi più bassi di morti infantili prevenibili a livello globale, la differenza tra i paesi con le migliori e le peggiori prestazioni è enorme, da 1,5 decessi per 1000 nati vivi a 40,4. Colmare questo divario rimane una sfida.

L'esame dei dati più recenti disponibili sulla mortalità al di sotto dei 5 anni in tutti i 53 Stati membri rivela che nel 2022 75.647 bambini sono morti prima del loro quinto compleanno. Le prime 5 cause di mortalità sotto i 5 anni sono: complicanze del parto pretermine, asfissia alla nascita, anomalie cardiache congenite, infezioni delle vie respiratorie inferiori, sepsi neonatale e altre infezioni.

Ulteriori preoccupazioni per la salute di bambini e adolescenti:

- 1 adolescente su 5 nella regione europea è alle prese con una condizione di salute mentale.
- Il suicidio è la principale causa di morte tra i 15 e i 29 anni.
- Le ragazze riportano costantemente livelli più bassi di benessere mentale rispetto ai ragazzi.
- Il 15% degli adolescenti dichiara di aver recentemente subito cyberbullismo.
- 1 adolescente su 10 di età compresa tra 13 e 15 anni usa una qualche forma di prodotto del tabacco, comprese le sigarette elettroniche.
- Quasi 1 bambino su 3 in età scolare è in sovrappeso e 1 su 8 convive con l'obesità.

La commercializzazione di prodotti ad alto contenuto di sale, grassi e zuccheri ha un'influenza negativa sui modelli di consumo dei bambini e degli adolescenti e contribuisce a contrarre malattie a lungo termine. Eppure la maggior parte dei paesi consente ancora che tali pratiche di marketing dannose continuino.

"Nel nostro mondo online e interconnesso, i nostri giovani si sentono ironicamente più soli che mai, con molti che lottano con il loro peso e la fiducia in se stessi, preparandoli a cattive condizioni di salute da adulti", ha affermato **Hans Henri P. Kluge**, direttore regionale dell'Oms per l'Europa. "Ecco perché entro la fine dell'anno, l'Oms/Europa e il Fondo delle Nazioni Unite per l'Infanzia (Unicef) presenteranno a tutti i 53 Stati membri della regione europea dell'Oms una nuova strategia di riferimento per l'adozione della salute dei bambini e degli adolescenti".

Decessi prevenibili per malattie non trasmissibili

La regione europea ha fatto passi da gigante nella lotta contro le malattie non trasmissibili (NCD), di gran lunga il principale killer nella nostra regione. Almeno 10 Stati membri hanno raggiunto l'obiettivo dell'Oms di ridurre

del 25% la mortalità prematura per le 4 principali malattie non trasmissibili. Eppure, nel complesso nella regione europea, 1 persona su 6 muore ancora prima di raggiungere il compimento del 70° anno di età a causa di malattie cardiovascolari, cancro, diabete o malattie respiratorie croniche.

Le malattie cardiovascolari rappresentano il 33,5% – un terzo – delle morti premature per malattie non trasmissibili nella regione, con un rischio quasi 5 volte superiore nell'Europa orientale e nell'Asia centrale rispetto all'Europa occidentale. Il cancro causa un altro terzo – il 32,8% – delle morti premature nella regione europea nel suo complesso.

Il rapporto identifica le seguenti ulteriori preoccupazioni relative alle malattie non trasmissibili:

- La regione europea ha il più alto consumo di alcol al mondo, con una media di 8,8 litri di alcol puro per adulto all'anno. L'assunzione è attualmente più alta nell'Unione europea e più bassa nei paesi dell'Asia centrale.

- Il consumo di tabacco tra gli adulti rimane elevato, pari al 25,3% nel complesso.

- La Regione non è sulla buona strada per raggiungere l'obiettivo di una riduzione del 30% del fumo entro il 2025.

"Le malattie non trasmissibili non ricevono ancora l'attenzione che meritano, nonostante rappresentino il 90% di tutti i decessi nella nostra regione", ha osservato Kluge. "È interessante notare che l'incidenza del cancro è più alta nell'Europa occidentale e settentrionale rispetto all'Europa orientale e all'Asia centrale, dove le malattie cardiovascolari sono più comuni, in parte a causa delle diverse condizioni di vita, dei comportamenti di salute della popolazione e dell'efficacia del sistema sanitario. L'intera Regione deve confrontarsi con le cause profonde delle malattie croniche, dall'uso di tabacco e alcol allo scarso accesso a cibo sano e nutriente, all'inquinamento atmosferico, alla mancanza di attività fisica. La crisi climatica sta solo peggiorando le cose spingendo il carico di malattie in tutto lo spettro, in particolare le malattie croniche".

La regione europea dell'OMS è quella che si sta riscaldando più rapidamente tra le 6 regioni dell'OMS, con temperature che aumentano di circa il doppio del tasso medio globale. In tutta la regione, si stima che ogni anno si verifichino 175.000 decessi legati al caldo. Inoltre, è importante riconoscere l'impatto del settore sanitario stesso sull'ambiente. Nel 2020, il settore sanitario globale è stato responsabile di circa il 5% delle emissioni globali di gas serra.

I tassi di vaccinazione di routine sono stagnanti con la recrudescenza delle malattie infettive

I tassi di vaccinazione non ottimali degli ultimi anni, in un contesto di aumento del sentimento anti-vaccino alimentato dalla disinformazione, hanno portato a una recrudescenza di malattie prevenibili. Nel 2023 si sono verificati 58 000 casi di morbillo in 41 Stati membri della regione europea, con un aumento sbalorditivo di 30 volte rispetto all'anno precedente.

Nel frattempo, il successo nell'affrontare la tubercolosi (TB) nella regione europea deve essere celebrato, con una riduzione del 25% dell'incidenza della tubercolosi e una diminuzione del 32% dei decessi per tubercolosi tra il 2015 e il 2022. Ciononostante, la tubercolosi resistente ai farmaci rimane un problema crescente. Questi casi di tubercolosi resistente ai farmaci, difficili da trattare, rappresentano un quarto dei nuovi casi e il loro tasso di successo del trattamento è ben al di sotto dell'obiettivo dell'80%. Tuttavia, nuove prove provenienti da 13 paesi mostrano come un piano di trattamento ridotto a 9 mesi per la tubercolosi multiresistente abbia un tasso di successo del trattamento dell'83%, ben al di sopra dell'attuale tasso medio di successo per la regione europea del 57%. In passato, il trattamento per la tubercolosi resistente ai farmaci poteva richiedere fino a 3 anni.

Inoltre, circa 3 milioni di persone vivono con l'HIV nella regione europea. Sebbene il tasso di infezione da HIV diagnosticata sia diminuito da 16,4 a 12,4 per 100.000 dal 2013 al 2022 in tutta la regione, solo il 72% delle persone infette è a conoscenza del proprio stato e solo il 63% riceve una terapia antiretrovirale salvavita. Solo 5 dei 53 Stati membri della regione raggiungono l'obiettivo di avere il 90% dei casi sieropositivi in trattamento.

Una vita di buona salute

"Il grande valore della relazione europea sulla salute consiste nel dimostrare i collegamenti sanitari durante l'intero ciclo di vita. Proteggere e migliorare la salute dei bambini fornisce dividendi per tutta la vita di una persona, riducendo al contempo i costi per la società", ha osservato Kluge. "Un bambino sano ha maggiori probabilità di diventare un adolescente sano, un adulto sano e una persona anziana sana. Questo non

potrebbe essere più cruciale perché, per la prima volta in assoluto, ci sono più persone di età superiore ai 65 anni che sotto i 15 anni nella regione europea".

La demenza è una delle principali cause di dipendenza e disabilità tra le persone anziane. Negli ultimi decenni c'è stato un forte aumento della percentuale di decessi causati dal morbo di Alzheimer e da altre demenze. Nel 2019, la demenza ha colpito più di 14 milioni di persone nella regione e si prevede che la prevalenza raddoppierà entro il 2030.

"Poiché le risorse finanziarie e umane sono sempre più tese, l'accesso all'assistenza sanitaria diventa più difficile", ha spiegato **Natasha Azzopardi-Muscat**, direttrice delle politiche e dei sistemi sanitari nazionali, OMS/Europa. "Questo ha un impatto particolare sulle famiglie a basso reddito. Nei nostri 53 Stati membri, la percentuale di famiglie che subiscono spese sanitarie catastrofiche varia da meno dell'1% a oltre il 21%. In 25 Stati membri, si stima che il 5% delle famiglie subisca una spesa sanitaria catastrofica, il che significa che i costi dell'assistenza sanitaria impediscono loro di soddisfare altri bisogni di base come cibo ed energia. Garantire una vita di buona salute significa investire strategicamente nei sistemi sanitari per garantire che la copertura sia realmente universale".

Una roadmap e un invito all'azione

L'Oms/Europa ha avviato un processo consultivo globale con tutti i 53 Stati membri per definire le priorità e le azioni nei prossimi 5 anni, utilizzando la Relazione europea sulla salute come base di prove chiave per guidare le discussioni.

Il secondo programma di lavoro europeo sarà adottato dagli Stati membri in una sessione del Comitato regionale per l'Europa dell'OMS alla fine di ottobre. Esiste un ampio consenso su una serie di sfide sanitarie urgenti, tra cui la salute mentale, le malattie non trasmissibili, la sicurezza sanitaria, la violenza contro le donne e le ragazze e gli impatti dei cambiamenti climatici sulla salute.

"Questo rapporto, pubblicato ogni 3 anni, è ciò che l'Oms sa fare meglio: trasformare i numeri grezzi di enormi set di dati in informazioni fruibili, identificare le tendenze, scoprire i rischi e guidare decisioni politiche intelligenti", ha concluso Kluge. In un momento di crescente polarizzazione sociale e politica, anche in materia di salute, la relazione europea sulla salute fornisce ai governi le prove e le conoscenze necessarie per agire rapidamente per attuare politiche sanitarie solide, costruire sistemi sanitari resilienti, salvaguardare vite umane e, nel processo, rafforzare il tessuto stesso della società. Possiamo e dobbiamo fare di più per lavorare rapidamente verso la salute di tutti".

https://www.quotidianosanita.it/studi-e-analisi/articolo.php?articolo_id=127950

quotidianosanità.it

I invitati invisibili

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

Gentile Direttore,

i recenti interventi sul tema della "riduzione" a dipendenza del mmg hanno permesso di leggere argomentazioni a favore ed elementi di criticità molto interessanti. Sono numerosi i portatori di interessi (stakeholders) che insistono sulla questione: i mmg, le aziende, le imprese (con i loro welfare aziendali che risultano essere più benefit consumistici come l'auto o il telefonino che veri processi di salute), le agenzie, le regioni, il Ministero, l'Enpam, i sindacati, la Fnomceo... Rimane poco analizzato invece il punto di vista dei cittadini/assistiti pur frequentemente citati come "centrali" nelle numerose dichiarazioni di intenti (invitati invisibili).

Ci sono in discussione la proposta di riforma/disegno di legge di Forza Italia e il Documento di Riforma/Atto di indirizzo del Ministero della Salute fortemente sostenuto dalle Regioni. Constatato che l'egemonia della

Conferenza Stato-Regioni dura da numerose decadi si potrebbe profetizzare che molto difficilmente si verificherebbero modifiche sostanziali allo stesso atto di indirizzo.

È singolare inoltre che le elaborazioni vedano la luce, quasi in contemporanea, nell'ambito della maggioranza parlamentare e di governo. L'opposizione, fortemente impegnata ad indicare la sanità come una priorità, non è stata in grado di formulare una proposta concorrenziale o alternativa. Verosimilmente perché prigioniera delle numerose controriforme emanate nel lungo periodo dove si è trovata a gestire il SSN? Vi sono altresì posizioni contraddittorie e imbarazzanti a sostegno (di rendite di posizione) o in contrapposizione (culturali, professionali ma anche ideologiche o inerziali).

Il dibattito pare non consegnare però nulla di veramente nuovo. Se il Documento di Riforma/Atto di indirizzo dovesse in qualche modo arrivare in Parlamento verrebbe comunque approvato e probabilmente applicato. La legge/riforma Balduzzi (2012) è stata approvata dal Parlamento, poi non è stata applicata ma nemmeno abrogata.

L'importanza del tema potrebbe quindi suggerire un ulteriore approfondimento o meglio un patto trasversale e bipartisan per non rischiare bizzarre antinomie o rigide intransigenze avulse dal paradigma culturale fondamentale che, per la nostra epoca, è quello della complessità.

Attenendosi al metodo aristotelico è opportuno prendere visione di quanto la letteratura esistente mette a disposizione degli studiosi sul tema in questione. Non esistono moltissime ricerche o approfondimenti: - Criteri valoriali Wonca per la medicina generale territoriale;-la Quarta Riforma (I. Cavicchi) in particolare nel cap. 15;-Medici vs Cittadini un conflitto da risolvere (I. Cavicchi) in particolare nel cap. 7;-La scienza impareggiabile (I. Cavicchi); Salviamo la sanità (I. Cavicchi);-Nuovo patto-contratto tra medici professionisti della sanità territoriale e il SSN: un tentativo innovativo di comporre un ACN per le cure primarie subito dopo la promulgazione della legge Balduzzi, reperibile sul web;-l'integrazione multiprofessionale e multidisciplinare vs epidemia della cronicità reperibile su youtube.

Il questionario somministrato agli assistiti di una medicina di gruppo (QS 4 marzo 2024) permette al nostro Centro Studi di contribuire allo scambio di pareri in atto (dipendenza o non dipendenza dei medici di fiducia) esponendo il pensiero degli assistiti/cittadini.

Gli abitanti delle piccole comunità considerano il medico di fiducia il depositario di una dottrina altamente complessa che nella quotidianità assistenziale segue metodologie raffinate (connesse con l'etica, la cultura e la competenza professionale). Il paradigma della complessità implica, anche nell'assistenza territoriale, un adeguato collegamento con il contesto sociale. L'introduzione di rigide variazioni logistiche, tabelle orarie, regole amministrative e cultura governamentale potrebbe risultare altamente inadeguata all'archetipo di riferimento.

La dipendenza crea inoltre una "piena disponibilità" di un esercito di professionisti che verrebbe affidato a generali che hanno già gestito la stagione delle controriforme dando prova di una cultura della complessità miserrima. Infatti la concezione neoliberista ed economicistica, imperante nelle alte dirigenze, ha portato l'assistenza territoriale al livello critico in cui si trova ora.

Il mito dell' "oggettivazione" aziendale analizza la pratica dell'assistenza realizzata dai mmg nei confronti dei loro assistiti in modo strettamente quantitativo, matematizzato, economicizzato. Quindi frantumato. È inevitabile che una cultura così parziale e "chiusa" diventi anche isolata e causi un impoverimento delle conoscenze e delle capacità creative (per la soluzione dei problemi). L'esperienza dimostra che più il clima intellettuale immiserisce più emerge il fenomeno della manipolazione e della scarsa trasparenza: le alte dirigenze sono portate a concentrarsi sulla regolarità, sulla monotonia, sulla staticità, sulla semplificazione tralasciando completamente l'evento singolo che potrebbe avere invece un ruolo molto rilevante.

Le persone, soprattutto i pazienti difficili o esigenti, non sono mai spazi ordinati ma rappresentano una continua interazione tra ordine e disordine, catabolismo ed anabolismo, entropia ed entalpia, piena vita e terminalità.

Le conoscenze, quindi, non possono essere sminuzzate. L'organizzazione assistenziale territoriale richiede molta autonomia e ampi spazi di relazione per esercitare quotidianamente una visione complessa.

È forse mancato un produttivo dialogo ex-ante. Se ci fosse stato un fruttuoso scambio di idee i testi si sarebbero nutriti di fertili logiche diversificate. Sarebbe stato condiviso ed accettato che, proprio a livello territoriale, un processo non possa mai essere considerato risolto una volta per tutte. Probabilmente una

certa rigidità avrebbe lasciato spazio a numerose sperimentazioni per le comunità locali di quartiere in grado di creare sistemi auto-organizzati ed autoregolati.

La complessità infatti valorizza l'incertezza della conoscenza ma crea, paradossalmente, un progresso innovativo che porta all'optimum e non al maximum utilitaristico (R. Panikkar 2009). Più c'è autonomia, più si favorisce la relazione e la consapevolezza dei limiti tanto che si potrebbe essere spinti ad elaborare approcci innovativi condivisi per affrontare insieme alle comunità le problematiche quotidiane (es.: appropriatezza comportamentale e prescrittiva).

https://www.quotidianosanita.it/lettere-al-direttore/articolo.php?articolo_id=127543

quotidianosanità.it

Bisogni, diritti e democrazia

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

24 FEB - Gentile Direttore,

sia concesso esprimere, in estrema sintesi, una riflessione sul tema dei bisogni e dei diritti in occasione della annunciata modifica dell'assetto organizzativo delle cure primarie. Il bisogno dovrebbe riguardare una necessità essenziale, naturale, ontologica per l'essere umano. Vi sono numerose situazioni definibili come bisogni. In questa sede si vorrebbe fare riferimento al bisogno "salute".

Il diritto è un bisogno formalizzato. Il sistema sociale/giuridico (es.: il diritto alla salute) dovrebbe garantire il soddisfacimento di quel bisogno e assicurare che il suo godimento si realizzi in modo equo ed universale. I diritti, anch'essi numerosi, si possono modificare nel tempo perché strettamente collegati al contesto culturale e sociale.

La globalizzazione, il consumismo, il neoliberismo, la finanziarizzazione dell'economia, il secolarismo, gli scenari geopolitici conflittuali sono macrofenomeni "furiosi", manifestatisi in poche decadi e precipitati come una tempesta perfetta sul diritto alla salute. Nondimeno hanno condizionato negativamente l'efficienza e l'efficacia del nostro SSN le numerose controriforme inserite nella normativa generale a dimostrazione dell'assenza di un'analisi della complessità. L'allontanamento centrifugo (l'assistito/cittadino è al centro!) da quanto sancito dal diritto tradizionale e culturale a protezione della salute è sempre più veloce in quanto i dettami economicistici portano a considerare la salute come se fosse una cosa, un prodotto da consumarsi al momento.

Il super store sanitario promuove in continuazione un turbinio di prodotti alla moda: preliste, Cau, mega aziende uniche, distretti, comitati consultivi misti, conferenze socio sanitarie territoriali, commissari e sub commissari, offerta ambulatoriale dei mmg ad orario pieno, CdC, dipendenza dei mmg, ruolo unico, liste d'attesa e risoluzioni delle liste d'attesa grazie ad interventi mediatici, community lab... Ogni costoso lancio pubblicitario comporta la nascita di tifoserie opposte. Eppure, come dimostrano le recenti dichiarazioni relative alle "voragini" nei bilanci sanitari regionali, ci si trova all'interno di un sistema di mercato molto instabile. Una sanità mercantile non potrà mai essere per tutti.

Alcuni filosofi moderni ma anche contemporanei avrebbero asserito che l'individuo oggi sarebbe addirittura disposto a rinunciare, in parte, ad alcuni storici diritti (es.: la libertà) in cambio di una più stabile condizione di salute (migliore economia/benessere o più sicurezza come determinanti). La libertà, considerato un bene fondamentale, potrebbe essere quindi in parte sacrificata pur di far fronte alla sensazione di un servizio sanitario sempre più precario e impoverito. A conferma del fatto che una cattiva gestione della salute possa coincidere con una riduzione significativa della democrazia.

A baluardo di questa tossica gestione sanitaria le piccole comunità sembrano ambiti unici dove può essere possibile rigenerare diritti e democrazia, dove la tradizione di salute presenta ancora radici profonde e dove, nonostante tutto, continua a generarsi una solida cultura identitaria.

Le piccole comunità sono alternative ai supermercati sanitari, agli apparati e alle alte dirigenze aziendali: rimangono pietre d'angolo su cui è lecito tentare di ricostruire il diritto alla salute. Per sua natura il neoliberalismo non considera le piccole realtà. È portato a globalizzare. A riunire consumatori intorno alle CdC. Ad incrementare regole su regole (es.: ipotizzata dipendenza dei mmg). A ricercare un economicismo esasperato che non verrà mai raggiunto nemmeno con "ulteriori finanziamenti".

Una politica sanitaria solida si crea solo a contatto con le persone, in un territorio limitato. Quando i fatti massificati vengono imposti dall'alto si manifesta la mancanza di rispetto per le comunità e per le loro tradizioni, la democrazia si indebolisce, si svuotano le ricchezze intellettuali, si impoveriscono le persone.

Emblematico è l'episodio della controriforma sulle Case della Salute della regione Emilia-Romagna del 2016: un improvviso eccesso di governamentalità e di norme, per lo più incomprensibili, ha avuto l'effetto di bloccare (per quale motivo?) in toto lo sviluppo di un programma sulle Case della Salute "grandi" che avrebbe potuto portare, le piccole comunità, a sviluppi interessanti. Similmente nulla vieta che possa diventare più conveniente affrontare sanzioni o perdere finanziamenti europei che edificare strutture (CdC) che poi necessiterebbero di impegnativi interventi in conto corrente attualmente insostenibili e probabilmente inutili.

L'esagerazione regolamentale è funzionale solo all'apparato burocratico economicistico ma ostacola le comunità, il bene comune, la libertà e anche la democrazia (il processo decisionale aziendale/regionale è monocratico con l'obiettivo del pareggio di bilancio).

Pare che nei prossimi Accordi Regionali si tenti di riattivare le storiche AFT (Riforma Balduzzi 2012) più confacenti ai territori (non superiori alle 30.000 anime.) L'acronimo AFT è poi stato modificato in molte regioni. Nella regione Emilia-Romagna una circolare, emanata a suo tempo, ha certificato la sostanziale sovrapposizione tra Aggregazioni Funzionali Territoriali (AFT) con i Nuclei di Cure Primarie (NCP), cioè i quartieri.

Questa riabilitazione, in ritardo colpevole, conferma che le piccole comunità possono rimediare ai gravi errori aziendali e offrire una originalità innovativa, presente nel loro spirito, grazie alla tradizione e alla cultura identitaria. L'autonomia dei territori risulta quindi fondamentale. Se questa non verrà formalizzata l'AFT/NCP sarà comunque invasa dalla burocrazia aziendale che tornerà a riprendersi i propri spazi e riproporrà gli stessi arcaici e superati metodi gestionali ("cadaveri concettuali").

Nel tempo molte alte dirigenze sono passate davanti agli occhi di professionisti e pazienti più come comitati aziendali in gita premio che come persone preoccupate dei bisogni dei cittadini affidati alla loro gestione. Folle è stata la mancanza di autocritica.

Il fallimento dell'aziendalizzazione (Ausl) da tempo sostenuto da I. Cavicchi ora è finalmente riconosciuto da numerosi altri commentatori (es.: [Jorio QS 19 febbraio 2025](#)). Ne deriva che anche altri elementi funzionali alla piramide sovrastrutturale aziendale come i distretti palesino la loro inutilità. Tuttavia aziende e distretti, paradossalmente, costituiscono tutt'oggi l'elemento portante della c.d. riforma che intende riorganizzare le cure primarie sul "mantra" della prossimità edificata sulle insignificanti CdC spoke. Per trovare ipotesi innovative ed alternative di riordino delle cure primarie basterebbe essere in grado di guardare fuori dalle finestre (sigillate?) degli apparati e delle agenzie.

https://www.quotidianosanita.it/lettere-al-direttore/articolo.php?articolo_id=127898

Alla ricerca della verità

Di norma, la conquista del potere induce i leader europei ad abbandonare gran parte degli slogan elettorali e a governare con il massimo di moderazione compatibile con il proprio carattere. A Donald Trump accade il contrario. Ha riservato la sua versione moderata alla campagna elettorale e, dopo la vittoria, si è abbandonato ad eccessi di ogni sorta. L'ultimo, l'immondo video sul futuro di Gaza prodotto dalla AI adeguatamente educata ai nuovi valori, ci consiglia di tornare in Italia a parlare di sanità. Non del problema di fondo – la crisi del sistema e la necessità di una riforma – ma di un aspetto da molti ritenuto marginale: lo scontro, ancora non concluso, fra sapere scientifico e complottismo convertito in fede

Giovanni Monchiero*

Sotto questo aspetto, la legislatura è iniziata male. L'istituzione di una Commissione Bicamerale di Inchiesta sulle misure adottate per fronteggiare il Covid, aveva un doppio vizio di origine. Da un lato, la malsana pretesa di imbastire un processo parlamentare – quindi politico – contro i propri predecessori, inaccettabile in una democrazia matura; dall'altro, la necessità di alimentare l'accusa con argomentazioni antiscientifiche mutuata dal variegato mondo di chi si oppone al sapere medico e in particolare ai vaccini.

I lavori della Commissione procedono stancamente, secondo consuetudine.

Affiorano, all'interno della maggioranza, salutari dissensi che fanno sperare in una conclusione meno irrazionale dell'inizio. Ma la politica è ondivaga ed incline ai compromessi. Negli ultimi giorni ha fatto registrare due successi no-vax: il "milleproroghe" e la presentazione, da parte del Ministero della Salute, del Piano Pandemico 2025 -2029.

Il primo provvedimento – fra rottamazione di cartelle esattoriali, rinvii di entrata in vigore di norme sgradite e favori a furbetti vari – annulla definitivamente le multe a chi disattese l'obbligo vaccinale. Il secondo introduce una logica di mediazione politica all'interno di uno strumento che dovrebbe, invece, ispirarsi solo a valutazioni tecniche e finisce di scontentare quasi tutti gli specialisti del settore.

Esulta, ovviamente, la galassia no-vax, sui social e attraverso gli organi di informazione tradizionalmente vicini.

Leggo su "La Verità" un istruttivo (del modo di ragionare no-vax, non certo del sapere scientifico) articolo di Silvana De Mari dedicato a "Speranza e C.: gli ultimi giapponesi del siero".

Il paragone con i soldati giapponesi che non si arresero alla sconfitta, peraltro abbastanza abusato, si riferisce a chi combatté la pandemia. Indispensabile qualche citazione. *"Non una guerra al virus, come era stata descritta, ma una viscida guerra al popolo, asservito, rinchiuso, privato dei diritti più elementari"* – scrive De Mari. Nella sua visione *"i tamponi sono stati gratuita tortura utile ad inchiodare il popolo ad una pandemia i cui numeri possono essere modificati (termine colto per taroccati) aumentando i numeri dei cicli.* Gran parte dell'articolo è una polemica contro l'Ordine dei Medici di Torino da cui, nel 2023, venne radiata. Ma la vittoria di Trump le offre una speranza di rivincita: *"Ora al ministero della Sanità statunitense c'è Robert Kennedy Jr che non sembra uno disposto a fare sconti. Si alzerà il vento e vi spazzerà via."* Ogni commento guasterebbe il pathos.

Osservo solo che "La Verità" è un nome impegnativo per un quotidiano. Può essere un programma, una decorazione o un travestimento. Vedete voi.

[https://panoramadellasanita.it/site/alla-ricerca-della-verita/?ct=t\(EMAIL_CAMPAIGN_2_14_2025_10_31_COPY_01\)](https://panoramadellasanita.it/site/alla-ricerca-della-verita/?ct=t(EMAIL_CAMPAIGN_2_14_2025_10_31_COPY_01))

UK. Uno studente su cinque considera di abbandonare gli studi a Medicina. Tra le cause principali, diffusi problemi di salute mentale

Questo quanto suggeriscono i risultati di uno studio osservazionale pubblicato sulla rivista open access Bmj Open. La prevalenza di cattiva salute mentale tra tutti gli intervistati era alta: un numero sostanziale di studenti di Medicina rientrava nei criteri di screening per la cattiva salute mentale. Sei su 10 avevano un consumo pericoloso di alcol e oltre la metà ha riportato sintomi di insonnia (54%). Così come oltre la metà (52%) ha riportato un numero da medio a molto elevato di sintomi somatici.

Nel Regno Unito circa uno studente di Medicina su cinque considera di abbandonare l'anno. I problemi di salute mentale sono diffusi e contribuiscono in modo significativo ad alimentare questi pensieri. Questo quanto suggeriscono i risultati di uno studio osservazionale pubblicato sulla rivista open access *Bmj Open*.

La carenza di medici è una delle principali cause di preoccupazione in tutto il mondo, evidenziano gli esperti. Le stime indicano una carenza a livello globale ritenuta di circa 6,5 milioni di camici bianchi, attualmente. E queste carenze "non solo influenzano la qualità dell'assistenza ai pazienti, ma anche il benessere dei medici a causa dell'aumento del carico di lavoro e dello stress cronico, che minano ulteriormente i reclutamenti e il mantenimento" del rapporto lavorativo, "creando un circolo vizioso". Dato che il logoramento e l'eventuale abbandono degli studenti di Medicina "potrebbe avere un impatto significativo su una forza lavoro sanitaria già sovraccaricata", i ricercatori hanno pensato di esplorare la relazione tra vari aspetti della salute mentale e risultati accademici nell'istruzione e nella formazione medica, per studiare strategie preventive.

Hanno quindi selezionato 9 scuole di Medicina geograficamente distribuite tra Inghilterra, Scozia, Galles e Irlanda del Nord, che variavano tutte per dimensioni e tipo di curriculum offerto. Gli studenti di tutti gli anni di studio sono stati invitati a compilare un sondaggio online tra novembre 2020 e febbraio 2021, e coloro che hanno risposto sono stati invitati (febbraio-maggio 2021) a completare nuovamente il questionario 3 mesi dopo. Dei 1.113 studenti di Medicina che hanno accettato di prendere parte allo studio, 792 (71%) hanno compilato il questionario iniziale e 407 (quasi il 51,5%) hanno completato il sondaggio di follow-up.

Tra le domande c'erano anche quelle sull'intenzione degli studenti di Medicina di abbandonare e sulla portata e la frequenza di vari aspetti di salute mentale: esaurimento emotivo, insonnia, sintomi somatici (stomaco o intestino), consumo pericoloso di alcol, ansia/depressione, tendenze anoressiche, disturbo ossessivo compulsivo, paranoia, e disturbo bipolare.

La prevalenza di cattiva salute mentale tra tutti gli intervistati era alta: un numero sostanziale di studenti di Medicina rientrava nei criteri di screening per la cattiva salute mentale. Sei su 10 avevano un consumo pericoloso di alcol e oltre la metà ha riportato sintomi di insonnia (54%). Così come oltre la metà (52%) ha riportato un numero da medio a molto elevato di sintomi somatici, e la stessa quota aveva sintomi di disturbo ossessivo-compulsivo. Il 45% aveva tendenze anoressiche (45%). Ancora, circa 1 su 3 era emotivamente esausto (36%) e quasi 4 su 10 (38%) avevano sintomi di ansia/depressione. Quasi 1 su 5 (19,5%) aveva sintomi di paranoia e il 3% sintomi bipolari. E poi c'è appunto il dato sui pensieri di abbandono: circa 1 studente di Medicina su 5 (19,5%, 79) ha dichiarato di aver considerato di abbandonare la scuola di Medicina in un recente passato (nelle 4 settimane precedenti).

Ad eccezione del bere e del disturbo bipolare, tutti gli altri aspetti di cattiva salute mentale erano associati all'intenzione di lasciare gli studi. Gli studenti più emotivamente esausti, e con uno qualsiasi dei sintomi più elevati di ansia/depressione, insonnia, somatizzazione, paranoia o tendenze anoressiche, esprimevano intenzioni significativamente più forti di abbandonare rispetto a quelli all'estremità inferiore della scala.

Lo studio è osservazionale, puntualizzano gli autori, e come tale non può stabilire causa ed effetto. Inoltre gli esperti riconoscono che l'intenzione potrebbe non sempre tradursi in azione. Ma la percentuale degli allievi che hanno ammesso di considerare l'addio è superiore alla percentuale stimata effettiva, che è pari al 5%, osservano i ricercatori. "Gli studenti che completano la scuola di Medicina dubitando della loro traiettoria di carriera potrebbero essere più inclini a lasciare la formazione post-laurea", suggeriscono, aggiungendo che "il numero di medici che mettono in pausa la loro formazione dopo aver completato la formazione è raddoppiato dal 34% nel 2011/2012 al 70% nel 2020/2021".

"Abbandonare la scuola di Medicina può avere significative conseguenze personali, finanziarie e psicologiche per la persona. C'è poi il costo finanziario per il contribuente e il tempo e lo sforzo sprecati dagli educatori", aggiungono i ricercatori. I piani per ridurre il percorso a 4 anni potrebbero solo peggiorare le cose, suggeriscono. I dati del lavoro per gli autori indicano "l'importanza di sostenere gli studenti alla scuola di Medicina", scrivono. "I vari sintomi di salute mentale" risultati predittivi di abbandono possono essere "particolarmente difficili da riconoscere a causa di una cultura del lavoro 'tossica' e competitiva che normalizza" questo tipo di situazioni, aggiungono. Le scuole di Medicina "devono fare di più per migliorare l'ambiente di apprendimento per gli studenti e incoraggiarli a cercare aiuto".

Si può fare "educando gli studenti sugli alert" a cui prestare attenzione "e chiarire attivamente che cercare aiuto non metterà a repentaglio le loro carriere". Le scuole devono poi "aiutare i potenziali candidati a capire meglio le esigenze della carriera scelta. Può essere utile avere sistemi in atto che possano aiutare i nuovi candidati (e gli studenti di medicina esistenti) a considerare se quella formazione è per loro, fissando aspettative realistiche".

https://www.quotidianosanita.it/scienza-e-farmaci/articolo.php?articolo_id=127610



Quei memorabili anni Settanta (1a parte)

Gavino Maciocco

Gli anni Settanta hanno rappresentato una straordinaria fase di trasformazione della società italiana. L'osservazione congiunta del film "Berlinguer – La grande ambizione" di Andrea Segre e del libro "Salute per tutti" della storica Chiara Giorgi aiuta a comprendere le fondamentali influenze della politica nazionale e delle energie che sprigionava la società italiana sulle riforme che innovarono radicalmente il nostro sistema sanitario.

Sono usciti quasi simultaneamente, lo scorso mese di ottobre, l'uno nelle sale cinematografiche, l'altro nelle librerie. L'uno è il film "Berlinguer – La grande ambizione" di Andrea Segre, interpretato magnificamente da Elio Giordano, la cui narrazione copre il periodo che va dall'attentato subito da Berlinguer a Sofia nel 1973 al rapimento e alla morte di Aldo Moro nel 1978. L'altro, il libro "Salute per tutti" della storica Chiara Giorgi, sottotitolo: "Storia della sanità in Italia dal dopoguerra a oggi". Ho visto, con la stessa emozione, due volte il film e letto attentamente il bel libro di Chiara Giorgi, che dedica un capitolo, il secondo, agli anni 70: quello l'ho letto e sottolineato più volte.

Il motivo di tanta attenzione e emozione lo spiega chi scrive questo post, avendo egli attraversato quegli anni settanta da medico poco più che trentenne (all'anagrafe gennaio 1942) e insieme da militante politico. La visione del film e la lettura del secondo capitolo del libro è stata una straordinaria, impreveduta occasione per riflettere su quegli anni così importanti e decisivi per la società – e anche per la sanità – del nostro paese. L'osservazione congiunta del film e del libro aiuta a comprendere le fondamentali influenze della politica nazionale e delle energie che sprigionava la società italiana sulle riforme che innovarono radicalmente il nostro sistema sanitario.

Il Film

Il film inizia con le drammatiche immagini del bombardamento del Palazzo presidenziale della Moneda a Santiago del Cile. È l'11 settembre 1973, il giorno del colpo di stato militare, sostenuto dal governo USA, conclusosi con il rovesciamento del governo di sinistra democraticamente eletto presieduto da Salvador

Allende, rimasto ucciso nel corso del bombardamento. Al colpo di Stato seguì la feroce dittatura militare del Gen. Pinochet che durò quasi 20 anni.

Il 28 settembre, il 5 e il 12 ottobre 1973 Berlinguer scrisse per la rivista Rinascita tre famosi articoli (Imperialismo e coesistenza alla luce dei fatti cileni, Via democratica e violenza reazionaria e Alleanze sociali e schieramenti politici) che abbozzavano la proposta del "compromesso storico" come soluzione preventiva dinanzi a possibili derive istituzionali di tipo sudamericano.

Nell'ultimo dei tre articoli si legge:

«Sarebbe del tutto illusorio pensare che, anche se i partiti e le forze di sinistra riuscissero a raggiungere il 51 per cento dei voti e della rappresentanza parlamentare [...], questo fatto garantirebbe la sopravvivenza e l'opera di un governo che fosse l'espressione di tale 51 per cento. Ecco perché noi parliamo non di una "alternativa di sinistra" ma di una "alternativa democratica", e cioè della prospettiva politica di una collaborazione e di una intesa delle forze popolari d'ispirazione comunista e socialista con le forze popolari di ispirazione cattolica, oltre che con formazioni di altro orientamento democratico. [...] La gravità dei problemi del paese, le minacce sempre incombenti di avventure reazionarie e la necessità di aprire finalmente alla nazione una sicura via di sviluppo economico, di rinnovamento sociale e di progresso democratico rendono sempre più urgente e maturo che si giunga a quello che può essere definito il nuovo grande "compromesso storico" tra le forze che raccolgono e rappresentano la grande maggioranza del popolo italiano».

E di colpo di Stato in Cile Berlinguer si trova a discutere a Sofia, ai primi di ottobre, con il capo di Stato bulgaro Todor Zivkov, che si mostra particolarmente critico nei confronti delle posizioni del Segretario italiano. Sulla via del ritorno, nella strada che portava all'aeroporto di Sofia, l'auto che trasportava Berlinguer venne travolta da un camion provocandone il ferimento non grave, andò molto peggio ad altri viaggiatori, come l'interprete che rimase ucciso. L'ipotesi di un banale incidente stradale fu subito scartata.

La strategia di Berlinguer di coinvolgere la Democrazia Cristiana in un progetto di "alternativa democratica" fu messa subito alla prova dalla decisione della stessa DC di promuovere un referendum abrogativo della legge istitutiva del divorzio (approvata nel 1970). Si creò una profonda spaccatura nel Paese con DC e MSI a favore del SI e il resto dei partiti a favore del NO.

Il referendum si tenne il 12 e 13 maggio 1974 e il risultato sarà inequivocabile, con un'affluenza record al voto dell'87,7%: 19.138.300 elettori votano contro l'abrogazione della legge. Il NO vince con il 59,26% dei consensi: il divorzio è salvo. La parola più usata per definire quel giorno è "spartiacque". "L'Italia è un paese moderno" titola il quotidiano La Stampa. L'analisi del voto dimostra che larghe fasce dell'elettorato cattolico ha votato a favore del NO. Tutto il centro-nord dell'Italia (tranne Veneto e Trentino-Alto Adige) ha votato a favore del NO con punte del 70% e oltre in Liguria, Piemonte, Emilia-Romagna e Toscana. Anche in Sardegna e Sicilia prevalse il NO.

Il risultato del referendum provocò un terremoto in casa democristiana. Ci fu una crisi di governo e il 23 dicembre 1974 Aldo Moro (il politico DC più sensibile al dialogo col PCI) tornò alla presidenza di un governo Dc-Pri con vicepresidente La Malfa. Nel discorso programmatico Moro si pronunciò per un «confronto dai limpidi contorni» con il Pci e il confronto, anche grazie a La Malfa, fu particolarmente aperto sui problemi economici. Amintore Fanfani si dimise da segretario DC e fu sostituito da Benigno Zaccagnini, molto vicino alle idee di Moro. Sotto la spinta dei movimenti femministi nel 1975, vengono approvate – con una larghissima maggioranza parlamentare – due leggi fondamentali per l'allargamento dei diritti delle donne.

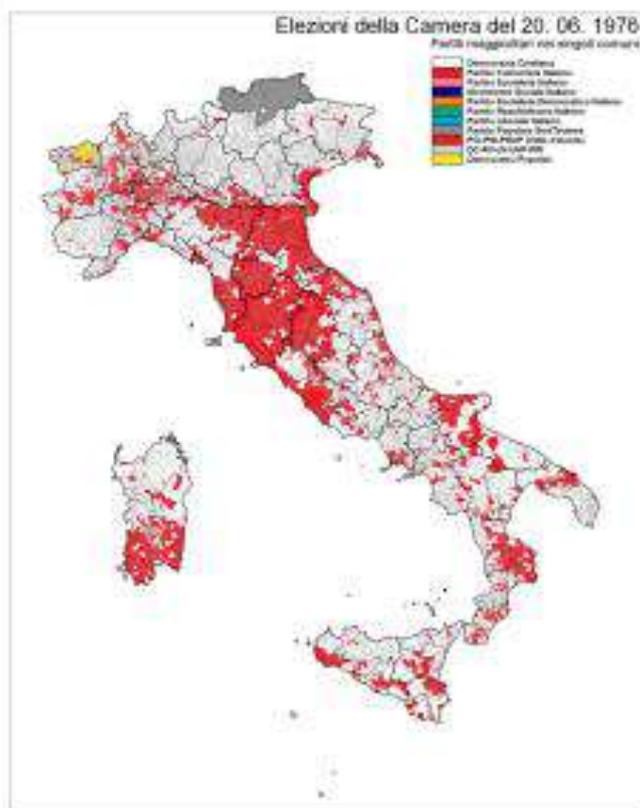
19 Maggio 1975 il Parlamento italiano approva la legge 151 per la riforma del nuovo Diritto di famiglia. Si tratta di una riforma decisiva nello sviluppo giuridico e sociale del paese che riconosce alla donna una condizione di completa parità con l'uomo all'interno della famiglia, e garantisce la tutela giuridica dei cosiddetti «figli illegittimi», nati cioè al di fuori del matrimonio.

Il 25 luglio dello stesso anno il Parlamento italiano approva la legge 405 per l'istituzione dei Consultori familiari che ha come scopi: a) l'assistenza psicologica e sociale per la preparazione alla maternità ed alla paternità responsabile e per i problemi della coppia e della famiglia, anche in ordine alla problematica minorile; b) la somministrazione dei mezzi necessari per conseguire le finalità liberamente scelte dalla coppia e dal singolo in ordine alla procreazione responsabile nel rispetto delle convinzioni etiche e dell'integrità fisica degli utenti; c) la tutela della salute della donna e del prodotto del concepimento; d) la divulgazione delle informazioni idonee a promuovere ovvero a prevenire la gravidanza consigliando i metodi ed i farmaci adatti a ciascun caso.

Il 1975 è l'anno delle elezioni amministrative (comunali, provinciali e regionali). Si tengono il 15 e 16 maggio e registrano un vero (in parte inaspettato) trionfo per il PCI, che avanza ovunque (+6,3% mentre la DC arretra del 3,3%). Undici milioni di elettori (uno su tre) hanno votato comunista. Il PCI è il primo partito nelle principali città: Torino, Milano, Venezia, Bologna, Firenze, Perugia, Napoli (a Roma e Genova non si è votato alle comunali). È una vittoria per il partito che con un milione e quattrocentomila iscritti è presente capillarmente con le sue sezioni in ogni angolo del paese e conduce le sue battaglie politiche con una larga partecipazione popolare, dimostrando di poter dare una rappresentanza alle varie istanze di rinnovamento e di giustizia sociale che percorrevano con forza la società italiana. Ma è anche una vittoria personale di Enrico Berlinguer, un leader amato per la determinazione con cui porta avanti la sua strategia e anche per i suoi tratti miti, riservati, perfino umili (una vera rarità in politica). Di seguito due video-documenti sulle elezioni del 1975: uno dell'[Archivio Istituto Luce](#), l'altro dell'[Archivio del movimento operaio e democratico](#).

Il 26 febbraio 1976, intervenendo a Mosca al XXV congresso del Partito comunista sovietico, Berlinguer dichiarò: *“Noi ci battiamo per una società socialista che sia il momento più alto dello sviluppo di tutte le conquiste democratiche e garantisca il rispetto di tutte le libertà individuali e collettive, delle libertà religiose e della libertà della cultura, dell'arte e delle scienze. Pensiamo che in Italia si possa e si debba (...) costruire la società socialista col contributo di forze politiche, di organizzazioni, di partiti diversi, e che la classe operaia possa e debba affermare la sua funzione storica in un sistema pluralistico e democratico”*. Dalla platea del congresso sovietico si levò un alto brusio di indignazione. Nel corso di quella visita a Mosca, i comunisti italiani informarono i compagni sovietici che d'ora in poi avrebbero fatto a meno del loro sostegno economico: un ulteriore chiaro, definitivo segnale di rottura dei rapporti tra PCI e comunisti sovietici.

Il 20 e 21 giugno 1976 si tengono le elezioni politiche: la DC continua ad essere il primo partito con il 38,7% dei votanti (sostanzialmente stabile rispetto alle precedenti elezioni) mentre il PCI registra un'ulteriore



potente crescita: 12 milioni e 615 mila voti, pari al 34,4% (+7,2% rispetto alle precedenti elezioni). Scrive al riguardo Luciano Barca (membro della direzione del PCI e persona di collegamento tra PCI e DC): *“Il giudizio di Berlinguer e di Moro tornò a coincidere nel giugno del '76 sul risultato elettorale: qualcosa era cambiato profondamente e bisognava tenerne conto. E per tenerne conto Berlinguer e la direzione del Pci posero*

apertamente il problema dell'ingresso del Pci nel governo. Andreotti dà testimonianza a tale proposito di un colloquio con Moro del 7 luglio '76: «Moro mi ha parlato oggi con una apertura che dopo i tempi della Fuci non avevamo mai più avuto tra noi... È indispensabile – ritiene Moro – coinvolgere in qualche maniera i comunisti... e questo momento deve essere gestito da uno come me che non susciti interpretazioni equivocate all'interno e all'esterno». Ma la Dc, tutta la Dc, resiste ad ogni ipotesi di maggioranza parlamentare con i comunisti» [1].

La soluzione escogitata per consentire l'appoggio del PCI a un governo monocolore DC di Andreotti fu quella della "non sfiducia". Una formula indigesta per il PCI, ma alla fine accettata in vista di ulteriori progressi (l'accordo prevedeva la nomina di Pietro Ingrao, della sinistra del PCI, a presidente della Camera dei deputati). Una formula che tuttavia per alcuni aspetti si rivelò particolarmente produttiva per i programmi che riguardavano la sanità: infatti nel 1978 – Ministra della salute Tina Anselmi – furono approvate tre fondamentali leggi: la n. 194 sull'Interruzione volontaria di gravidanza, la n. 180 sulla chiusura dei manicomi (legge Basaglia) e – la più importante – la n. 833 sull'Istituzione del Servizio sanitario nazionale.

Tuttavia il clima politico di quegli anni si andò facendo sempre più difficile anche per il montare della violenza: il 7 febbraio 1977 Luciano Lama, segretario generale della CGIL è aggredito all'Università di Roma, il 12 maggio ci sarà a Roma una delle più violente manifestazioni di "autonomi", mentre si susseguivano gli attacchi terroristici da parte di vari gruppi, il più noto dei quali era quello delle Brigate Rosse. Le stesse che si resero protagoniste (*per conto di chi?...*) – nel marzo/maggio 1978 – del rapimento e dell'uccisione di Aldo Moro.

Le forze che avversavano il comune disegno di Berlinguer e di Moro, quello di pervenire a un governo di unità democratica, alla fine l'ebbero vinta

[1] Luciano Barca, Gli incontri segreti con Moro. Da "Enrico Berlinguer", Edizioni l'Unità, 1985, pp. 95-107.

<https://www.saluteinternazionale.info/2025/02/quei-memorabili-anni-settanta-1a-parte/>



Quei memorabili anni Settanta (2a parte)

Gavino Maciocco

Sarà in quel periodo Giulio Maccacaro, docente di statistica medica a Milano, a tracciare le linee di riferimento di un nuovo approccio alla salute che andava consolidandosi in più circuiti, nell'intento di costruire una convergenza tra le varie mobilitazioni in corso. "Per un'azione efficace per la salute e l'integrità di chi è oggetto di sfruttamento, emarginazione e repressione, onde questi ne emerga con tutto il suo diritto e la sua capacità di porsi quale soggetto politico primario".

L'Italia degli anni Settanta è un Paese vivo e vitale. I due decenni precedenti sono stati un periodo di forte ripresa economica e demografica. Gli anni Sessanta in particolare hanno registrato un'accelerata industrializzazione al Nord, l'espansione dei consumi di massa, forti ondate migratorie dal Sud al Nord, dalle campagne alle città. Gli anni Sessanta registrano anche il boom delle nascite, con una media annuale di 952.665 nuovi nati. Gli anni Sessanta sono anche gli anni delle contestazioni giovanili, dei movimenti pacifisti (contro la guerra nel Vietnam), dell'emancipazione femminile e di una nuova libertà sessuale. Sono anche gli anni del Concilio Vaticano II e del rinnovamento della Chiesa. Anche per questo, gli italiani degli anni 70 registrano un balzo in avanti nella longevità di ben dieci anni (da 60 a 70 anni) rispetto agli anni 50.

Il libro

Il libro di Chiara Giorgi “Salute per tutti. Storia della sanità in Italia dal dopoguerra a oggi” (Laterza), dedica agli anni 70 il secondo capitolo (da pag. 95 a pag. 147). Abbiamo visto che la longevità degli italiani è aumentata per il migliore tenore di vita della popolazione e anche per la netta riduzione della mortalità infantile, ma l’accelerata industrializzazione del Nord e le ondate migratorie verso le città influenzano negativamente la salute degli abitanti: aumentano mortalità e morbosità per malattie cronico-degenerative, aumentano anche i differenziali di salute legati alle condizioni di lavoro nelle fabbriche. “Nel Nord-Ovest – scrive Giorgi – la durata media di vita di un operaio era di oltre un anno più bassa rispetto al resto del paese. In generale i tassi di mortalità per tumori, gran parte dei quali avevano origine ambientale, erano più alti al nel Nord Italia, rispetto al Centro e, soprattutto all’Italia meridionale e insulare. A peggiorare era inoltre la qualità della vita nelle città. La nuova “malaria urbana” era quella dell’inquinamento atmosferico delle industrie, del traffico, degli impianti di riscaldamento, ma anche del cattivo stato igienico delle periferie, dell’inefficienza degli ospedali, della difficile situazione abitativa” (...). “Due eventi di grande risonanza di questo decennio, l’esplosione di colera a Napoli e a Bari nel 1973 e il disastro ambientale di Seveso nell’estate del 1976 (*causato dalla fuoriuscita e la dispersione nell’atmosfera di una nube di diossina, una sostanza estremamente tossica che investì una vasta area di terreni dei comuni limitrofi della bassa Brianza, particolarmente quello di Seveso. Ndr*) misero in luce la combinazione ancora presente fra le “malattie della miseria” e quelle “del progresso”, la precarietà di una incondizionata fiducia nei confronti del dominante di sviluppo industriale, il persistente dualismo tra Nord e Sud.”

Di fronte a queste emergenze e alla tumultuosa transizione epidemiologica in atto la risposta del sistema sanitario italiano è assolutamente inadeguata. Un sistema che è fermo nella sua struttura a quello emerso dopo la seconda guerra mondiale, molto frammentato e basato su tre differenti “sotto-sistemi”:

- Il sotto-sistema delle casse mutue – retaggio del modello tedesco Bismarck di fine ottocento – che si era sviluppato in Italia nel corso del Fascismo e si era ulteriormente consolidato negli anni 50 e 60. Si trattava di una miriade di casse mutue grandi (come l’INAM che copriva i dipendenti delle imprese private o l’ENPAS che riguardava i dipendenti statali) e piccole, finanziate in parte dai datori di lavoro e in parte dai dipendenti, che garantivano ai propri iscritti (in modalità molto diverse da mutua a mutua) l’assistenza medica di base (attraverso medici di famiglia e specialisti convenzionati), l’assistenza farmaceutica e quella ospedaliera.
- Il sotto-sistema ospedaliero, anch’esso molto frammentato, tra ospedali pubblici e ospedali privati generalmente di proprietà di enti religiosi, che tuttavia trovò una più moderna regolamentazione con la Legge Mariotti (ministro della salute) del 1968.
- Il sotto-sistema degli Enti Locali, Comuni e Province, il cui funzionamento e competenze era regolato dal Testo Unico delle Leggi sanitarie risalente al 1934. I Comuni si occupavano di Igiene (dell’acqua, dell’aria, dei rifiuti, controllo delle malattie infettive, vaccinazioni, etc) e dell’assistenza medica agli indigenti; le Province esercitavano il controllo sui Comuni, attraverso il Medico Provinciale, avendo inoltre la competenza sulla salute mentale, con la gestione dei manicomi.

L’Art 32 della Costituzione del 1948 (“*La Repubblica tutela la salute come fondamentale diritto dell’individuo e interesse della collettività*”) esprimeva una chiara indicazione su quale modello di sistema sanitario avrebbe dovuto adottare la sanità italiana: un modello universalistico, finanziato dalla fiscalità generale, gratuito nel punto di erogazione delle prestazioni, simile a quello britannico. L’approdo verso il modello Beveridge ci sarà, ma saranno necessari ben trent’anni per conseguire l’obiettivo. Il primo documento che prefigura con dovizia di particolari un progetto di riforma sanitaria, assai affine nei contenuti al *National Health Service* britannico, è quello prodotto dalla commissione presieduta da Alessandro Seppilli – professore di Igiene e Sindaco socialista di Perugia – presso il Ministero della salute nel 1967. Le conclusioni e le proposte della Commissione Seppilli furono recepite dal documento di piano di sviluppo economico quinquennale (legge 27 luglio 1967, n. 685).

Il percorso della Riforma appare subito molto accidentato: le principali resistenze arrivano dalle Casse Mutue diventate nel tempo dei agguerriti centri di potere politico-economico-finanziari, dove esponenti di governo (e di sottogoverno) svolgevano un ruolo non secondario, soprattutto in termini di raccolta di consenso elettorale. A cui si aggiungevano i dubbi e le resistenze del mondo medico, espressi dagli Ordini e dai sindacati

di categoria. All'interno dei tre citati sottosistemi quello mutualistico è quello che ebbe la massima crescita rispetto agli altri; dal 1964 al 1974 la spesa mutualistica passò da meno di 900 miliardi di lire a oltre 4.500 miliardi di lire, con un incremento annuo del 17,45%, di gran lunga superiore al tasso d'inflazione. La loro liquidazione era la condizione imprescindibile per l'effettiva messa in opera della Riforma sanitaria. Ma tutto rimane bloccato, nonostante in parlamento, agli inizi degli anni 70, giacessero proposte di legge riforma (sul modello Seppilli) presentate da PCI, PSI e DC.

Ma le scosse politiche avvenute negli anni 1974 ("anno spartiacque") e seguenti – ampiamente descritte nel [precedente post](#) – ebbero il prodigioso effetto di sbloccare la situazione. Il 17 agosto 1974 venne approvata la legge n. 386 che fissava le norme per l'estinzione dei debiti degli enti mutualistici nei confronti degli enti ospedalieri e l'avvio della riforma sanitaria. Con questa legge si formulava l'impegno a porre le mutue in gestione commissariale dal 1° luglio 1975 e a estinguerle entro il 30 giugno 1977, trasferendo le loro attribuzioni allo Stato e agli altri enti territoriali per l'attuazione del SSN. "L'esito di questa legge – scrive Giorgi – fu il frutto della battaglia condotta in Parlamento dalle forze di opposizione (...).

Come commentò Giovanni Berlinguer – protagonista alla Camera dello scontro – senza quell'intervento avrebbe prevalso un sistema sanitario "uno e trino", con le mutue risanate e consolidate per l'assistenza extra-murale, con gli ospedali affidati alle Regioni, con quel poco di prevenzione che esiste affidato allo Stato e alle Regioni". Contestualmente, nell'estate del 1974, il Consiglio dei Ministri approvava il disegno di legge "Istituzione del Servizio sanitario nazionale" composto da 50 articoli, costituito – recitava l'art. 1 – dal "complesso unitario delle attività e delle strutture destinate alla promozione, al mantenimento ed al recupero dello stato di benessere fisico e psichico di tutta la popolazione, senza distinzione di condizioni individuali e sociali".

Nella spinta verso la Riforma (o meglio le tre Riforme – 194, 180 e 833 – del fatidico 1978) il ruolo della battaglia parlamentare fu importante, ma non decisiva. Contarono moltissimo in quella spinta le molteplici istanze di innovazione e le lotte di denuncia che percorrevano la società italiana e che trovarono una loro rappresentanza nella grande avanzata elettorale del PCI.

In primo luogo le istanze portate avanti dal movimento femminista e dalle associazioni delle donne che portarono a risultati vittoriosi già nel 1975 con l'approvazione del nuovo legge sul diritto di famiglia e della legge sui consultori, prologo dell'approvazione il 22 maggio 1978 della legge 194 sull'interruzione volontaria di gravidanza.

La salute mentale fu un altro fondamentale campo di battaglia politica e culturale, che portò alla chiusura dei manicomi con la Legge 180, approvata il 13 maggio 1978. "Se qualcuno mi chiedesse di associare il nome di Franco Basaglia a una virtù risponderei senza esitare: il coraggio – *ha scritto Benedetto Saraceno ricordandone [il centenario della nascita](#)*. Il coraggio di essere e andare *contro*, non solo contro l'establishment psichiatrico ma anche contro costumi e leggi che impedivano la trasformazione della psichiatria a Gorizia, a Parma e a Trieste. Il coraggio di Basaglia ha permesso di esigere e realizzare l'impossibile che è diventato possibile. Esigere e realizzare non una società senza diversi, ma una società diversa. Una società dove le identità si fanno deboli per dare luogo a una cittadinanza diffusa".

Sarà in quel periodo Giulio Maccacaro, docente di statistica medica a Milano, a tracciare le linee di riferimento di un nuovo approccio alla salute che andava consolidandosi in più circuiti, nell'intento di costruire una convergenza tra le varie mobilitazioni in corso. "*Per un'azione efficace per la salute e l'integrità di chi è oggetto di sfruttamento, emarginazione e repressione, onde questi ne emerga con tutto il suo diritto e la sua capacità di porsi quale soggetto politico primario*". Maccacaro dalle pagine della rivista "Sapere" scrive di medicina del lavoro collegandosi alle rivendicazioni operaie più mature. Alla Montedison di Castellanza tiene corsi sulle malattie del lavoro e sul concetto di prevenzione. Maccacaro inoltre sarà fondatore della fortunata collana di libri "Medicina e Potere" (tra cui: La medicina del capitale, Il medico immaginario e il malato per forza, Malaria urbana). "*E' ipotesi di lavoro di questa collana che la medicina – come la scienza – sia un modo di potere (...). Il potere che le appartiene così come quello cui appartiene, può celarsi può celarsi in ogni suo punto ma estinguersi in nessuno: cercarlo e scoprirlo è già sfidarlo*".

Un aspetto peculiare e particolarmente significativo di quei "memorabili anni settanta" fu che le riforme partirono davvero dal basso, precedendo la loro approvazione parlamentare, per opera di amministratori coraggiosi e illuminati e con il diffuso coinvolgimento degli operatori sanitari e sociali e della popolazione. Soprattutto in tre Regioni – Piemonte, Emilia-Romagna e Toscana – verso la metà degli anni settanta furono

istituiti i Consorzi socio-sanitari, prefigurando le future USL, volti a garantire la gestione dei servizi, delle attività sanitarie e sociali, compresi gli interventi di igiene ambientale e medicina del lavoro. “*Si trattò – scrive Giorgi – di un’importante svolta in merito a un nuovo metodo di attività dei servizi, con l’avvio di iniziative di prevenzione primaria dei rischi nei luoghi di lavoro, ancora ignote alle strutture pubbliche*”.

Il Consorzio Scandicci-Le Signe. Fu costituito nel 1976 tra i tre Comuni dell’area a ovest di Firenze: Scandicci, Lastra a Signa e Signa. A presiederlo un nome familiare ai lettori di Salute Internazionale, Marco Geddes da Filicaia, allora giovane medico e anche assessore alla sanità del Comune di Lastra a Signa. Nei quattro anni che intercorsero tra la costituzione del Consorzio e l’effettiva istituzione della USL (avvenuta nel marzo 1980) vennero attivati nuovi servizi e lanciate nuove attività, tra cui il consultorio familiare, l’assistenza domiciliare socio-sanitaria, il servizio di medicina del lavoro (che dovette affrontare un’epidemia di casi di polineuropatia da solventi prevalentemente tra le lavoranti a domicilio dei calzaturifici), il servizio farmaceutico per orientare i medici verso una maggiore appropriatezza prescrittiva, una serie di pubblicazioni rivolte alla popolazione per diffondere la conoscenza delle riforme in corso, l’inaugurazione del 1979 del [Centro Sociale di Lastra a Signa](#), una struttura di co-housing per anziani, alternativa alle RSA. Venne prodotto un Piano poliennale dei servizi 1978-1980, che servì come base programmatica della successiva USL Scandicci-Le Signe.

Epilogo

Il libro di Chiara Giorgi copre l’intero periodo che va dal dopoguerra ai giorni nostri: agli anni settanta seguirà un lungo periodo di progressivo arretramento dall’obiettivo della “salute per tutti” affermato ad Alma Ata nel 1978, per giungere agli anni duemila, all’affermazione apparentemente incontrastata del “mercato” e del “privato”, come documentano in tutta evidenza le figure sulla spesa sanitaria contenute nel capitolo introduttivo del libro. Rileggere quello che avvenne negli anni 70 può essere utile non solo per richiamare la memoria su come fu costruito il nostro Servizio sanitario nazionale, ma anche per stimolare a difenderlo, nonostante tutto.

<https://www.saluteinternazionale.info/2025/02/quei-memorabili-anni-settanta-2a-parte/>

Il Caos in sanità: gli USA oggi

nature

Trump 2.0: un assalto alla scienza ovunque è un assalto alla scienza ovunque

Il presidente degli Stati Uniti Donald Trump sta lanciando una palla da demolizione contro la scienza e le istituzioni internazionali. La comunità di ricerca globale deve prendere posizione contro questi attacchi.

È trascorso un mese dall’inizio della seconda presidenza statunitense di Donald Trump. In una lettera al presidente entrante, *Nature* ha esortato Trump e la sua amministrazione a basarsi sull’eredità e sui risultati della nazione in campo scientifico e a promuovere ulteriormente la ricerca per il bene della prosperità e della sicurezza ([Nature 637 , 517; 2025](#)). L’amministrazione ha scelto la strada opposta, lanciando un assalto senza precedenti alla scienza, agli istituti di ricerca e alle organizzazioni e iniziative internazionali vitali.

Quasi subito dopo aver prestato giuramento come presidente il 20 gennaio, Trump ha firmato una montagna di ordini esecutivi che annullavano o congelavano decine di miliardi di dollari di finanziamenti per la ricerca e l’assistenza internazionale, e hanno messo il sigillo su migliaia di licenziamenti. Sono state imposte restrizioni orwelliane alla ricerca, tra cui divieti su studi che menzionano parole specifiche relative a sesso e genere, razza, disabilità e altre caratteristiche protette.

Le agenzie federali e le università [sono in subbuglio](#) . Migliaia di ricercatori sono nel limbo mentre aspettano che si disgeli un [congelamento dei finanziamenti altamente discutibile](#) . E in tutto il mondo, milioni di beneficiari di sovvenzioni dei programmi di assistenza degli Stati Uniti sono stati abbandonati.

È difficile esprimere a parole l'entità del danno arrecato all'impresa di ricerca statunitense, che ha un valore quasi incalcolabile sia per la nazione stessa che per il mondo in generale. Le organizzazioni che rappresentano le comunità scientifiche globali [stanno iniziando a reagire](#) . È necessario che più persone si esprimano a sostegno dei colleghi statunitensi. Le comunità scientifiche ed educative statunitensi devono sapere di non essere sole. Un assalto alla scienza e agli scienziati ovunque è un assalto alla scienza e agli scienziati ovunque. Individui e organizzazioni stanno contestando alcune delle azioni dell'amministrazione Trump in tribunale, e potrebbe essere che la Casa Bianca sia costretta a moderare o a revocare alcune delle sue decisioni. Ma la direzione di marcia è chiara: c'è il desiderio di declassare, se non eliminare, prove indipendenti basate sulla scienza e consulenze di esperti; c'è anche un assoluto disprezzo per gli accordi internazionali.

Fuoco e furia

L'amministrazione sta licenziando dipendenti federali dalle agenzie nazionali, comprese quelle che impiegano ricercatori e che si basano sulla ricerca, spesso in discipline che sono fondamentali per proteggere la salute pubblica, l'ambiente e la sicurezza delle persone. Sta apportando tagli improvvisi e drastici alla spesa pubblica. Tra le persone interessate ci sono istituzioni rispettate a livello mondiale come i Centers for Disease Control and Prevention, l'Environmental Protection Agency e i National Institutes of Health (NIH). Le riunioni dei comitati di revisione delle sovvenzioni per la ricerca del NIH [sono state sospese](#) all'inizio della presidenza di Trump e lo sono ancora. Anche la National Archives and Records Administration, custode dei registri ufficiali del paese, è interessata, così come le biblioteche pubbliche e i musei.

Sul fronte internazionale, la decisione di ritirarsi o di ridimensionare drasticamente gli impegni di lunga data avrà gravi conseguenze. Gli Stati Uniti sono spesso il maggiore contributore alle iniziative globali direttamente collegate agli Obiettivi di sviluppo sostenibile (SDG) delle Nazioni Unite, il piano mondiale per porre fine alla povertà e raggiungere la sostenibilità ambientale. Il paese fornisce anche circa un quinto del budget di base per l'Organizzazione mondiale della sanità (OMS), che Trump ha già notificato della sua intenzione di lasciare. Sebbene gli Stati Uniti [non se ne andranno formalmente prima dell'anno prossimo](#) , il direttore generale Tedros Adhanom Ghebreyesus ha già detto agli oltre 8.000 membri dello staff dell'OMS di sospendere tutti i viaggi tranne quelli essenziali.

Trump ha anche cancellato i finanziamenti federali statunitensi per i progetti internazionali sui cambiamenti climatici, che ammontavano a circa 11 miliardi di dollari nel 2024, pari a circa il 10% dei finanziamenti pubblici globali annuali per il clima. Insieme alla sua decisione di ritirarsi dall'accordo di Parigi sul clima del 2015, questo è un duro colpo per la lotta ai cambiamenti climatici e [ritarderà gli sforzi per aumentare i finanziamenti](#) per i paesi più colpiti dal riscaldamento globale.

Congelamento degli aiuti

Almeno un milione di donne in paesi di tutto il mondo hanno perso l'accesso alle cure contraccettive a causa di una "pausa" di 90 giorni sui finanziamenti da parte dell'Agenzia statunitense per lo sviluppo internazionale (USAID), la più grande fonte di aiuti per un singolo paese al mondo, inclusa l'assistenza scientifica. Nel 2023, gli Stati Uniti hanno erogato 72 miliardi di dollari in assistenza internazionale, circa il 60% dei quali è stato fornito tramite USAID.

La maggior parte degli oltre 10.000 membri dello staff dell'agenzia è stata messa in congedo. La maggior parte, se non tutti, i suoi edifici sono attualmente inaccessibili, così come il suo sito web. Sebbene i programmi salvavita siano tecnicamente esenti da qualsiasi cambiamento immediato, in pratica ci sono pochi, se non nessuno, staff USAID o sistemi finanziari funzionanti [disponibili per mantenere attivi i pagamenti che li finanziano](#) . I finanziamenti del United States President's Emergency Plan for AIDS Relief, che ha erogato più di 100 miliardi di dollari per la prevenzione e il trattamento dell'HIV e dell'AIDS dal 2003, sono ancora in sospenso.

Nel complesso, queste azioni renderanno le persone negli Stati Uniti e in tutto il mondo meno prospere e più vulnerabili.

Escludendo l'inclusione

Un altro ordine esecutivo ha imposto la cancellazione di politiche e iniziative in materia di diversità, equità e inclusione, che l'amministrazione Trump ha erroneamente descritto come illegali, radicali e dispendiose. La cancellazione di iniziative pubbliche che creano spazi inclusivi e accoglienti e l'interruzione dei finanziamenti federali per lo studio di queste questioni potrebbero causare danni. Allo stesso modo, non vi è alcuna giustificazione per la cancellazione di politiche e finanziamenti per iniziative che riconoscono la complessità di sesso e genere, qualcosa che la Casa Bianca chiama erroneamente "estremismo dell'ideologia di genere". Si tratta di attacchi inaccettabili ai diritti delle persone e alla libertà accademica. Arresteranno, se non invertiranno, decenni di progressi nella ricerca scientifica. In tutto il mondo, il consenso della ricerca è che dati più granulari e più disaggregati sono essenziali per raggiungere gli SDG. Sappiamo anche che incorporare sesso e genere nella progettazione dello studio [migliora la scienza e la medicina](#), comprese [diagnosi e trattamento](#). Ci sono differenze di opinione tra i ricercatori in tutti i campi scientifici. La discussione e gli studi più approfonditi sono i [modi migliori per raggiungere una comprensione condivisa](#). Chiudere la borsa di studio [non è una soluzione](#).

Come rispondere?

Come dovrebbero reagire, allora, coloro che fanno parte dell'impresa globale dell'istruzione, della salute, della scienza e dell'ingegneria? Una priorità deve essere quella di denunciare queste azioni, di gridare i loro effetti negativi, di sostenere i ricercatori e di difendere la loro capacità di lavorare e studiare senza temere per il loro posto di lavoro. Comprensibilmente, coloro che lavorano presso — o addirittura dirigono — agenzie federali potrebbero pensare di non poter parlare, ma i ricercatori di altre organizzazioni, come università, società scientifiche, aziende, sindacati e gruppi di campagna hanno più libertà e devono esercitarla mostrando sostegno ai colleghi interessati.

Anche le organizzazioni scientifiche globali devono mostrare il loro sostegno, comprese quelle che rappresentano giovani scienziati, accademie scientifiche e ricercatori a rischio in tutto il mondo. Li esortiamo tutti a parlare a favore dei loro colleghi con sede negli Stati Uniti, e del lavoro cruciale che svolgono, proprio come sostengono i ricercatori a rischio altrove.

[La missione di Nature](#) è quella di "servire gli scienziati attraverso la pubblicazione tempestiva di progressi significativi in qualsiasi ramo della scienza e di fornire un forum per la segnalazione e la discussione di notizie e questioni riguardanti la scienza". Per gran parte dei nostri 155 anni di storia, gli Stati Uniti sono stati il leader mondiale nella ricerca, anche nella fornitura di finanziamenti per l'istruzione e la formazione in ambito scientifico, con grande vantaggio per se stessi e per il resto del mondo. Con i cambiamenti in corso, la nuova amministrazione sembra essere incline a consegnare sconsideratamente tutto ciò alla storia. Noi di *Nature* denunciavamo questo assalto alla scienza. E incoraggiamo la comunità di ricerca globale, ovunque possibile, a esprimere la propria opposizione.

Fonte: <https://doi.org/10.1038/d41586-025-00562-w>

quotidianosanità.it

Oms. Gli Usa potrebbero rientrare a patto di avere un americano alla guida dopo la scadenza di Ghebreyesus nel 2027

Il documento di proposta, secondo quanto riporta Reuters, prevede la nomina di un inviato speciale degli Stati Uniti nel 2025, che riferisca a Trump e alla Casa Bianca, per supervisionare i negoziati con l'Oms sulle potenziali riforme, prima dell'uscita prevista per l'anno prossimo. L'inviato sarebbe anche incaricato di spingere affinché un funzionario statunitense gestisca l'agenzia sanitaria globale per la prima volta nella sua storia.

06 FEB - L'amministrazione Trump sarebbe intenzionata a dettare le 'sue' regole per rientrare nell'Organizzazione mondiale della sanità (Oms).

A quanto riporta *Reuters*, il piano Usa includerebbe un programma di profonda riforma dell'ente e, soprattutto, la nomina di un americano alla guida come direttore generale, quando il mandato di **Tedros Adhanom Ghebreyesus** terminerà, nel 2027.

Come noto, l'ordine esecutivo di Trump che detta l'uscita dall'Oms degli Stati Uniti è stata una delle sue prime mosse politiche dopo l'insediamento. Una decisione che, se confermata, porterà l'agenzia sanitaria globale a perdere il suo finanziatore più importante entro gennaio 2026. L'accusa lanciata all'interno dello stesso documento è quella di aver gestito male la pandemia di Covid e di essere stata indebitamente influenzata da altre nazioni. Da allora Trump ha fatto intendere che gli Stati Uniti potrebbero tornare se l'Oms fosse riformata, senza fornire dettagli su cosa ciò richiederebbe.

La proposta di riforma è in discussione da prima che Trump entrasse in carica, ma non è chiaro se la sua amministrazione adotterà altre raccomandazioni, hanno affermato le fonti sentite dall'agenzia.

L'amministrazione Trump "continuerà a rivedere i processi e gli enti sanitari per implementare le riforme necessarie", ha affermato il portavoce della Casa Bianca **Kush Desai** in una dichiarazione a *Reuters*.

L'Oms non è riuscita a mettere in atto le riforme proposte negli ultimi due decenni, portando a un deterioramento della gestione e delle competenze scientifiche, afferma il documento, in cui si riconosce che lasciare l'Agenzia, però, danneggerebbe gli interessi americani.

Allo stesso modo nel testo si spiega che lo stesso varrebbe per la permanenza nell'organizzazione a meno che non venga riformata. Il direttore della trasformazione dell'Oms, **Soren Brostrom**, ha respinto le critiche in un'intervista in cui afferma che l'agenzia ha intrapreso le riforme fondamentali fino ad oggi sotto Tedros.

Ma "se gli stati membri...hanno ulteriori richieste di riforma, cercheremo di soddisfarle", ha aggiunto.

Il documento di proposta prevede inoltre la nomina di un inviato speciale degli Stati Uniti nel 2025, che riferisca a Trump e alla Casa Bianca, per supervisionare i negoziati con l'Oms sulle potenziali riforme, prima dell'uscita prevista per l'anno prossimo.

Attualmente, il coordinamento dell'Oms è gestito dal Dipartimento di Stato e dal Dipartimento della Salute e dei Servizi Umani. L'inviato sarebbe anche incaricato di spingere affinché un funzionario statunitense gestisca l'agenzia sanitaria globale per la prima volta nella sua storia.

"La mancanza di leadership americana al vertice dell'Oms è stata un fattore critico nello spreco di fondi americani e nel declino dell'efficienza dell'organizzazione", si legge nella proposta. Brostrøm ha spiegato che qualsiasi Stato membro può proporre un direttore generale e spingere per il proprio candidato.

Il consiglio esecutivo dell'Oms seleziona una breve lista di candidati e colui che ottiene almeno due terzi dei voti degli Stati membri viene scelto per il ruolo.

https://www.quotidianosanita.it/cronache/articolo.php?articolo_id=127528



Caos americano

The Lancet

Le azioni di Donald Trump sono un attacco radicale e dannoso alla salute del popolo americano e di coloro che dipendono dall'assistenza estera degli Stati Uniti. Sono anche un attacco alla comunità della ricerca medica e sanitaria. Bisogna ergersi in difesa della salute e della medicina (1).

Ritiro dall'OMS e dagli accordi di Parigi. USAID chiuso e aiuti bloccati, cessazione dei programmi sanitari a livello globale. Blocco di 3 trilioni di dollari di sovvenzioni e prestiti federali, che mettono a repentaglio il funzionamento di Medicaid. Una pausa radicale sulle attività chiave nei *National Institutes of Health* (il più grande istituto di ricerca biomedica al mondo).

Ordini di sospensione dei lavori presso i *Centers for Disease Control and Prevention* (CDC). Negazione della diversità di genere. Reintrodotta la “*Mexico City policy*” (a). Blackout delle comunicazioni, che hanno visto il *Morbidity and Mortality Weekly Report* non pubblicato per la prima volta in 60 anni.

Le azioni di Donald Trump a livello nazionale e globale non sono una rivalutazione ponderata delle priorità degli Stati Uniti. Sono un attacco radicale e dannoso alla salute del popolo americano e di coloro che dipendono dall’assistenza estera degli Stati Uniti.

Sono anche un attacco alla comunità della ricerca medica e sanitaria. La capacità di lavorare dei ricercatori è stata gravemente limitata o addirittura interrotta. La libertà di parola è limitata.

L’uso di determinati termini è vietato sui siti web del governo degli Stati Uniti (e nei manoscritti inviati a riviste scientifiche), tra cui “genere”, “transgender”, “LGBT” e “non-binario”, e una direttiva ha sospeso l’invio di nuovi lavori per la pubblicazione per tutti i dipendenti e i collaboratori del CDC. Al *The Lancet*, l’impatto è già stato avvertito.

I revisori stanno declinando e gli autori si stanno autocensurando. Le istituzioni sanitarie potrebbero essere esitanti a criticare pubblicamente la nuova amministrazione, ma questa timidezza è un errore. Le azioni di Trump devono essere chiamate per il danno che stanno causando.

Il congelamento di 90 giorni degli aiuti degli Stati Uniti, compresi i fondi per il Piano di emergenza del Presidente per l’AIDS Relief, seppure con una deroga per i “programmi umanitari salvavita”, ha lasciato i servizi nel limbo, in particolare per la prevenzione dell’HIV e le relative popolazioni.

Queste non sono preoccupazioni astratte. Schiere di operatori sanitari sono stati licenziati, le cliniche hanno chiuso e i pazienti sono stati colpiti, come mostrano i World Reports in questo numero.

Elon Musk ha definito USAID “malvagia” e “organizzazione criminale”, spacciando falsità nel tentativo di giustificare lo sventramento, se non l’abolizione, dell’agenzia.

Queste decisioni sono profondamente sbagliate, con impatti di vasta portata che hanno fatto regredire decenni di guadagni nel controllo delle malattie e nell’equità sanitaria. Le azioni di Trump sono un attacco particolare alla salute delle donne, in particolare alla salute e ai diritti sessuali e riproduttivi.

I progressi gradualmente compiuti su clima e salute ora rischiano di bloccarsi o addirittura di invertirsi.

Più persone si ammaleranno e più persone moriranno.

Questo momento è una prova. Come dovrebbe reagire la nostra comunità?

Il risultato immediato è stato confusione, sconvolgimento e disorientamento, ma la risposta non può essere dettata dalla paura o dalla rassegnazione. C’è bisogno di concentrazione, strategia e, in effetti, di speranza. Non tutti gli ordini esecutivi sopravvivranno alle sfide legali.

Alcuni ordini sono stati temperati o modificati grazie alla società civile, ai giornalisti, ai *whistleblower* del governo e ad alcuni membri del Congresso che hanno parlato apertamente dei danni immediati.

Le comunità sanitarie, mediche e scientifiche hanno un ruolo fondamentale nel sostenere i propri pazienti, difendere i programmi e fare pressioni per politiche e istituzioni che siano positive per la salute e il benessere.

Il sostegno bipartisan alla salute globale negli Stati Uniti ha lasciato il posto a una profonda polarizzazione e la comunità sanitaria globale deve fare i conti con il fatto che gli Stati Uniti sono un partner inaffidabile.

Come nota Ilona Kickbusch in un commento in questo numero, altri stati membri devono finanziare e costruire un’organizzazione adatta alle sfide future.

La comunità sanitaria ha superato ostacoli enormi molte volte in passato per dare un contributo enorme al benessere dell’umanità. Quelle esperienze hanno consolidato una visione di cosa sia la salute e cosa possa essere. Che tutti hanno diritto alla salute.

Che la salute degli americani dipende dalla salute di tutti, ovunque, e viceversa. Che la cooperazione e le partnership costruttive siano vitali e che la scienza abbia la capacità non solo di far progredire la nostra comprensione del mondo, ma anche di unire le persone.

Che la salute sia un bene sociale, benefico per le società, un motore delle economie e un percorso verso lo sviluppo. Che la medicina possa aiutare le persone nei loro momenti più bassi, alleviare la sofferenza e migliorare la vita. Che l’equità, ovvero curare in base alle necessità, sia fondamentale per ciò che è la medicina. E che prendersi cura non è un atto di debolezza, ma di forza.

Le ultime 3 settimane hanno generato molta rabbia, paura e tristezza, ma non è il momento di farsi prendere dal panico. Le comunità mediche e scientifiche devono unirsi e sostenere questa visione. In questo spirito, *The*

Lancet sarà un punto di riferimento e di responsabilità nei prossimi 4 anni, monitorando e riesaminando le azioni del governo degli Stati Uniti e le conseguenze delle sue decisioni per la salute.

(1) [American chaos- standing up for health and medicine](#) The Lancet, Editorial, Vol 405, February 8, 2025, Traduzione nostra.

(a) *“Mexico City policy” è una politica del governo USA (introdotta dal Presidente Reagan nel 1985) che richiede alle organizzazioni non governative straniere di dichiarare di non promuovere l’aborto come metodo di pianificazione familiare, come condizione per ricevere fondi USA.*

<https://www.saluteinternazionale.info/2025/02/caos-americano/>

thebmj

Covid-19

Ricerca ▾

Educazione ▾

Notizie e visualizzazioni ▾

Campagne ▾

Parere

Rabbia, disperazione e sfida da parte di una voce all'interno del sistema di ricerca federale degli Stati Uniti

BMJ 2025 ; 388 doi: <https://doi.org/10.1136/bmj.r294> (Pubblicato il 12 febbraio 2025)

Cita questo come: BMJ 2025; 388:R294

Le persone in tutto il mondo stanno guardando con incredulità mentre il nuovo governo degli Stati Uniti chiude il suo programma di aiuti, si ritira dall'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) e dall'accordo di Parigi sui cambiamenti climatici, cancella i set di dati che non si adattano alla sua ideologia, si rifiuta di pagare spese generali adeguate alle università, bloccando così la ricerca e mandando in bancarotta molte di esse, e insiste sul fatto che certe parole non vengono utilizzate nei documenti federali. compresa la ricerca finanziata a livello federale.

Le parole che non devono essere usate includono bias, fazioso, donne o femmina, ed è impossibile vedere come si possa condurre una ricerca scientificamente valida senza queste parole: non saremmo in grado, ad esempio, di scrivere del rischio di bias in un campione di donne, che costituiscono la metà della popolazione. La velocità con cui ciò è stato fatto ha creato lo shock e il timore reverenziale previsti tra l'opposizione, che è stata lenta a rispondere.

Ciò che sta accadendo capovolge tutto ciò che ci è stato insegnato sui controlli e gli equilibri della nostra nazione. Cominciamo ora a vedere l'opposizione, non da ultimo da parte di riviste e gruppi di pressione. Ma un gruppo di cui potresti non sentire parlare sono quelli all'interno del sistema federale.

Non ci avete sentito perché siamo terrorizzati dalla risposta, non solo per la cancellazione della nostra ricerca e per il fatto di essere sommariamente respinti, ma anche per i 250 milioni di follower di Elon Musk su X. Le nostre case, i nostri stipendi, le nostre famiglie e persino le nostre vite sono a rischio.

Sono un ricercatore all'interno del sistema federale, e spero che mi perdonerete e capirete perché sto pubblicando questo pezzo in forma anonima. Il fatto stesso che io debba pubblicare questo in forma anonima in un paese che ha il diritto alla libertà di parola scritto nella nostra Costituzione è un atto d'accusa di ciò che sta accadendo.

Come tutti i dipendenti federali negli Stati Uniti, ho prestato giuramento alla Costituzione, non a un presidente o a un partito politico.

Dovrei essere in grado di parlare senza paura, ma il sistema giudiziario è lento a reagire, sembra sommerso da denunce più importanti di quelle di uno scienziato, e forse è stato compromesso.

Non avrei mai pensato che negli Stati Uniti avremmo avuto paura di bussare alla porta, come molti hanno temuto nei paesi non liberi.

La paura di parlarne con amici e colleghi stretti perché non sappiamo chi crede a cosa. La libertà di parola e lo stato di diritto sono stati fondamentali per ciò che gli Stati Uniti rappresentano e per ciò che hanno raggiunto, ma ora entrambi vengono erosi.

Ci è stato consegnato un enorme elenco di parole che potrebbero portare al ritiro di una sovvenzione, tra cui advocacy, biased, gender, LGBT (lesbiche, gay, bisessuali, transgender), diversità, inclusione, emarginato e underservit.

Ci è stato detto di rimuovere i riferimenti ai gruppi vulnerabili e di ritirare o mettere in pausa la pubblicazione di qualsiasi manoscritto di ricerca preso in considerazione da qualsiasi rivista medica o scientifica che utilizzi queste parole.

Al Center for Disease Control (CDC) e ad altre organizzazioni federali con set di dati sanitari è stato detto di rimuovere i dati relativi all'"ideologia di genere" anche se non sono la stessa cosa della diversità, equità e inclusione (DEI) che ora è considerata così dannosa.

La rimozione di questi dati demografici che tracciano le popolazioni a rischio significherà che i leader della comunità e i responsabili dei programmi non avranno più prove per il processo decisionale o l'allocazione delle risorse per coloro che hanno più bisogno di assistenza sanitaria.

Questo è un genocidio digitale: le popolazioni di persone vulnerabili vengono cancellate.

I dati su uomini e donne transgender sono stati cancellati. Stiamo anche perdendo dati sulla mortalità materna. Queste popolazioni soffriranno ora e per i decenni a venire.

Gli Stati Uniti non saranno in grado di comprendere i tassi di mortalità e morbilità per affrontare le disuguaglianze sanitarie perché i dati sono vietati.

Come possono i nostri leader vedere questo come una vittoria quando i nostri vicini e le nostre famiglie moriranno?

I nostri leader capiscono come, ritirandosi dall'OMS, censurando il *Rapporto settimanale sulla morbilità e la mortalità* e voltando le spalle alla salute globale, ci rendiamo più vulnerabili alle pandemie che inevitabilmente torneranno?

Non solo gli Stati Uniti, ma il mondo intero sarà maggiormente a rischio. I dati sulle malattie infettive emergenti epidemiche o pandemiche non saranno disponibili, così come gli allarmi precoci e le informazioni sulla preparazione alla mortalità e alla morbilità prevenibili.

Gli Stati Uniti si sono comportati male nella pandemia di covid-19 con oltre un milione di morti e si stanno preparando a ottenere risultati ancora più scarsi nella prossima: anche la stagione influenzale di quest'anno è pericolosamente sottostimata. Come sempre, saranno i più vulnerabili a morire, questa volta senza essere registrati.

C'è un'epidemia di morbillo in Texas, il cuore del movimento anti-vax. I dati sono lenti ad emergere e provengono solo dal livello statale. Un'epidemia di tubercolosi si sta diffondendo nella parte centrale del paese. Questi sono tempi difficili.

I siti web sulla salute in tutto il governo degli Stati Uniti sono stati oscurati. Le risorse sulla contraccezione, l'HIV, le infezioni sessualmente trasmissibili e l'influenza aviaria sono scomparse.

Non è disponibile un portale sulla morbilità e la mortalità materna. Le informazioni dell'ufficio per la salute delle donne del National Institutes of Health sul "sostegno alle donne nelle carriere biomediche" e sulle "opportunità di finanziamento per la salute delle donne" sono sparite. Gli sforzi per avvicinare le donne alla scienza e alla medicina, che sono stati compiuti decenni, sono stati vanificati.

All'interno della comunità scientifica federale degli Stati Uniti, non siamo fiduciosi.

In qualità di membri della comunità scientifica, medica e della salute pubblica, ci preoccupiamo per la nostra comunità globale poiché vediamo che le morti prevenibili si accumulano all'estero e negli Stati Uniti, soprattutto tra i più vulnerabili.

Il genocidio digitale annullerà decenni di progressi verso un'assistenza informata e appropriata e coloro che sono donne, non bianchi, poveri e che vivono negli stati repubblicani soffriranno in modo sproporzionato. Come ricercatori abbiamo parlato per chi non ha voce, e ora siamo imbavagliati.

I nostri amici e colleghi sono stati messi in congedo amministrativo e non sono in grado di partecipare a lavori salvavita. In che modo i leader possono prendere decisioni informate sulle prove se non ci sono prove? Quello che abbiamo vissuto nelle ultime settimane è come un lutto in famiglia. Siamo arrabbiati, scioccati e rattristati, ma non dobbiamo disperare: dobbiamo mantenere la linea.

Come possiamo lavorare all'interno di questo sistema notevolmente modificato per mantenere l'America in salute? Come possiamo prenderci cura di tutti gli americani di fronte al genocidio digitale? Dobbiamo onorare il nostro giuramento alla Costituzione e al grande esperimento che è l'America.

[Rabbia, disperazione e sfida da parte di una voce all'interno del sistema di ricerca federale degli Stati Uniti | Il BMJ](#)

L'OMS commenta l'annuncio degli Stati Uniti d'America di volersi ritirare

Ginevra – L'Organizzazione mondiale della sanità esprime rammarico per l'annuncio che gli Stati Uniti d'America intendono ritirarsi dall'Organizzazione.

L'OMS svolge un ruolo cruciale nella tutela della salute e della sicurezza delle popolazioni mondiali, compresi gli americani, affrontando le cause profonde delle malattie, rafforzando i sistemi sanitari e individuando, prevenendo e rispondendo alle emergenze sanitarie, tra cui le epidemie, spesso in luoghi pericolosi dove altri non possono andare.

Gli Stati Uniti sono stati un membro fondatore dell'OMS nel 1948 e hanno partecipato alla definizione e al governo del lavoro dell'OMS da allora, insieme ad altri 193 Stati membri, anche attraverso la loro partecipazione attiva all'Assemblea mondiale della sanità e al Consiglio esecutivo. Per oltre sette decenni, l'OMS e gli USA hanno salvato innumerevoli vite e protetto gli americani e tutte le persone dalle minacce per la salute. Insieme, abbiamo posto fine al vaiolo e insieme abbiamo portato la poliomielite sull'orlo dell'eradicazione. Le istituzioni americane hanno contribuito e tratto beneficio dall'appartenenza all'OMS.

Con la partecipazione degli Stati Uniti e di altri Stati membri, l'OMS ha implementato negli ultimi 7 anni il più grande insieme di riforme della sua storia, per trasformare la nostra responsabilità, l'efficacia dei costi e l'impatto nei paesi. Questo lavoro continua.

Ci auguriamo che gli Stati Uniti ci ripensino e non vediamo l'ora di avviare un dialogo costruttivo per mantenere la partnership tra gli USA e l'OMS, a vantaggio della salute e del benessere di milioni di persone in tutto il mondo.

Domani

Nel mondo di Trump e dei techbro: se la scienza è un'arma per fare soldi

[Francesco Suma](#)

Nella nuova era trumpiana, la space economy sarà favorita e si mira a smantellare la Ai Safety Institute. Ma con l'uscita dall'accordo di Parigi e dall'Oms e la minaccia dei tagli alla ricerca, si preannunciano tempi bui per il mondo della scienza.

Gli Stati Uniti sono uno di quei pochi paesi che dispongono di un ufficio dedicato a fornire al capo del potere esecutivo le più aggiornate e adeguate conoscenze scientifiche disponibili. Durante l'amministrazione Biden il direttore dell'Ostp (Office of Science and Technology Policy), pur essendo cambiato nel corso del mandato presidenziale, aveva un posto riservato nella ristretta cerchia dei consiglieri di gabinetto che assistono il presidente in tutte le sue decisioni.

Durante i due mandati di Barack Obama, il fisico John Holdren, a capo dell'Ostp, aveva contribuito a modellare le politiche climatiche degli Stati Uniti, che in quegli anni firmarono l'accordo di Parigi.

Ora si attende la riconferma a capo dell'Ostp di Michael Kratsios, che ha già occupato lo stesso ruolo durante la prima amministrazione Trump. In passato Kratsios ha lavorato al dipartimento della difesa, ma il suo è un trascorso da dirigente d'azienda più che da politico o scienziato: ha lavorato in ambito di intelligenza artificiale (Scale AI) e alla Thiel Capital, fondo di investimento del libertario conservatore Peter Thiel, che è stato fondatore di PayPal (vecchia conoscenza di Elon Musk), di Palantir, e tra i primi finanziatori del Facebook di Mark Zuckerberg.

Durante il primo governo Trump, Kratsios aveva supportato lo sviluppo dell'IA e delle tecnologie quantistiche, lavorando all'American AI Initiative e alla National Quantum Initiative. Il secondo governo Trump continuerà a sostenere questa linea, interpretando lo sviluppo di nuove tecnologie informatiche come una corsa agli armamenti da combattere soprattutto contro la Cina.

Anche Biden aveva supportato lo sviluppo di computer quantistici e IA, ma aveva anche firmato, nel 2023, un ordine esecutivo che difendeva uno sviluppo responsabile, etico ed equo dei sistemi basati sui big data, che possono altrimenti escludere e discriminare le minoranze.

Trump invece mira a smantellare l'AI Safety Institute creato da Biden, poiché ritiene questo genere di iniziative imposizioni della sinistra radicale che rallentano l'innovazione. Lo stesso pensa dei limiti alle emissioni di gas serra e delle sostanze inquinanti, tanto che ha già dichiarato guerra alle regolamentazioni dell'Epa, l'agenzia per la protezione dell'ambiente, andando contro a ogni evidenza scientifica sia in ambito ambientale, sia sanitario.

Anche la space economy godrà del favore generale della nuova amministrazione. Sebbene la Nasa sia in leggero ritardo sulla tabella di marcia della missione Artemis, che punta a tornare sulla luna (ma potrebbe riuscirci prima la Cina), Trump ha già rilanciato dichiarando di voler piantare per primo la bandiera a stelle e strisce su Marte, anche con l'aiuto di compagnie private come la SpaceX di Musk.

La Nasa è anche responsabile di programmi di monitoraggio della Terra e del suo sistema climatico, che invece potrebbero subire tagli. La stessa sorte potrebbe toccare alla National Oceanic and Atmospheric Administration, una delle fonti di dati su clima, oceani, terre emerse e meteo più importanti al mondo.

Se quindi c'è da attendersi un rinnovato sostegno alla ricerca che concorre alla transizione digitale, quella alla base della transizione ecologica ed energetica vivrà tempi duri sotto l'amministrazione Trump.

L'accordo di Parigi individua il grado e mezzo come soglia critica di riscaldamento da non superare, e il 2050 come data di arrivo, non per opportunità politica, ma sulla base delle conoscenze scientifiche disponibili, riassunte nei rapporti dell'Ipcc: se non si rispetteranno questi limiti entro questi tempi, i rischi e i costi del cambiamento climatico aumenteranno a dismisura.

L'uscita, per la seconda volta, degli Stati Uniti dall'accordo sul clima è il più plateale atto di negazionismo scientifico, ma non l'unico di questa amministrazione.

Con l'attivista anti-vaccini di lungo corso, Robert Kennedy jr, a capo del dipartimento della salute è atteso un riorientamento delle politiche sanitarie in favore del contrasto alle malattie croniche, come obesità, disturbi cardiovascolari, diabete, andando però a scapito della prevenzione e della ricerca sulle malattie infettive.

L'uscita degli Stati Uniti dall'Organizzazione mondiale della sanità poi espone tutti a un aumentato rischio epidemico: osservato speciale è il virus dell'influenza aviaria H5N1, che è già ampiamente diffuso tra gli allevamenti (specialmente intensivi) di bovini. A inizio gennaio diverse decine di persone risultavano infettate e una in Louisiana è deceduta a causa del virus, che però non si è adattato a diffondersi tra esseri umani.

Gli Stati Uniti inoltre erano tra i paesi che contribuivano maggiormente al budget dell'Oms, che ora rischia di veder depotenziata la propria missione globale.

Il dipartimento della salute gestisce un budget consistente che viene distribuito a diverse agenzie, quali la Fda (Food & Drug Administration, l'agenzia che approva i nuovi farmaci), l'NIH (National Institute of Health, tra i maggiori finanziatori della ricerca biomedica di base al mondo) e il Cdc (Center for Disease Control and Prevention, che ha coordinato la risposta alla pandemia da Covid 19).

Su tutte queste potrebbe abbattersi la scure di Elon Musk, a capo del nuovo dipartimento per l'efficiamento della spesa pubblica, che aveva promesso un taglio di 2.000 miliardi di dollari: l'obiettivo è ritenuto da molti irraggiungibile.

In un articolo ospitato sul Wall Street Journal lo scorso novembre, Musk aveva parlato di «burocrati non eletti» che pongono inutili regolamentazioni all'industria e che «rappresentano un rischio per la nostra repubblica». In questo calderone rientrano anche migliaia di ricercatori e scienziati sostenuti da fondi pubblici.

A rischio tagli è anche la Nsf (National Science Foundation), un'agenzia che sostiene la ricerca di base, ovvero quella non direttamente destinata ad applicazioni industriali o con immediati sbocchi commerciali. Il suo budget sarebbe dovuto raddoppiare in 5 anni, dopo l'adozione nel 2022 del Chips and Science Act di Biden. L'aumento di fondi, già contestato dai repubblicani alla Camera, ora è ancora più in discussione.

La comunità dei ricercatori inoltre vive di collaborazioni internazionali. Soprattutto quelle tra Stati Uniti e Cina, i due maggiori produttori di lavori scientifici al mondo, potrebbero tornare a vacillare: nel suo primo mandato, con la China Initiative, Trump aveva fatto arrestare alcuni ricercatori di origine cinese con l'accusa di spionaggio e reso difficile il lavoro ad altri su suolo statunitense.

Il programma era stato chiuso da Biden. «La ricerca e l'innovazione sono campi sovrapposti in cui gli Stati Uniti sono stati leader mondiali per generazioni», ha scritto Nature in un editoriale rivolto a Trump. «Il lavoro degli scienziati è alla base di salute e prosperità. Si consideri lo Human Genome Project: l'investimento di tre miliardi di dollari ha rivoluzionato la nostra comprensione delle malattie. Nel giro di un decennio dal completamento del progetto, ha aggiunto all'economia americana un valore stimato di 1.000 miliardi di dollari».

Se si prendono però per buone le parole pronunciate nel 2021 dal vice presidente J.D. Vance, secondo cui «le università sono il nemico» e culle di radicalismo, si capisce che la nuova amministrazione non vede questo legame tra innovazione, di cui vorrebbe essere leader mondiale, e ricerca. La scienza al più viene vista come un'arma per fare soldi e per imporsi sugli altri, come del resto pensano i tech bro multimiliardari, in prima fila all'inaugurazione di Trump.

www.editorialedomani.it/politica/mondo/nel-mondo-di-trump-e-dei-techbro-se-la-scienza-e-unarma-per-fare-soldi-g14hxui

Scenari del SSN

THE LANCET *Regional Health*
Europe

Questo diario Riviste Pubblicare Clinico Salute globale Multimedia Eventi Di

CORRISPONDENZA · Volume 51, 101251, Aprile 2025 · Accesso Libero

Scarica il numero completo

Catastrofe e impoverimento nel pagamento della sanità: il caso italiano

Antonello Maruotti ✉

Come discusso nell'editoriale di recente pubblicazione "Il sistema dati sanitari italiano è rotto", [1](#) il sistema sanitario nazionale italiano soffre da tempo di inefficienze radicate nelle disparità nell'equità di accesso e nella qualità delle cure.

Queste sfide derivano in gran parte dalla riforma del federalismo sanitario dei primi anni 2000, che ha concesso alle 20 regioni italiane una significativa autonomia per implementare politiche e tecnologie in modo

indipendente. Questa decentralizzazione ha creato un sistema frammentato con inefficienze e disparità pronunciate, imponendo un notevole onere economico alle famiglie italiane.

Per misurare le conseguenze di tali disparità e inefficienze, ci concentriamo sulle spese sanitarie out-of-pocket, in particolare sui pagamenti catastrofici e sulla spesa sanitaria impoverente. [2·3](#)

La spesa sanitaria è considerata catastrofica quando rappresenta il 20% o più della capacità di spesa di una famiglia, ovvero le risorse finanziarie a disposizione di una famiglia dopo aver tenuto conto delle spese essenziali per vivere.

Secondo i dati raccolti dall'Istituto nazionale di statistica italiano, 1,4 milioni di famiglie, ovvero il 5,4% del totale, subiscono pagamenti sanitari catastrofici. Inoltre, circa 521.000 famiglie (il 2% delle famiglie non povere) sono a rischio di impoverimento della spesa sanitaria.

Queste statistiche sono in contrasto con i principi guida del servizio sanitario nazionale italiano: universalità, equità e solidarietà. La Costituzione italiana (art. 32) tutela esplicitamente la salute come diritto fondamentale e garantisce assistenza medica gratuita per gli indigenti. Tuttavia, il sistema attuale è significativamente lontano da questi ideali.

Le disparità regionali aggravano ulteriormente il problema. Le regioni meridionali e le isole rappresentano il 57% delle famiglie a rischio di impoverimento della spesa sanitaria.

Ciò significa che circa 300.000 famiglie in queste aree sono spinte in povertà a causa dei costi sanitari, il che significa che scendono al di sotto della soglia di povertà relativa dopo aver contabilizzato i pagamenti sanitari, aggravando gli 1,7 milioni di famiglie già classificate come povere, con un evidente e pericoloso trend crescente nell'ultimo decennio. Un riepilogo grafico dei pagamenti catastrofici regionali e dell'impoverimento della spesa sanitaria è presentato nella [Figura 1](#).

I risultati nella [Figura 1](#) si basano su un'analisi ad hoc dei microdati dell'Indagine sui consumi delle famiglie, forniti dall'Istituto nazionale di statistica italiano.

Quali sono, allora, le famiglie più gravate dai costi sanitari e che rischiano di impoverirsi? Famiglie con figli minorenni e con persone a carico over 75, segno, se ancora ce ne fosse bisogno, della necessità che queste famiglie si dotino di strumenti di sostegno economico e assistenziale.

E poi famiglie in cui il capofamiglia è una donna, con un basso titolo di studio e un lavoro modesto, lavoratrici, famiglie che già ogni giorno faticano ad arrivare a fine mese per i consumi mensili. [4](#)

Nel breve termine, l'assicurazione sanitaria privata potrebbe fornire uno strumento pratico per mitigare le spese vive.

Mentre l'assicurazione sanitaria volontaria rappresenta attualmente una piccola quota della spesa sanitaria totale in Italia, ha guadagnato terreno nelle discussioni politiche come mezzo per garantire la sostenibilità finanziaria del sistema sanitario italiano.

Nel lungo termine, il rischio di un calo degli investimenti pubblici nell'assistenza sanitaria potrebbe diventare realtà, sollevando preoccupazioni circa l'aumento delle disuguaglianze legate al reddito nell'accesso alle cure, aggravando ulteriormente le disparità economiche e sociali tra le regioni del nord e del sud.

Un graduale passaggio alla privatizzazione potrebbe limitare ulteriormente l'accesso per gli individui senza assicurazione sanitaria volontaria, minando i principi fondamentali del sistema sanitario italiano.

I decisori politici devono decidere se sostenere questi principi o adottare un approccio più orientato al mercato. Se si sceglie quest'ultima strada, il governo italiano deve garantire che siano in atto meccanismi per mitigare le disuguaglianze e proteggere le popolazioni vulnerabili.

In conclusione, il sistema sanitario italiano è innegabilmente in crisi.

Le disparità regionali, le spese sanitarie catastrofiche e i rischi posti dalla privatizzazione sottolineano l'urgenza di ripensare il sistema sanitario italiano.

I decisori politici devono dare priorità ai cambiamenti sistemici che affrontino sia le sfide finanziarie che quelle strutturali che il sistema sanitario deve affrontare.

Solo attraverso un impegno per l'equità, la solidarietà e l'innovazione l'Italia può sperare di fornire un'assistenza equa ed efficiente in presenza di una sfida imminente come l'invecchiamento della popolazione.

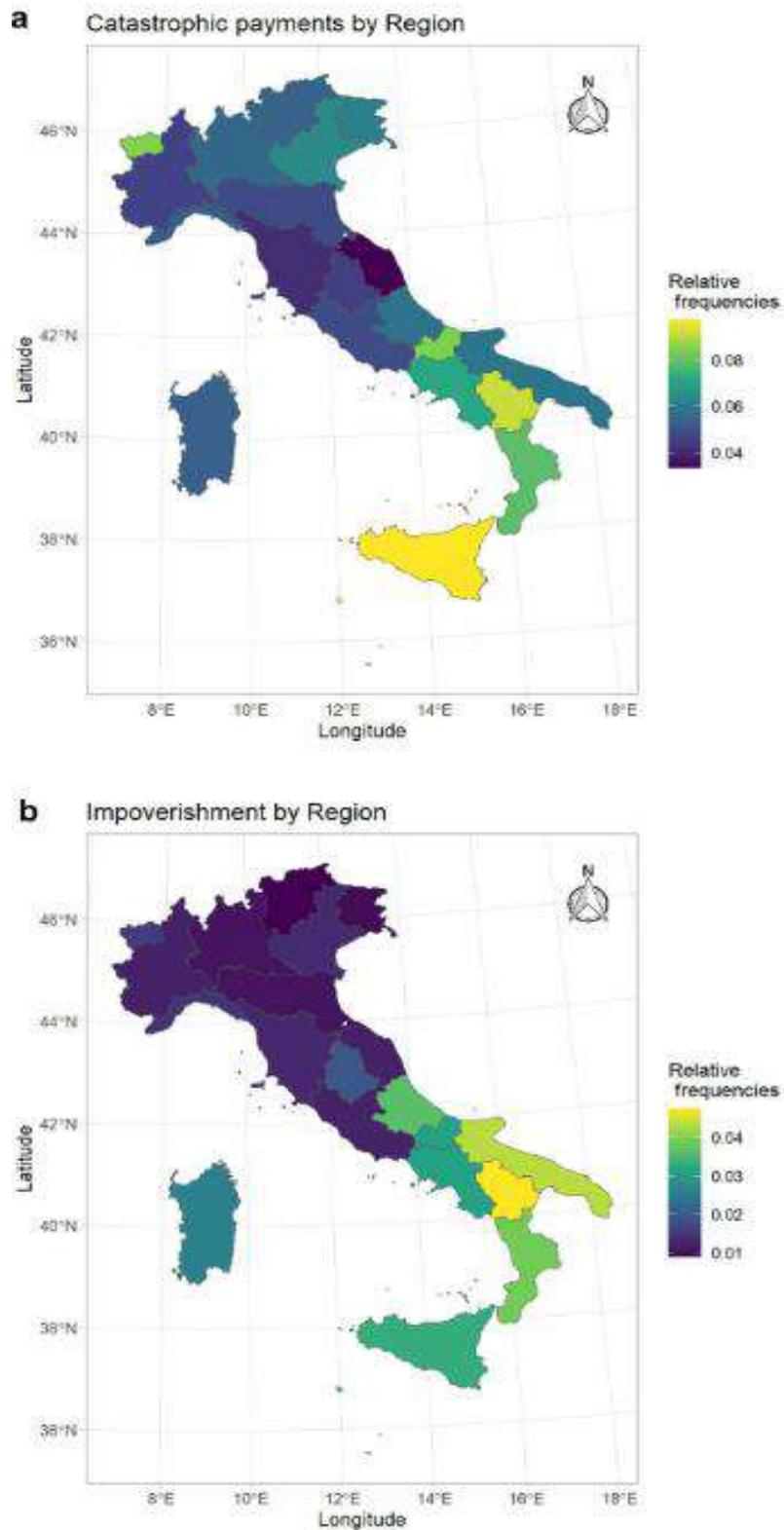


Fig. 1 Pagamenti catastrofici regionali e impoverimento della spesa sanitaria. La nostra elaborazione sui dati dell'Istituto nazionale di statistica italiano - Indagine sui consumi delle famiglie. (a) Frequenze relative delle famiglie che affrontano pagamenti catastrofici. (b) Frequenze relative delle famiglie che affrontano impoverimento della spesa sanitaria.

[https://www.thelancet.com/journals/lanep/article/PIIS2666-7762\(25\)00043-2/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lanep/article/PIIS2666-7762(25)00043-2/fulltext)

Anche la professione medica ospedaliera italiana è in crisi

Sebastiano Buti^{a, b} Giuseppe Fornarini

Abbiamo letto con interesse il suo editoriale, *“Il sistema di dati sanitari italiano è rotto”*, pubblicato su *The Lancet Regional Health—Europe*. [1](#)

Purtroppo, dobbiamo aggiungere che anche la professione medica ospedaliera in Italia è in uno stato di profonda crisi. La professione è diventata sempre meno attraente, come dimostra il calo significativo delle iscrizioni di studenti in alcune specialità mediche. Ad esempio, in Medicina d'urgenza, solo il 30% (304 contratti) delle 1020 posizioni offerte è stato coperto nel 2024, [2](#) evidenziando una tendenza preoccupante che minaccia il futuro dei servizi sanitari essenziali. I medici italiani affrontano carichi di lavoro eccessivi, sopportando turni massacranti e lavorando spesso straordinari, sacrificando i giorni di ferie a causa della persistente carenza di personale.

Uno studio di Anaa Assomed ha documentato come molti medici rinuncino ai loro permessi per compensare la mancanza di personale, esacerbando ulteriormente lo stress e il burnout. [2](#)

L'ambiente di lavoro sta inoltre diventando sempre più pericoloso a causa della crescente incidenza di aggressioni verso gli operatori sanitari. I rapporti indicano un numero crescente di aggressioni sia fisiche che verbali ogni anno, contribuendo a un senso di insicurezza tra il personale medico e scoraggiando ulteriormente i giovani professionisti dall'entrare nel settore. [3](#)

A complicare ulteriormente queste sfide, i medici ospedalieri italiani sono tra i meno pagati in Europa, guadagnando notevolmente meno dei loro colleghi in paesi come Paesi Bassi, Belgio, Danimarca, Francia, Svezia, Austria o Germania. [4](#)

Questa disparità finanziaria è uno dei fattori che spinge i medici italiani a cercare lavoro all'estero, rendendo la professione ancora meno attraente in patria. L'esercizio della professione medica in Italia comporta spesso la paura di azioni legali, accompagnate da elevati costi associati.

Questo clima contenzioso aggiunge stress e scoraggia ulteriormente gli individui dall'intraprendere la professione. Ogni anno in Italia vengono intentate 35.600 nuove cause legali, mentre 300.000 giacciono nei tribunali contro medici e strutture sanitarie pubbliche.

Ma nel 97% dei casi (in ambito penale) si concludono con una nullità e un'assoluzione, ma con costi giganteschi per le casse dello Stato [5](#) e con un notevole tributo psicologico per i medici.

Oltre a queste difficoltà, i dottori sono sempre più oberati di compiti amministrativi, come la pianificazione degli appuntamenti per i pazienti, il completamento di una lunga documentazione per gli esami diagnostici e la navigazione in sistemi informatici non interoperabili.

In alcuni casi, ai dottori viene persino richiesto di compilare e firmare permessi per i pazienti per entrare in ospedale in auto, un compito amministrativo completamente estraneo alle loro responsabilità professionali. Inoltre, alcune specializzazioni, come l'oncologia (come noi) o le cure palliative per i pazienti terminali, comportano un notevole stress fisico e psicologico, ma non sono ufficialmente riconosciute come professioni ardue dallo Stato. Il rischio di burnout è elevato a causa della compassion fatigue, della costante esposizione alla sofferenza, dei pesanti oneri amministrativi, dei vincoli finanziari e del cattivo equilibrio tra lavoro e vita privata. Per coloro che sono coinvolti nella ricerca e nel mondo accademico, l'eccessiva burocrazia complica ulteriormente la loro capacità di impegnarsi in studi scientifici.

Medici, professori universitari e ricercatori devono ora possedere competenze amministrative e contabili oltre alle loro conoscenze mediche.

Riteniamo che queste problematiche richiedano un'attenzione urgente per ripristinare la dignità e l'attrattività della professione medica in Italia.

[https://www.thelancet.com/journals/lanep/article/PIIS2666-7762\(25\)00046-8/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lanep/article/PIIS2666-7762(25)00046-8/fulltext)

THE LANCET *Regional Health*
Europe

Questo diario · Riviste · Pubblicare · Clinico · Salute globale · Multimedia · Eventi · Di

CORRISPONDENZA · Volume 51, 101255, Aprile 2025 · Accesso Libero · Scarica il numero completo

La forza e la resilienza del sistema dati sanitari italiano

Alessandro Perrella · Massimo Bisogno

Abbiamo letto con estremo interesse il vostro editoriale, *"Il sistema dati sanitari italiano è rotto"* [1](#) e lodiamo i vostri sforzi per far luce sulle sfide che l'infrastruttura dati sanitari italiana deve affrontare.

Tuttavia, riteniamo che l'analisi sottovaluti i progressi compiuti finora e trascuri i principali successi regionali che evidenziano il potenziale dei sistemi di cartelle cliniche elettroniche (EHR) italiani.

Mentre la frammentazione regionale pone delle sfide, l'editoriale non riesce a riconoscere gli sforzi significativi compiuti nello sviluppo del Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE), che è attualmente competitivo anche a livello europeo. [2](#)

Supportato dall'Infrastruttura nazionale per l'interoperabilità (INI), questo sistema è stato progettato per facilitare la condivisione sicura dei dati tra le regioni. [2](#)

L'uso dei big data in sanità è ulteriormente avanzato attraverso iniziative come il Piano nazionale di ripresa e resilienza (PNRR), che ha stanziato 15,63 miliardi di euro per l'assistenza sanitaria, inclusa la digitalizzazione. [1](#)

Questi sviluppi evidenziano l'impegno dell'Italia a sfruttare le EHR per un'erogazione sanitaria integrata ed equa.

In particolare, a seguito della pandemia e dei successivi investimenti del PNRR, abbiamo assistito a una significativa accelerazione del processo di digitalizzazione in più regioni, con l'assistenza sanitaria che emerge come uno dei settori più colpiti.

Un esempio lampante è la piattaforma SInfonia della Campania (<https://sinfonia.soresa.it/sinfonia/>), che mostra, dalla pandemia di COVID19, come un sistema regionale possa migliorare i risultati dell'assistenza sanitaria attraverso una gestione dei dati integrata su larga scala e una modellazione predittiva che collega con successo ospedali, medici di base e strutture ambulatoriali, semplificando l'assistenza ai pazienti. [3](#)

Oltre alla Campania, anche la Lombardia ha sviluppato un sistema avanzato di scambio di informazioni sanitarie, ottimizzando l'allocatione delle risorse. [4](#)

Allo stesso modo, l'Emilia-Romagna ha compiuto notevoli progressi nella salute digitale implementando meccanismi di condivisione dei dati che consentono un processo decisionale in tempo reale (<https://digitale.regione.emilia-romagna.it>).

La Regione Veneto ha dimostrato un'efficace condivisione dei dati inter-organizzativa per la risposta alle emergenze e la pianificazione della salute pubblica attraverso Azienda Zero Veneto (<https://www.azero.veneto.it/en/home>), in particolare durante la crisi del COVID-19. In effetti, l'attuale passaggio critico verso un'integrazione a livello nazionale comporta l'adozione di framework di interoperabilità standardizzati per governarli tutti.

Gli standard Health Level Seven (HL7), in particolare le Fast Healthcare Interoperability Resources (FHIR), fungono da ponti efficaci per unificare sistemi di dati eterogenei.

L7 fornisce un set di standard internazionali per lo scambio, l'integrazione, la condivisione e il recupero di informazioni sanitarie elettroniche, facilitando una comunicazione fluida tra diversi sistemi sanitari.

Inoltre, la Clinical Document Architecture (CDA) svolge un ruolo cruciale nella standardizzazione dello scambio di documenti sanitari. [5](#)

Questi approcci saranno cruciali per garantire il successo di un'infrastruttura nazionale di dati sanitari realmente interoperabile ed efficace, in linea con le procedure AGENAS (<https://www.agenas.gov.it/>).

In questa prospettiva, mentre *l'autonomia differenziata* mira a garantire alle regioni una maggiore autonomia legislativa, rischia di esacerbare le disparità nell'accesso all'assistenza sanitaria e nell'integrazione dei dati piuttosto che promuovere un sistema nazionale coeso.

Certamente, l'Italia dovrebbe ora concentrarsi sull'armonizzazione dei sistemi esistenti in base a politiche centralizzate con un appropriato coordinamento delle politiche e adattamento tecnologico. [5](#) Infatti, mentre le sfide persistono, le soluzioni sono già in fase di implementazione a livello regionale, come dimostra il successo di SINfonia, Azienda zero e le altre iniziative regionali. [3](#) [4](#)

La sfida principale rimane quella di garantire strutture di governance solide che applichino l'interoperabilità e l'accesso equo. Il progresso della salute digitale in Italia non dovrebbe essere trascurato.

Sfruttare i successi regionali, standardizzare l'interoperabilità e adottare le migliori pratiche posizionerà l'Italia come leader nell'integrazione dei dati sanitari, migliorando l'assistenza e l'equità a livello nazionale.

[https://www.thelancet.com/journals/lanep/article/PIIS2666-7762\(25\)00047-X/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lanep/article/PIIS2666-7762(25)00047-X/fulltext)



Ognuno per sé

Il primo mese di presidenza di Trump è stato uno spettacolo pirotecnico di decretazione interna, iniziative in politica estera e soprattutto proposte fantasiose e parole insensate. I dazi ai vicini, imposti e cancellati in 24 ore; quegli ai paesi amici, branditi come una clava; le rivendicazioni territoriali su Groenlandia e Panama; le pressioni sul Canada affinché entri negli Stati Uniti; la ridenominazione del Golfo del Messico (non ridete: a beneficio degli utenti americani Google ha già provveduto a mettere sulle mappe il nuovo nome); l'idea di deportare altrove gli abitanti di Gaza per fare di quel luogo la perla turistica del Mediterraneo (nemmeno Netanyahu aveva mai osato pensarlo) e infine gli insulti a Zelenskyy, conditi con l'accusa di avere scatenato lui la guerra contro la Russia. Per i trumpiani e i putiniani d'Italia un'autentica festa

di Giovanni Monchiero, Vicedirettore Panorama della Sanità

Ma non voglio parlare di politica. Sono stordito dalle parole. Siamo di fronte ad una variante della favola di Fedro: l'agnello non viene sbranato, ma il pastore, giunto in suo soccorso, prima lo irride, poi lo rimprovera: perché hai morso il lupo?

La politica prevede che – per opportunismo o per viltà – ci si possa schierare con l'aggressore. Ma se invertiamo i ruoli, diventa difficile persino parlarne. L'avidità, la ferocia, il predominio, la conquista e, appunto, la viltà, appartengono alla storia dell'uomo. Lo stravolgimento della parola è, invece, problema specifico del nostro tempo.

Sono nato in un mondo in cui i contratti si stipulavano sulla parola. Superflua persino la stretta di mano. **Nel breve volgere di una vita, la parola ha smarrito il significato di impegno e sta perdendo anche quello di strumento del comunicare.**

Le tecnologie hanno accelerato il fenomeno che ha radici più profonde. Lo smarrimento seguito alle due guerre mondiali, il rifiuto del sacro, la caduta delle ideologie politiche, hanno portato a teorizzare che non esiste nessuna verità. Ognuno ha la sua.

L'uomo è la misura di tutte le cose – aveva già detto Anassagora duemila cinquecento anni fa. Ma per lui l'uomo rappresentava l'umanità intera, nel suo tentativo di comprendere il reale. Per noi, l'uomo è il singolo nell'esercizio della sua libertà. Non esiste il bene e il male, il giusto e l'ingiusto, il vero e il falso: ognuno è libero di pensarla come vuole. **La libertà di tutti contro tutti trasferisce la logica dell'egoismo persino ai campi del sapere.**

Tutto ciò ha evidenti implicazioni nella vita sociale e politica. Se non siamo in grado di definire il bene, nessuno potrà orientarsi nella ricerca del bene comune. **Gli slogan atti a sedurre la maggioranza dell'opinione pubblica sono rappresentazione plastica dell'egoismo:** degli individui, all'interno della comunità locale; delle categorie economiche e dei gruppi sociali organizzati, all'interno dello stato; dei singoli stati, all'interno degli organismi sovranazionali. Parlo naturalmente dei paesi democratici, altrove non è consentito esercitare appieno la libertà.

Mi è caduta sotto gli occhi una frase di Sophia Rosenfeld, storica americana, che propongo alla nostra riflessione: *La retorica del diritto di scelta indebolisce la nostra capacità di prendere decisioni collettive nell'interesse generale.* **Ecco il punto di contatto fra il pensiero individualista e la politica: l'incapacità di perseguire il bene comune.**

Parafrasando antica saggezza, potremmo dire: ognuno per sé e nessuno per tutti.

[https://panoramadellasanita.it/site/ognuno-per-se/?ct=t\(EMAIL_CAMPAIGN_2_14_2025_10_31_COPY_01\)](https://panoramadellasanita.it/site/ognuno-per-se/?ct=t(EMAIL_CAMPAIGN_2_14_2025_10_31_COPY_01))



Indice

EXECUTIVE SUMMARY E RACCOMANDAZIONI	9
SEZIONE 1 - <i>A cura di italiadecide</i>	
INNOVAZIONE E FIDUCIA PER UNA SANITÀ MIGLIORE	15
<hr/>	
PARTE PRIMA	
UN MIGLIOR RAPPORTO TRA PUBBLICO-PRIVATO PER UN MIGLIORE SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE. QUALE POLITICA DEL PERSONALE	16
INTRODUZIONE	17
1. - LA CRISI DEL SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE ITALIANO	19
2. - IL SOTTOFINANZIAMENTO DELLA SANITÀ IN ITALIA	23
3. - LA <i>SPENDING REVIEW</i> SANITARIA	25
4. - LA CARENZA DI PERSONALE SANITARIO: CONSIDERAZIONI GENERALI	27
4.1. - La carenza dei medici dipendenti nelle strutture pubbliche: le molte facce di una crisi annunciata	27
4.2. - La carenza dei medici di medicina generale	31
4.3. - La carenza degli infermieri	31
4.4. - Una variabile difficile da quantificare: la perdita del senso di appartenenza dei professionisti al Servizio sanitario nazionale	33
5. - IL RAPPORTO PUBBLICO-PRIVATO OGGI: CONSIDERAZIONI GENERALI	35
5.1. - Il cosiddetto secondo pilastro	36
5.2. - La sanità privata accreditata e contrattualizzata	38
5.3. - Un focus sulle case di cura private multispecialistiche	40
5.4. - La presenza del privato migliora o peggiora il Servizio sanitario nazionale?	42
5.5. - Una sintesi ragionata delle criticità che legano la politica del personale e il rapporto pubblico-privato nel Servizio sanitario nazionale	42
6. - COME RENDERE IL SISTEMA SANITARIO PIÙ SOSTENIBILE	45
6.1. - Quale politica del personale	46
6.2. - Quale rapporto pubblico-privato	47
7. - CONCLUSIONI	49
BIBLIOGRAFIA	50

PARTE SECONDA	
SANITÀ DIGITALE PER MIGLIORARE I SERVIZI AL CITTADINO	52
1. - IL QUADRO DI RIFERIMENTO EUROPEO IN MATERIA DI DIGITALIZZAZIONE E UTILIZZO DEI DATI SANITARI	53
1.1. - La digitalizzazione in Europa	53
1.2. - La strategia europea dei dati tra diritti fondamentali e innovazione	55
1.3. - Data Governance Act e Data Act	57
1.4. - European Health Data Space	58
2. - LA TRANSIZIONE DIGITALE E LA SANITÀ: GLI OBIETTIVI DEL PNRR	59
2.1. - L'Italia digitale e la sanità	59
2.2. - Il Fascicolo sanitario elettronico	60
2.3. - Sviluppo della telemedicina e forme di collaborazione pubblico-privato	61
2.4. - La sanità di prossimità nel Dm 77/2022 e il ruolo del modello digitale	62
3. - IL VALORE DEI DATI SANITARI TRA OPPORTUNITÀ E PROBLEMI APERTI	65
3.1. - L'impatto dei dati elettronici sulla salute delle persone	65
3.2. - Dati sanitari e <i>cybersecurity</i>	66
3.3. - Assicurazioni degli utenti e Digital Health: la <i>Data-Driven Insurance</i> e analisi predittiva del rischio	67
3.4. - La Costituzione, il diritto alla salute, la ricerca scientifica nell'era digitale	68
4. - QUALI PROPOSTE PER LO SVILUPPO DELLA SANITÀ DIGITALE	71
4.1. - Conoscenza del digitale tra i cittadini	71
4.2. - Competenze Stem nella Pubblica Amministrazione, formazione professionale	71
4.3. - Analisi dei dati e privacy	72
4.4. - Competenze costituzionali ed esigenze di governo unitario della sanità digitale	74
BIBLIOGRAFIA	75

SEZIONE 2 - A cura del Censis	
LA FILIERA DELLA SALUTE E LA SOLIDARIETÀ SOCIALE	79
<hr/>	
PREMESSA	81
1. - LE DINAMICHE DI CONTESTO DELLE FILIERE DELLA SALUTE	83
1.1. - La transizione demografica e l'invecchiamento della società	83
1.2. - Le lunghe derive della disabilità e della non autosufficienza	87
1.3. - Le principali variabili nel confronto internazionale sulla sanità	92
1.4. - Le variabili strutturali del settore non profit	98
2. - TRA REGOLAZIONE E GARANZIE DEI DIRITTI FONDAMENTALI	105
2.1. - Le dinamiche e le disuguaglianze territoriali	105
2.2. - Nuove e antiche disuguaglianze nell'accesso alle cure sanitarie	109
3. - IL RISCHIO DI INTRECCIO TRA SALUTE E POVERTÀ	119
3.1. - La tutela della salute come perno dell'inclusione sociale	119
3.2. - Cosa ci ha insegnato la pandemia globale da Covid-19	121
3.3. - Una domanda di salute che cerca assicurazione	126
3.4. - Un nuovo punto di equilibrio fra domanda e offerta di salute	130
4. - LA SOLIDARIETÀ COLLETTIVA, ARGINE ALLA FRAGILITÀ DEL SISTEMA SANITARIO	133
4.1. - Le organizzazioni non profit e i servizi per la salute	133
4.2. - Le filiere sanitarie e le strategie di <i>impact investing</i>	136
4.3. - Vantaggi e ritardi del settore non profit per la salute	139
4.4. - Servizi legali, finanziari e amministrativi: quali vie per maturare?	143
5. - CONCLUSIONI E PROPOSTE: LA FILIERA DELLA SALUTE COME ECOSISTEMA	147

<https://group.intesasanpaolo.com/it/newsroom/tutte-le-news/news/2024/ricerca-il-sistema-della-salute-in-italia>



I testi contenuti in questo e-book sono fruibili in formato audio-video sulla piattaforma NuoviEquilibri.

La piattaforma e le prime parole della Scuola per la giustizia sociale e ambientale sono state realizzate grazie al sostegno di



Fondazione
Compagnia
di San Paolo



INDICE

01

NOTA INTRODUTTIVA

Perché (ri)partire da le parole?
Come usarle? pag 7

2

PAROLE PRIMARIE DI DEMOCRAZIA, GIUSTIZIA SOCIALE E SVILUPPO

Uguaglianza di opportunità,
di ELENA GRANAGLIA pag 10

Capitalismo,
di UGO PAGANO pag 15

Ricchezza Privata,
di SALVATORE MORELLI pag 21

Genere,
di SILVIA VACCARO pag 27

Immigrazione,
di MARCO DE PONTE pag 33

Mutualismo,
di ELISA SERMARINI pag 39

Arte e Senso Comune,
di FABRIZIO BARCA
e ALESSIA ZABATINO pag 45

03

METODO DELL'AZIONE COLLETTIVA E PUBBLICA

Cittadinanza attiva e
partecipazione,
di SABINA DE LUCA
e FRANCESCA MOCCIA pag 51

Cooperazione,
di ANDREA MORNIROLI
ed MARIA LUISA PARMIGIANI pag 57

04

CONOSCENZA PER TUTTE/I

Salute bene comune,
di MASSIMO FLORIO pag 64

Big Data,
di GIULIO DE PETRA pag 70

05

SERVIZI A MISURA DEI LUOGHI PER CONTRASTARE OGNI SUBALTERNITÀ

Politiche sensibili alle persone
nei luoghi,
di GIOVANNI CARROSI pag 79

Intrapresa sociale,
di PAOLO FELICE pag 84

06

POTERE E LIBERTÀ ALLE/AI GIOVANI

Patti educativi,
di SIMONA ROTONDI pag 91

Eredità universale,
di SALVATORE MORELLI pag 97

07

TRASFORMAZIONE ECOLOGICA GIUSTA

Transizione ecologica giusta,
di VITTORIO COGLIATI DEZZA pag 104

Innovazione verde e giustizia
sociale, di ANGELICA SBARDILLA
e MARIA ENRICA VIRGILITO pag 110

Welfare energetico climatico,
di GIOVANNI CARROSI
e VITTORIO COGLIATI DEZZA pag 117

08

UNA SCOSSA ALLA MACCHINA PUBBLICA

Monitoraggio e trasparenza,
di ETTORE DI CESARE pag 124

Rinnovare la PA,
di CARLO MOCHI SIMONDI pag 130



[Home](#) > [*APPROFONDIMENTI*](#) >

I primi dati sugli infortuni del 2024 e i dati provvisori sulle malattie professionali (2023-2024)

I primi dati sugli infortuni del 2024 e i dati provvisori sulle malattie professionali (2023-2024)

Di **Gabriella Galli** / 17 Febbraio 2025 / [*APPROFONDIMENTI*](#), [AUTORITÀ E ENTI PUBBLICI](#), [FOCUS](#), [INAIL](#), [RICERCHE](#), [RISCHI](#)

ISSN 2035-5645

DATI **INAIL**

e-mail: opras@federlazio.it

web: www.repertoriosalute.it

COMUNICATO STAMPA

MIGRAZIONE SANITARIA: NEL 2022 SFONDATO IL TETTO DEI € 5 MILIARDI.

**SI AGGRAVA LO SQUILIBRIO NORD-SUD: LOMBARDIA,
EMILIA-ROMAGNA E VENETO INCASSANO IL 94,1% DEL SALDO ATTIVO,
MENTRE IL 78,8% DEL SALDO PASSIVO GRAVA SUL CENTRO-SUD.
IL 54,4% DELLE PRESTAZIONI EROGATE FUORI REGIONE VA AL PRIVATO
ACCREDITATO**

12 febbraio 2025 - Fondazione GIMBE, Bologna

Nel 2022 la migrazione sanitaria fra regioni italiane ha conosciuto una forte accelerazione, sfondando il tetto dei 5 miliardi di euro di valore. In sole tre regioni del Nord - Lombardia, Emilia Romagna e Veneto - si concentra circa il 94% del saldo attivo del SSN, mentre il 78,8% del saldo passivo grava sul Centro-Sud. Il 54,4% delle prestazioni fuori Regione va al privato accreditato. E' quanto emerge in sintesi dal rapporto della Fondazione GIMBE sulla mobilità sanitaria.

Il report, che si basa su tre fonti dati - dati economici aggregati dal Riparto 2024, flussi dei Modelli M trasmessi dalle Regioni al Ministero della Salute e dati del Report Agenas su ricoveri e specialistica ambulatoriale - segnala che la mobilità sanitaria interregionale, nel 2022, ha raggiunto la cifra record di 5,04 miliardi, il livello più alto mai registrato e superiore del 18,6% a quello del 2021 (4,25 miliardi). Parallelamente si registra un peggioramento dello squilibrio tra Nord e Sud, con un flusso enorme di pazienti e di risorse economiche in uscita dal Mezzogiorno verso il ricco Nord Italia.

"Questi numeri certificano che la mobilità sanitaria non è più una libera scelta del cittadino, ma una necessità imposta dalle profonde diseguaglianze nell'offerta dei servizi sanitari regionali", afferma Nino Cartabellotta, Presidente della Fondazione GIMBE, aggiungendo "sempre più persone sono costrette a spostarsi per ricevere cure adeguate, con costi economici, psicologici e sociali insostenibili".

La dimensione degli squilibri

Lombardia, Emilia-Romagna e Veneto raccolgono da sole il 94,1% del saldo attivo della mobilità sanitaria, ovvero la differenza tra risorse ricevute per curare pazienti provenienti da altre Regioni e quelle versate per i propri cittadini che si sono spostati altrove. A pagare il prezzo più alto sono Abruzzo, Calabria, Campania, Sicilia, Lazio e Puglia, che insieme rappresentano il 78,8% del saldo passivo.

Regioni "attrattive" e pazienti "in fuga"

La mobilità attiva, ovvero l'attrazione di pazienti da altre Regioni, si concentra per oltre la metà in Lombardia (22,8%), Emilia-Romagna (17,1%) e Veneto (10,7%), seguite da Lazio (8,6%), Piemonte (6,1%) e Toscana (6,0%). Sul fronte opposto, a generare i maggiori debiti per cure ricevute dai propri residenti in altre Regioni, sono Lazio (11,8%), Campania (9,6%) e Lombardia (8,9%), che da sole rappresentano quasi un terzo della mobilità passiva, con un esborso superiore ai 400 milioni di euro ciascuna. Seguono Puglia, Calabria e Sicilia, che nel 2022 hanno visto il proprio saldo negativo aggravarsi ulteriormente, superando i 300 milioni di euro rispetto al 2021.

I saldi regionali

UN saldo positivo rilevante viene evidenziato da Lombardia (623,6 milioni), Emilia-Romagna (525,4 milioni) e Veneto (198,2 milioni), che diventa moderato in Toscana (49,3 milioni) e Molise (26,4 milioni). Al contrario, evidenziano un saldo negativo rilevante Abruzzo (-104,1 milioni), Lazio (-193,4 milioni), Puglia (-230,2 milioni), Sicilia (-241,8 milioni), Calabria (-304,8) e Campania (-308,4 milioni) e moderatamente negativo Umbria (-36,6 milioni), Marche (-53,7 milioni), Liguria (-74,6 milioni), Basilicata (-80,8 milioni) e Sardegna (-96,3 milioni).

Figura 1. Crediti per mobilità sanitaria attiva: anno 2022

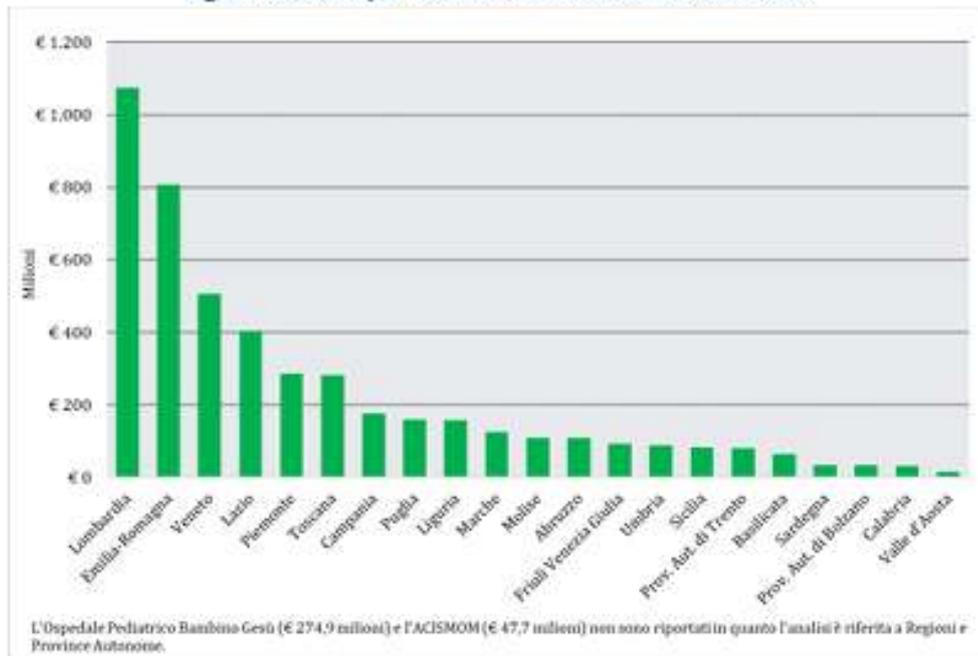


Figura 2. Debiti per mobilità sanitaria passiva: anno 2022

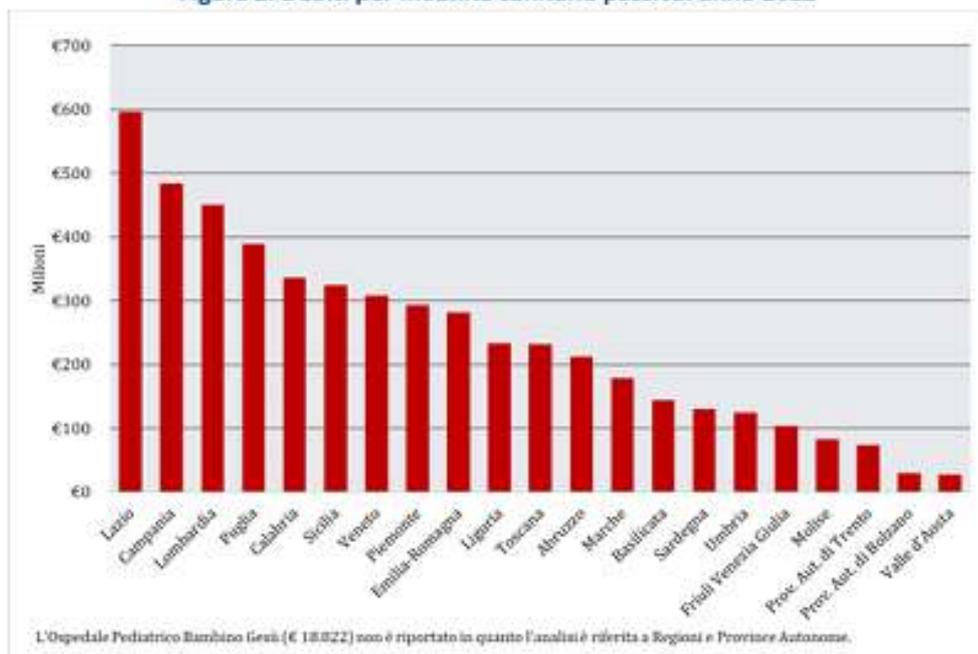


Figura 3. Categorie saldi mobilità sanitaria 2022

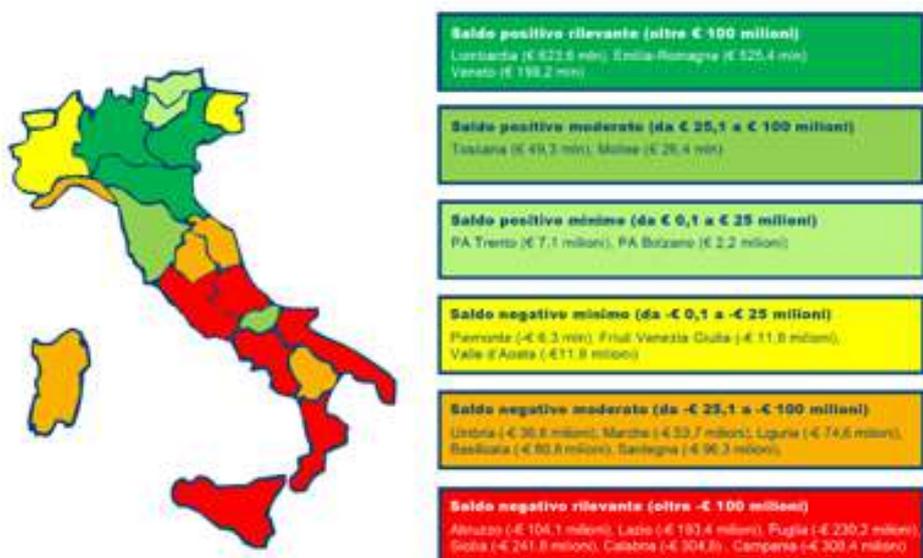


Figura 4. Valore percentuale della mobilità sanitaria 2022 erogata da strutture private accreditate: ricoveri (ordinari e day hospital) e specialistica ambulatoriale

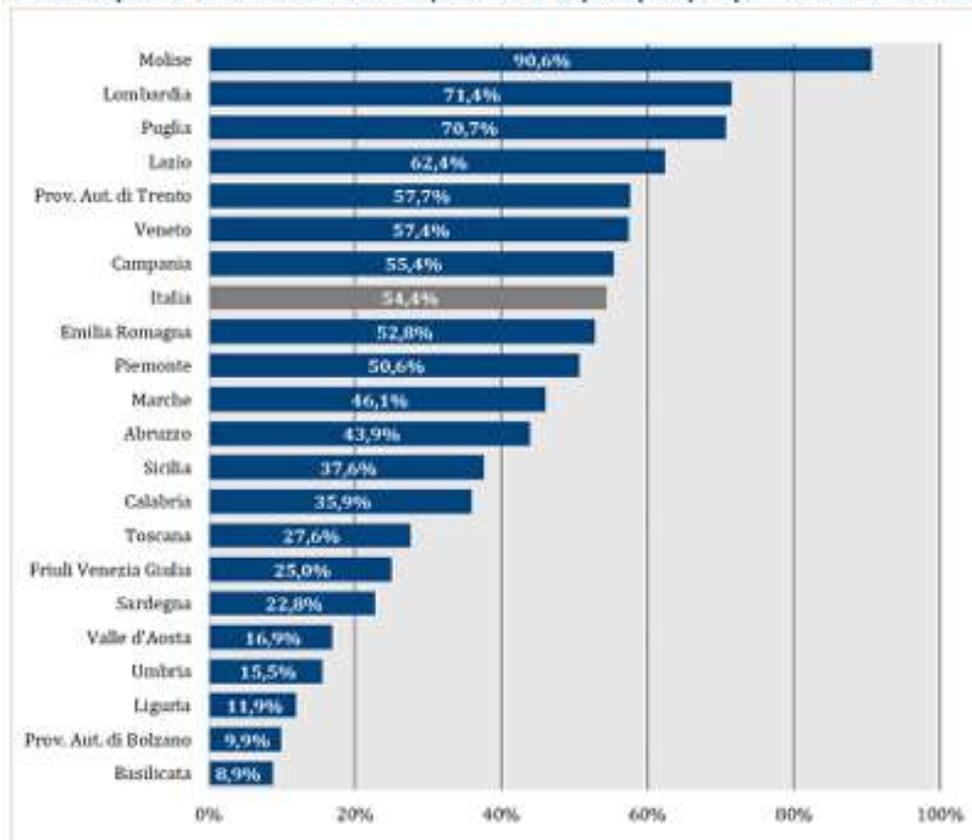


Figura 5. Mobilità sanitaria effettiva per ricoveri in relazione alla complessità del DRG (dati Agenas, 2022)

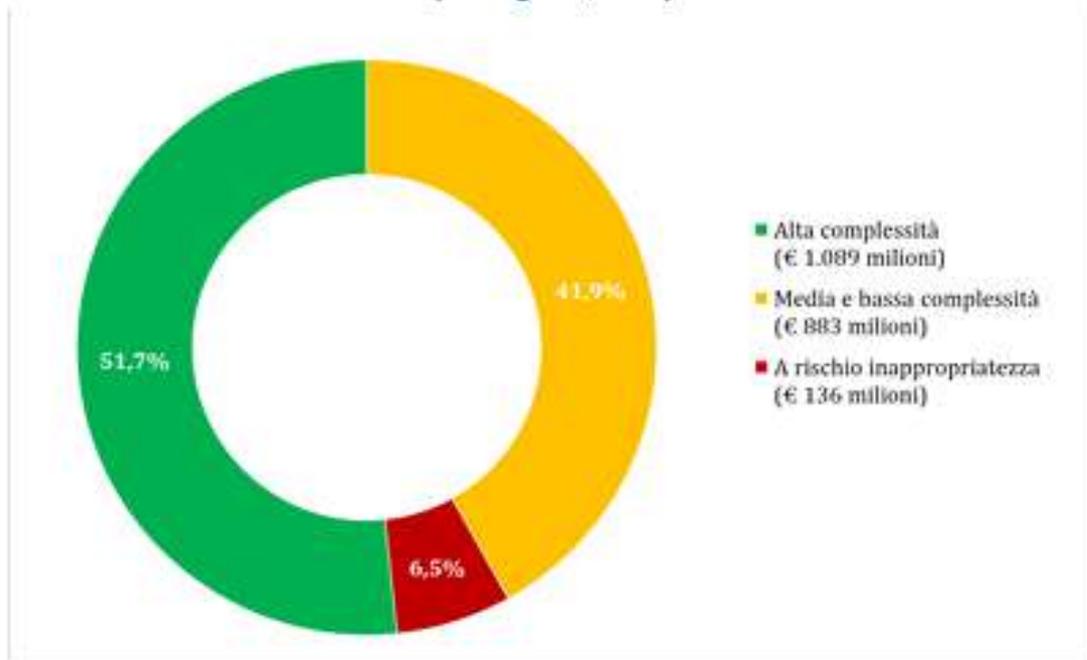


Figura 6. Mobilità sanitaria effettiva per ricoveri in relazione alla prossimità delle strutture rispetto al Comune di residenza (dati Agenas, 2022)

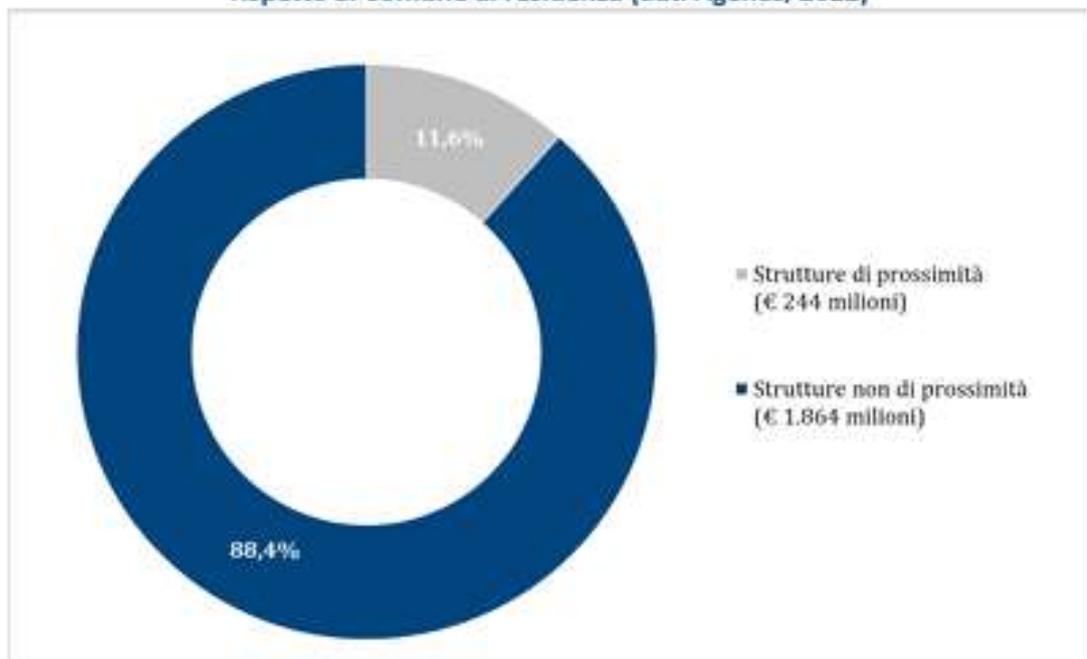
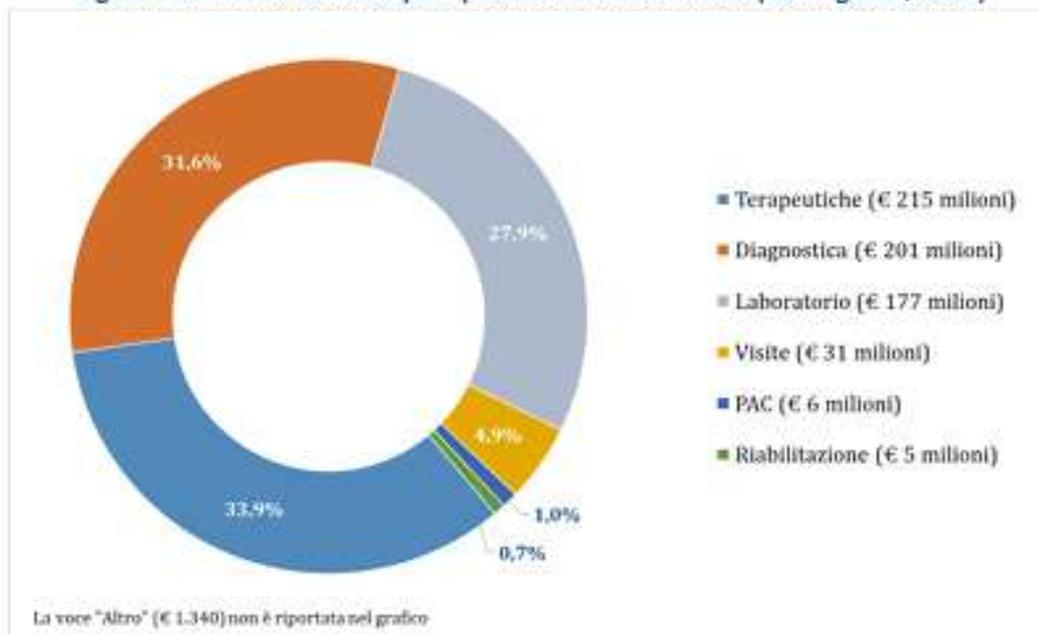


Figura 7. Mobilità sanitaria per specialista ambulatoriale (dati Agenas, 2022)



https://portale.fnomceo.it/wp-content/uploads/2025/02/CS_GIMBE_mobilita_sanitaria_2022.docx.pdf

quotidianosanità.it

Lea 2023. Sono 8 le Regioni che non garantiscono a pieno le cure. Al top Veneto, Toscana, Emilia Romagna e Trento. Male Calabria, Valle d'Aosta e Sicilia. La medicina territoriale resta il punto debole del Ssn

Giovanni Rodriguez

Globalmente il Servizio sanitario nazionale mostra un trend di miglioramento nell'area ospedaliera, mentre è in peggioramento continuo nell'area distrettuale e in quella della prevenzione ancorché con un trend meno "robusto". Particolare attenzione va posta al trend dell'assistenza distrettuale. Infatti nel 2023 si aspettava di osservare i primi effetti dell'adozione degli standard di cui al DM 77/2022, cosa che non si è manifestata, nonostante gli investimenti del Pnrr. Campanello d'allarme per il Ministero.

26 FEB -

Complessivamente, nell'anno 2023 le Regioni Piemonte, Lombardia, Provincia Autonoma di Trento, Veneto, Friuli Venezia Giulia, Emilia Romagna, Toscana, Umbria, Marche, Lazio, Campania, Puglia e Sardegna registrano un punteggio superiore a 60 (soglia di sufficienza) in tutte le macro-aree della Prevenzione, Distrettuale e Ospedaliera. Nessuna Regione/P.A. presenta punteggi inferiori alla soglia su tutte le tre macro-aree.

Ma sono otto le Regioni che raggiungono l'insufficienza in almeno un'area.

Questo, in sintesi, quanto emerge dal rapporto definitivo del Sistema di Garanzia 2023 che rappresenta lo strumento attraverso il quale il Governo assicura a tutti i cittadini italiani che l'erogazione dei livelli essenziali di assistenza (Lea) avvenga in condizioni di qualità, appropriatezza ed uniformità.

Regioni	2023		
	Area Prevenzione	Area Distrettuale	Area Ospedaliera
Piemonte	93	90	87
Valle d'Aosta	77	35	53
Lombardia	95	76	86
P.A. Bolzano	58	82	62
P.A. Trento	98	83	97
Veneto	98	96	94
Friuli Venezia Giulia	81	81	73
Liguria	54	85	80
Emilia Romagna	97	89	92
Toscana	95	95	96
Umbria	93	80	84
Marche	74	83	91
Lazio	63	68	85
Abruzzo	54	45	83
Molise	58	73	62
Campania	61	72	72
Puglia	74	69	85
Basilicata	68	52	69
Calabria	41	40	69
Sicilia	49	44	80
Sardegna	65	67	60

Le Regioni che presentano un punteggio inferiore alla soglia della sufficienza in una o più macro-aree sono:

- in due macro-aree: Valle D'Aosta (Distrettuale e Ospedaliera), Abruzzo, Calabria, Sicilia (Prevenzione e Distrettuale);

- in una macro-area: P.A. Bolzano, Liguria e Molise (Prevenzione), Basilicata (Distrettuale).

Ricordiamo che è sufficiente non raggiungere il punteggio minimo (60) anche su uno dei tre indicatori (prevenzione, distrettuale, ospedaliera) per non risultare adempiente. Sono invece 13 le Regioni che raggiungono e superano il livello della sufficienza.

Più in generale, risultano promosse le cure ospedaliere su quasi tutto il territorio. Il quadro cambia invece sostanzialmente quando si vanno ad analizzare i dati della prevenzione e dell'assistenza territoriale, con circa un terzo dell'Italia sotto la soglia della sufficienza. Il che si traduce con la necessità di lavorare ancora tanto sulla promozione di screening, vaccini, uso corretto di antibiotici, promozione di stili di vita sani ma anche assistenza a domicilio ed alla non autosufficienza.

A livello complessivo, questa la classifica generale delle prestazioni Lea erogate dalle Regioni nel 2023 sommando i punteggi ottenuti nelle tre aree prese in considerazione (in rosso le Regioni con almeno una inadempienza nelle tre aree).

REGIONI	PUNTEGGIO COMPLESSIVO 2023
	Elaborazione Quotidiano Sanità
VENETO	288
TOSCANA	286
EMILIA ROMAGNA	278
P.A. TRENTO	278
PIEMONTE	270
LOMBARDIA	257
UMBRIA	257
MARCHE	248
FRIULI VENEZIA GIULIA	235
PUGLIA	228
LIGURIA	219
LAZIO	216
CAMPANIA	205
P.A. BOLZANO	200
MOLISE	193
SARDEGNA	192
BASILICATA	189
ABRUZZO	182
SICILIA	173
VALLE D'AOSTA	162
CALABRIA	150

Dai risultati complessivi emerge l'ennesima 'spaccatura' nel Paese. I risultati migliori si registrano infatti al Centro-Nord, nonostante la Lombardia esca dalla 'top five': Veneto (288), Toscana (286), Emilia Romagna (278), P.A. Trento (278) e Piemonte (270). Di contro, tra le ultime cinque Regioni ne troviamo ben quattro del Centro-Sud: Basilicata (189), Abruzzo (182), Sicilia (173), Valle d'Aosta (162) e, fanalino di coda, la Calabria (150).

Globalmente il Servizio sanitario nazionale mostra un trend di miglioramento nell'area ospedaliera, mentre è in peggioramento continuo nell'area distrettuale e in quella della prevenzione ancorché con un trend meno "robusto". Particolare attenzione va posta al trend dell'assistenza distrettuale. Infatti nel 2023 si aspettava di osservare i primi effetti dell'adozione degli standard di cui al DM 77/2022, cosa che non si è manifestata. Quel Decreto prevedeva la messa a terra di quanto previsto e finanziato dal Pnrr per il rilancio del territorio, a partire dalle Case della Comunità, Ospedali di Comunità, Cot e assistenza domiciliare integrata. Questi dati sembrano invece profilarsi come un nuovo campanello d'allarme visto che il problema principale del Ssn sembra sia dunque rimasto proprio quel territorio che aveva rivelato tutte le sue fragilità durante il periodo emergenziale Covid, soprattutto in alcuni territori, nonostante gli interventi e gli investimenti messi in campo negli ultimi anni.



https://www.quotidianosanita.it/studi-e-analisi/articolo.php?articolo_id=127964



Per vivere più a lungo ambiente e stile di vita contano 10 volte più dei geni

Uno studio su Nature Medicine dimostra che i fattori ambientali svolgono un ruolo più importante nella longevità rispetto alla genetica

[Francesca Cerati](#)

I nostri geni non determinano il nostro futuro. L'effetto combinato del nostro stile di vita e dell'ambiente in cui viviamo può avere infatti un impatto significativo sulla nostra salute e [longevità](#), addirittura maggiore rispetto ai nostri geni, secondo un nuovo studio pubblicato su Nature Medicine. In pratica, i fattori ambientali, tra cui le scelte e le condizioni di vita, sono circa 10 volte più importanti della genetica quando si tratta di invecchiamento sano e morte precoce. E questo, potenzialmente, dovrebbe significare che è possibile intervenire su questi fattori per vivere una vita più sana e più lunga.

Il "codice postale" vs il "codice genetico"

Insomma, il luogo in cui viviamo, ciò che mangiamo, l'inquinamento che respiriamo e le cure che riceviamo, tutti fattori determinati dal nostro "codice postale", hanno un impatto sulla nostra salute quanto quello del nostro codice genetico.

Cosa dice lo studio

In sintesi, lo studio identifica che i fattori ambientali tra cui il fumo, l'attività fisica, l'obesità, lo stato socioeconomico e l'etnia sono più importanti dei fattori genetici per le malattie del cuore, dei polmoni, del fegato e dei reni. Mentre, per malattie come il cancro e la demenza, i fattori genetici sembrano spiegare maggiormente la loro insorgenza.

La ricerca è stata condotta dai ricercatori dell'Università di Oxford su quasi mezzo milione di persone nel Regno Unito, nell'ambito della UK Biobank, uno dei più grandi database di dati sanitari, per identificare i fattori di morte prematura e delle principali malattie legate all'età.

L'obiettivo era valutare l'influenza di 164 diversi fattori ambientali e punteggi di rischio genetico per 22 malattie comuni (come obesità, ipertensione e dislipidemia), utilizzando anche le proteine del sangue per misurare l'invecchiamento biologico.

I risultati

Presi insieme, l'età, il sesso e i fattori ambientali – noti come esposoma – spiegano circa il 66% dei rischi di mortalità. I fattori ambientali spiegano il 17% della variazione del rischio di morte, rispetto al solo 2% dovuto alla genetica. I fattori ambientali più impattanti sono il fumo e i fattori socioeconomici (reddito, occupazione), seguiti da mancanza di attività fisica e cattive condizioni di vita. Sono stati identificati 25 fattori ambientali chiave, tra cui livello di istruzione, sonno, supporto sociale, benessere mentale e peso corporeo nell'infanzia. Il fumo è associato a 21 delle malattie studiate, i fattori socioeconomici a 19 e la mancanza di attività fisica a 17. L'esposizione precoce a questi fattori, come il fumo materno durante la gravidanza, ha un impatto significativo sull'invecchiamento e sulla mortalità.

L'importanza della genetica e dei fattori ambientali differiva quando si trattava di problemi di salute specifici. Lo studio ha infatti evidenziato che le esposizioni ambientali hanno avuto un effetto maggiore sulle malattie del cuore, dei polmoni e del fegato rispetto alla predisposizione genetica. Per contro i rischi genetici erano un fattore dominante in caso di demenza e tumori al seno, alla prostata e al colon-retto.

Limiti dello studio e implicazioni

Come tutti gli studi osservazionali, non stabilisce cause-effetto, ma solo correlazioni. Sicuramente, però, questo studio è un passo avanti fondamentale nella comprensione del ruolo, del peso e del contributo che hanno la genetica e l'ambiente in varie malattie.

Detto questo, lo studio ha diversi limiti: i risultati potrebbero essere diversi in altri paesi, così come la presenza di altri fattori che non sono stati inclusi nello studio potrebbero incidere sulla salute, come ha sottolineato Austin Argenti, primo autore dello studio, ricercatore presso l'Unità di Genetica Analitica e Traslazionale del Massachusetts General Hospital e docente all'Harvard Medical School: «L'esposoma è davvero un concetto specifico del contesto e sono quindi necessari ulteriori studi in altri luoghi del mondo per capire cosa è importante e dove».

È la mattina di domenica 26 giugno 1955, la vera e propria giornata della Freedom Charter: bisogna leggere e adottare i suoi dieci capitoli. A Kiptown si fa la cosa più naturale, nella forma più antica,...

Non solo. La popolazione della UK Biobank non è tipica della popolazione generale del Regno Unito e le esposizioni sono state tutte misurate in un solo momento, cioè quando le persone sono entrate per la prima volta nello studio UK Biobank. Pertanto, commenta Kevin McConway, professore emerito di statistica applicata presso la Open University: «questi risultati non possono, ad esempio, esaminare l'impatto sulla cattiva salute se qualcuno smette di fumare, o diventa più ricco, o cambia alimentazione. Così come le esposizioni precoci alla nascita, definite come importanti, sono state registrate sulla base di ciò che le persone ricordavano, ma non sono poi state effettivamente seguite nel tempo».

«Sarebbe facile - aggiunge McConway - liquidare questa nuova ricerca dicendo che, se si vuole essere in salute in età avanzata, è necessario smettere di fumare, fare un po' di esercizio fisico e non essere poveri. Questo lo sapevamo già. A mio avviso, la scoperta importante è che si ottiene di più osservando diversi aspetti ambientali, ma ciò richiede un'attenta analisi statistica, in cui includere tutti gli aspetti che questo studio non ha potuto fare».

Nonostante i limiti, lo studio evidenzia l'importanza dei fattori ambientali e offre una tabella di marcia per interventi politici mirati a migliorare la salute pubblica, suggerendo che gli investimenti nella ricerca genetica sono importanti per malattie come il cancro e la demenza, mentre gli interventi sui fattori ambientali sono cruciali per malattie cardiovascolari, polmonari ed epatiche. Insomma, lo studio sottolinea che non siamo prigionieri dei nostri geni e che possiamo agire per una vita più sana.

https://www.ilsole24ore.com/art/ambiente-e-stile-vita-contano-circa-10-volte-piu-geni-la-nostra-salute-e-longevita-AGMI192C?cmpid=nl_sanita24



Italia

Le indagini sugli indicatori riferiti dai pazienti (PaRIS) dell'OCSE sono un'iniziativa rivoluzionaria che colma una lacuna critica nei dati sanitari misurando i risultati sanitari e le esperienze di cura delle persone. Si tratta di un'informazione essenziale che manca ancora: le opinioni di coloro che sono direttamente interessati dai servizi sanitari, i pazienti, sulla loro esperienza con il sistema sanitario e sui risultati da loro riferiti.

Raccogliendo le prospettive di oltre 107.000 persone in 1.800 studi di assistenza primaria in 19 paesi, PaRIS fornisce una valutazione comparabile a livello internazionale di come i risultati e le esperienze degli utenti di assistenza primaria di età pari o superiore a 45 anni variano nei vari paesi e di come i sistemi sanitari forniscono l'assistenza di cui le persone con patologie croniche hanno bisogno.

Poiché la popolazione globale di persone affette da patologie croniche continua a crescere, la necessità che i sistemi sanitari si adattino alle loro esigenze non è mai stata così urgente. PaRIS svolge un ruolo cruciale nell'informare questo cambiamento offrendo dati che supportano la riorganizzazione dell'assistenza sanitaria in base alle esperienze di cura e ai risultati sanitari che contano di più per le persone.

A differenza delle valutazioni specifiche per malattia, PaRIS adotta un approccio più ampio, misurando l'impatto dell'assistenza sanitaria sulla vita delle persone in varie dimensioni.

Questa prospettiva completa ha il potenziale per rivoluzionare il modo in cui valutiamo le prestazioni dei sistemi sanitari su scala globale.

I risultati di PaRIS sottolineano la necessità di un'assistenza più incentrata sulle persone e coordinata, in particolare per l'80% degli utenti di cure primarie di età pari o superiore a 45 anni che convive con almeno una patologia cronica e per il 50% che convive con più (due o più) patologie croniche.

Le politiche mirate sono essenziali per affrontare le disuguaglianze, migliorare il coordinamento dell'assistenza e creare fiducia nei sistemi sanitari. Incoraggiare il coinvolgimento dei pazienti nelle decisioni in materia di assistenza e promuovere relazioni solide con i professionisti sanitari può portare a migliori risultati in materia di salute, maggiore fiducia nel sistema e maggiore sicurezza nella gestione della propria salute.

Allo stesso tempo, una forza lavoro sanitaria ben dotata e studi di assistenza primaria organizzati in base alle esigenze delle persone sono essenziali per ottenere risultati ed esperienze migliori per i pazienti.

Questa nota nazionale sfrutta i principali risultati della pubblicazione *Does Healthcare Deliver: Results from the Patient-Reported Indicator Surveys (PaRIS)*, per fornire una valutazione mirata per l'Italia.

L'Italia ha campionato i pazienti dai registri degli specialisti ambulatoriali in Toscana, Veneto e dall'Azienda Unità Sanitaria Locale di Bologna (Regione Emilia Romagna). I criteri di campionamento differiscono da quelli di altri paesi in PaRIS, che hanno campionato le persone in base alla loro affiliazione a uno studio di medicina generale.

I criteri di campionamento dell'Italia influenzano i risultati a causa del profilo di rischio più elevato previsto di questi pazienti. Per questo motivo, questa nota nazionale si concentra sui risultati nel contesto italiano. La nota fa anche riferimento a come alcuni di questi risultati si confrontano con la media OCSE PaRIS, tuttavia, diversi metodi di campionamento limitano la comparabilità.

La media OCSE PaRIS è la media semplice di 17 paesi membri OCSE che partecipano a PaRIS. La nota trae spunti dalle dieci misure chiave di esito ed esperienza riferite dai pazienti utilizzate nell'indagine (Tabella 1).

Box 1. Risultati principali

- Oltre sette persone su dieci (72%) affette da patologie croniche in Italia segnalano buone esperienze di coordinamento delle cure, 11 punti percentuali in più rispetto alla media OCSE PaRIS (59%).
- Due terzi (66%) delle persone affette da patologie croniche in Italia segnalano una buona salute fisica, 4 punti percentuali in meno rispetto alla media OCSE PaRIS (70%). La salute fisica si riferisce alla funzionalità fisica, al dolore e alla stanchezza.
- Quasi due terzi (62%) delle persone affette da patologie croniche in Italia segnalano un buon benessere, rispetto al 71% della media OCSE PaRIS. Il benessere misura quanto una persona si sente positiva in termini di umore, vitalità e appagamento.
- Meno di un quarto delle persone (23%) con due o più patologie croniche in Italia è gestito in studi di assistenza primaria che offrono visite di controllo e visite regolari di oltre 15 minuti, 23 punti percentuali in meno rispetto alla media OCSE PaRIS (46%).
- Più di tre persone su quattro (76%) con tre o più patologie croniche in Italia riferiscono che i loro farmaci sono stati esaminati da un professionista sanitario negli ultimi 12 mesi, paragonabile alla media OCSE PaRIS (75%).
- Solo il 5% delle persone con patologie croniche dichiara di avere fiducia nell'utilizzo delle informazioni sanitarie da Internet per prendere decisioni in materia di salute, inferiore alla media OCSE PaRIS (19%).
- Solo il 13% delle persone con patologie croniche è gestito in studi che possono scambiare cartelle cliniche elettronicamente, ovvero oltre 40 punti percentuali in meno rispetto alla media OCSE PaRIS (rispettivamente 56% e 57%).

The full book is available in English: OECD (2025), *Does Healthcare Deliver?: Results from the Patient-Reported Indicator Surveys (PaRIS)*, OECD Publishing, Paris, <https://doi.org/10.1787/c8af05a5-en>.

quotidianosanità.it

Per salvare il Ssn occorre mettere in moto una vera spending review

Ettore Jorio

Una revisione della spesa che passi per gli investimenti di oggi per rendere sostenibile il Ssn e determinare benessere all'utenza nazionale, portando quella del sud del Paese ad essere trattata come quella di altrove.

Il SSN non può più andare avanti così. Del servizio pubblico rimane sempre di meno. Le persone sono sempre più a secco di assistenza. Le politiche sociosanitarie sono sempre più orientate ad incrementare il portafoglio dell'erogazione delle prestazioni essenziali in favore dei privati e degli IRCCS, anche di quelli a conduzione pubblica. Nel frattempo, la Nazione invecchia, meglio incanutisce ma si difende, dividendosi tra "diversamente giovani", anziani, vecchi e ultracentenari. Una popolazione che diventa espressione della longevità, tanto da arrivare presto a conseguire la maggioranza relativa nel Paese.

Il pensare a cosa accadrà terrorizza

Con queste premesse, le prospettive sono preoccupanti in termini di welfare state, con:

- la previdenza con tanto di scoperto tra chi gode di prestazioni pensionistiche e chi ne sopporta l'onere contributivo, tanto è il delta che distingue: chi lavora e chi no; chi viene retribuito, con conseguente

calo previdenziale, come necessario a vivere e chi è in difficoltà a farlo; chi vuole figli e chi no; chi mette al mondo i suoi eredi e chi ha paura di farlo;

- i servizi sociali in vertiginosa caduta perché a secco di bambini, tanto da consorzare i servizi comunali altrimenti non sostenibili, ma anche alla quasi inesistenza per anziani e disabili;
- la scuola ridotta nei piccoli centri urbani ad una frequenza promiscua delle classi primarie, con alunni messi insieme e compromessi dalla età diversa, in un periodo nel quale pochissimi anni fanno la differenza, e negativamente da una didattica differenziata, nociva e insufficiente, perché non dedicata; un limite del quale soffre anche la scuola media inferiore, nel senso che la rispettiva utenza è sballottata da un paese all'altro con mezzi di locomozione spesso improvvisati e cadenti;
- la sanità che a definirla tale si commette sacrilegio:
 1. con file ai pronto soccorsi che ricordano le pene degli affamati in India prima del 1943, con l'aggravante del loro essere in condizioni di salute allarmante e in pericolo di vita;
 2. con un'assistenza territoriale abbandonata a tal punto da canalizzare la umanità sofferente verso il ricovero, trascurata com'è dai medici di famiglia interessati solo ai miglioramenti contrattuali e restii ad accettare il rapporto dipendente dal Ssn, perché impositivo di regole;
 3. con un'offerta ospedaliera diseguale a tal punto da fare apparire il Mezzogiorno più consono alle condizioni assistenziali dell'oltre mediterraneo;
 4. con gli IRCCS (51 di cui 31 privati) che salvano la faccia anche al centro-nord che passa così, attraverso il loro impegno attrattivo di migrazione dal Sud, ad un grado di efficienza accettabile;
 5. con tante promesse: "vedrete come cambieranno le cose con le case di comunità", generative di ciniche illusioni.

A fronte di tutto questo, non volendo eccedere con frequenza ad esercitare il compito di "ragioniere del dolore", passo ad una proposta.

L'esigenza di quattrini è palese, soprattutto sul piano degli investimenti, molto trascurati dal Pnrr, lasciati a marcire con iniziative (Case e ospedali di comunità e Cot) che sono sino ad oggi illusorie e con altre tecnologiche (telemedicina e simili) attraenti solo su piano del business, abile nell'assicurare il godimento delle sole briciole assistenziali.

Dunque, con iniziative andate in fumo e politiche sociosanitarie favorevoli molto di più ad incrementare i budget dei privati accreditati e contrattualizzati, oramai i veri padroni dell'assistenza territoriale, tra un andirivieni di pratiche promozionali anche indebite da parte dei Cup, occorre mettere in moto una vera spending review.

Una revisione della spesa che passi per gli investimenti di oggi per rendere sostenibile il Ssn e determinare benessere all'utenza nazionale, portando quella del sud del Paese ad essere trattata come quella di altrove. Una spending review degna del suo nome e dei risultati utili deve essere sistemica e non occasionale. In quanto tale ben supportata da politiche specifiche in tal senso, nettamente trasformativa della condizione di partenza.

Per essere efficace e profittevole di economie, ma nello stesso tempo di rilancio del benessere produttivo di migliori condizioni di vita delle persone, una siffatta politica socio-economica deve passare da un binomio indissolubile: previsioni e prevenzione.

Ciò nel senso che, attraverso il loro combinato sviluppo, si debba conciliare - attraverso una significativa azione di prevenzione, accentrata in capo allo Stato - una preventivata concretizzazione di maggiori risparmi futuri a fronte di investimenti in una novellata politica sociosanitaria, peraltro di valore finanziario contenuto.

L'odierno disastro e le paure del domani

L'esperienza del Covid, che ha colpito il Paese in assenza di un Piano anti-pandemico nazionale (oggi messo in piedi e bene! Si veda qui articolo di Barbara Di Chiara del 20 febbraio scorso), ha lasciato la Nazione a soffrire dei suoi esiti, dimostrando invero ciò che si è sempre saputo.

Dalla dismissione delle funzioni affidate un tempo alla rete degli ufficiali sanitari, delle condotte soprattutto veterinarie e dei medici e veterinari provinciali la prevenzione è diventata teoria pura. Non solo. È stata vittima di finanziamenti tali da affamare le collettività regionali in termini di profilassi e di intervento d'urto efficaci. Il 4% prima elevato di recente al 5% del Fondo sanitario nazionale dedicato alla prevenzione sono la dimostrazione di come nel nostro Paese la guardia nei confronti delle malattie infettive, gli investimenti in

educazione sanitaria e nutrizionale nonché i rimedi a sistema per contrastare gli esiti dell'invecchiamento precoce della popolazione sono stati trattati male. Con questo, il sistema di tutela negli ambienti di vita e di lavoro ha negativamente progredito sino a fallire. Ha guadagnato una preoccupante insufficienza perché fondata su dipartimenti territoriali della prevenzione che, al di là della somministrazione dei vaccini, hanno fatto poco o nulla. Ciò in buona compagnia della prevenzione veterinaria che ha lasciato pascolare, con buona pace dei sindaci guardiani disattenti, la brucellosi e tutte le malattie inquinanti la salute degli animali, non ultima la peste e la tubercolosi che galoppa nel rurale affollato dai cinghiali.

Insomma, la dimostrazione che il Covid-Sars è ricaduto unicamente sul sistema ospedaliero, particolarmente delle terapie intensive, la dice lunga di come sia assente un sistema efficace di prevenzione a 360°. Del resto, sarebbe assurdo continuare a pensare - con una profilassi internazionale di competenza esclusiva dello Stato, con la conseguente dipendenza da esso dei medici di porto, aeroporto e confine - di lasciare fare liberamente alle Regioni ciò che non fanno. Il tutto aggravato da un sistema di assistenza territoriale che è la vera pecca in tema di tutela della salute della Nazione, con la medicina di famiglia che è diventata una chimera e i distretti divenuti uffici d'offerta prevalentemente burocratica.

Lo Stato deve scommettere su sé stesso

Fatte queste considerazioni e tenuto conto di quanto incide nei costi della società civile la longevità conquistata dalle persone, si avverte la necessità di rendere operante un sensibile allargamento delle attribuzioni statali connesse al tema della profilassi, da intendersi al lordo di ogni attività medica della sanità pubblica a scopo preventivo. Insomma, un ambito da considerarsi omnicomprensivo. In quanto tale da organizzare con l'affidamento delle competenze che vadano, anche nell'ordinario, ben oltre quelle assegnate in via esclusiva alla profilassi internazionale (art. 117, comma 2, lettera q), generata dalla somma di quelle nazionali. Quell'ambito assistenziale che la Corte costituzionale, con la sentenza 37/2021, ha inglobato nella competenza dello Stato: il tema della legiferazione della tutela della salute nei periodi emergenziali, con conseguente schiacciamento dell'esercizio regolatorio delle Regioni. Va da sé che con la continuità delle emergenze, oramai inarrestabili anche a causa della incontenibile migrazione, è lo Stato che deve mantenere riaccentrati i poteri a garanzia di una prevenzione da concretizzare ovunque come primo dei Lea.

Ebbene con l'eccessivo sopravvenuto allargamento delle maglie assistenziali della prevenzione, in spregio ai principi e criteri fissati dalla grande riforma del 1978, la missione assegnata ai Dipartimenti di prevenzione aslini è risultata inadeguata a mettere a terra la tutela preventiva della salute e la sicurezza della comunità, sia sociali che del lavoro. Ciò anche in relazione alle esigenze dettate dalla mutazione delle comunità, quanto a composizione anagrafica. I diversamente giovani e gli anziani ultraottantenni sono oramai maggioranze relative del Paese con previsione alla crescita e, in quanto tali, da rendere destinatari e beneficiari di una prevenzione specifica che li supporti dall'età appena adulta.

Oramai l'attenzione al diversamente giovane impone un consistente impegno programmatico verso la silver economy tale da farla divenire, per la sua continua rilevanza nei consumi specifici, ambito protetto dei consumi inadeguati, specie alimentari. Un onere che deve coinvolgere la prevenzione in ogni suo livello a cominciare dalla protezione della migliore crescita culturale dei giovani, esponendoli favorevolmente a guadagnare in forma psico-fisica la longevità, e di quelli che lo sono diversamente, non sottraendo alcunché ai meritevoli anziani.

Dunque, prevenzione di Stato

Nutrizione, educazione alla conoscenza delle malattie latenti, controllo delle insorgenze delle malattie diffuse che incidono negativamente sul metabolismo, lotta al bullismo familiare e a quello dello scellerato agonismo che generano un incremento della generazione anoressica, l'integrazione delle persone immigrate sono solo una parte che impone la centralizzazione della prevenzione in capo allo Stato. Una soluzione, questa, cui dovere assolvere con tempestività e a tutela dell'attuazione del regionalismo asimmetrico che rischia di attenuare a macchia di leopardo gli interventi e le ricadute della prevenzione nelle Regioni più inadeguate. Meglio sarebbe, la generazione di una specie di "monopolio di Stato della prevenzione", cui affidare compiti attuativi e di risultato da conseguire attraverso le Regioni, le Province autonome e la rete di confine terracqueo, atteso che il prevenire gli stati patologici, annunciati e non, costituisce la base delle profilassi

internazionali (art. 117, comma 2, lett. q). Una metodologia che genererebbe, se diffusa nell'UE, la concretizzazione di un'Europa reale.

Una siffatta tipologia di "monopolio di Stato della prevenzione" costituirebbe lo strumento, attuativo e predittore, per intervenire a garanzia dello star bene ovunque, sia in termini di impatto immediato all'insorgenza di fenomeni epidemici che di contributo alla educazione nutrizionale e di vita delle diverse generazioni, a partire dai giovani. Un fenomeno che ha tra i suoi compiti: sul piano domestico, di sviluppare attraverso la rete dei comuni e delle aziende sanitarie la messa a terra di politiche di prevenzione progressivamente adattate ai territori destinatari; sul piano europeo, di rendersi strumentale al diffondersi nell'UE di ogni genere di metodologia tecnico-scientifica predittiva dello sviluppo di politiche di diritto eurounionale di rafforzamento del welfare assistenziale, segnatamente incidente sul decremento dei costi riconducibili a quello previdenziale non contributivo.

https://www.quotidianosanita.it/studi-e-analisi/articolo.php?articolo_id=127896

quotidianosanità.it

La saga del mercato delle lauree in Medicina e le relazioni pericolose tra Università pubbliche e private

Claudio Maria Maffei

La Università degli Studi Link avrà fatto un suo piano industriale e viene difficile immaginare Corsi con meno di 120-100 studenti. Verranno tolti allora posti al Corso di Laurea della Università Politecnica delle Marche? La risposta è ora nelle mani dell'Anvur e del Ministero della Università e della Ricerca che dovrà assegnare i nuovi eventuali posti. Credo che questa vicenda marchigiana sia preoccupante e significativa per la cultura che c'è dietro, una cultura che considera mercato pure la formazione universitaria dei medici

07 FEB -

In due recedenti interventi ho segnalato prima [il rischio della proliferazione incontrollata di Corsi di Laurea privati in Medicina e Chirurgia](#) e poi la possibilità che [il mercato delle lauree in Medicina venga favorito dalle ingerenze della politica](#). Questi interventi facevano riferimento al percorso avviato dalla Università degli Studi Link per creare nelle Marche due nuovi Corsi di Laurea in Medicina e Chirurgia ad Ascoli Piceno e a Fano.

Come si può ricavare dalla lettura di questi interventi non vi è alcun bisogno nelle Marche di questo incremento dei posti ai Corsi di Laurea in Medicina e meno che mai del coinvolgimento in questo aumento di una Università privata. A proposito di questo coinvolgimento, fino a qualche giorno fa sembrava che all'entusiasmo della Giunta di centrodestra corrispondesse un [atteggiamento molto critico da parte dei Rettori delle quattro Università pubbliche della Regione](#) (la Politecnica delle Marche in cui insiste l'unico Corso di Laurea in Medicina e Chirurgia della Regione e le tre università di Urbino, Macerata e Camerino).

Negli ultimi giorni la stampa locale, che segue molto intensamente la vicenda per la polemica politica che ha scatenato con l'opposizione tutta schierata con i Rettori, ha fatto emergere con una sorta di scoop che in realtà l'operazione di atterraggio nelle Marche della Università degli Studi Link era stata avviata d'accordo con i Rettori della Università Politecnica delle Marche e della Università di Urbino. Dalle [dichiarazioni di quest'ultimo a commento dello scoop](#) vengono fuori elementi a mio parere inquietanti di come qualche Università pubblica tratti davvero come un mercato la offerta di posti ai Corsi di Laurea in Medicina e Chirurgia, un mercato in cui la integrazione tra Università pubbliche e Università private viene vista come una opportunità da cogliere. In estrema sintesi dalle dichiarazioni del Rettore dell'Università di Urbino emerge che questa Università "ha iniziato insieme all'Università Politecnica delle Marche, che già ospita una Facoltà

di Medicina, un'interlocuzione votata al dialogo, consapevole che se il processo di "apertura" alle realtà private dovesse svolgersi nella nostra regione, meglio con noi piuttosto che altrove".

Da tenere presente che di tutto questo i Rettori delle [Università di Camerino](#) e [Macerata](#) non sapevano niente. Il Rettore di Urbino ha spiegato poi che i nuovi Corsi di Laurea privati sarebbero andati avanti con le cattedre (e quindi i docenti) messe a disposizione dalle due Università di Urbino e Politecnica delle Marche, ma poi il percorso si è bloccato perché "il Ministero consente il finanziamento di cattedre da parte di privati solo a condizione che venga versata agli Atenei una somma pari a quindici anni dello stipendio di ogni singolo docente o ... che venga stipulata una fideiussione quindicennale a favore degli Atenei con conseguente versamento delle somme a ogni singola annualità." La Università degli Studi Link non ha accettato questo vincolo e per questo partirebbe adesso in autonomia visto che "nessun Ateneo alle condizioni poste può incardinare corsi di studio al proprio interno in violazione delle norme". Sennò per il resto era tutto a posto, come dire che in sostanza ciò che in linea di massima piaceva ai Rettori delle due Università pubbliche partner della Università degli studi Link non è piaciuto ai loro Revisori.

Colpisce di questo intervento l'assenza di qualunque riferimento al reale fabbisogno di medici da parte delle Marche, ai problemi della qualità della offerta formativa e all'impatto che i nuovi Corsi avrebbero sulla organizzazione delle strutture sanitarie in cui sarebbero ospitati i Corsi. Mi concentro sul primo di questi aspetti e cioè la stima del fabbisogno di medici in un territorio. Nella vicenda delle Marche il fabbisogno si è considerato determinato dal mercato: c'è una domanda non soddisfatta di studenti marchigiani che vanno a studiare fuori, magari all'estero, o che rinunciano alla loro aspirazione di diventare medici e quindi offriamo più posti nelle Marche che vogliono dire anche più spazio a nuovi docenti e maggiori opportunità economiche per tutta la Regione. Insomma vincerebbero tutti: l'Università privata che investe, la politica che offre nuovi servizi ai marchigiani, le Università pubbliche che aumentano il proprio corpo docente e le famiglie marchigiane che vedono i loro giovani studiare vicino casa.

Che le cose non stiano proprio così e che il numero programmato a Medicina in Italia sia una scelta razionale che evita una pleora già annunciata (vedi le elaborazioni [Anaao Assomed](#)) sembra sfuggire alla politica che governa le Marche e, purtroppo, anche a qualche Rettore della stessa Regione. Ma facciamo che la richiesta della Università Link vada avanti adesso col solo appoggio della politica, come si regolerà l'Anvur (Agenzia Nazionale di Valutazione del Sistema Universitario e della Ricerca) nel valutare la richiesta di accreditamento dei due nuovi Corsi privati di Medicina e Chirurgia?

Nel protocollo di valutazione per [l'accREDITAMENTO di nuovi Corsi di Studio di Area Sanitaria per l'Anno Accademico 2024-2025](#) si fa riferimento ad una analisi del contesto che giustifichi le motivazioni per l'istituzione del corso. Vorrei aiutare questa valutazione fornendo qualche dato sul fabbisogno di medici delle Marche che l'anno scorso era stato (sovra)stimato dalla Regione stessa pari a 410 come si ricava dall'[Accordo Stato Regioni relativo all'Anno Accademico 2024/2025](#) mentre con [il Decreto Ministeriale n. 1101 del 29-07-2024](#) alla Università Politecnica delle Marche era stato autorizzato un totale di 340 posti. La Università degli Studi Link avrà fatto un suo piano industriale e viene difficile immaginare Corsi con meno di 120-100 studenti. Verranno tolti allora posti al Corso di Laurea della Università Politecnica delle Marche? La risposta è ora nelle mani dell'Anvur, responsabile dell'accREDITAMENTO dei nuovi Corsi, e del Ministero della Università e della Ricerca, che dovrà assegnare i nuovi eventuali posti.

Credo che, polemica politica a parte, questa vicenda marchigiana sia stata e continui a essere una vicenda preoccupante e significativa anche per tutto il Ssn per la cultura che c'è dietro, una cultura che considera mercato pure la formazione universitaria dei medici.

https://www.quotidianosanita.it/studi-e-analisi/articolo.php?articolo_id=127551

Il decreto sul bisogno assistenziale gravissimo

Come procede la sperimentazione della riforma dell'indennità di accompagnamento

Franco Pesaresi, | 12 febbraio 2025

La sperimentazione della Prestazione universale

Il Decreto Legislativo 29/2024 invece di dare attuazione alla riforma dell'indennità di accompagnamento (come previsto nella L. 33/2023) ha previsto una sperimentazione biennale della "Prestazione universale" che è destinata a sostituire l'indennità di accompagnamento.

La sperimentazione prevede la corresponsione di un importo aggiuntivo all'indennità di accompagnamento di 850 euro mensili che si chiama "assegno di assistenza" "finalizzato a remunerare il costo del lavoro di cura e assistenza svolto da lavoratori domestici con mansioni di assistenza alla persona". Possono accedere alla sperimentazione solo gli anziani non autosufficienti, previa espressa richiesta, in possesso dei seguenti requisiti:

1. un'età anagrafica di almeno 80 anni;
2. un livello di bisogno assistenziale gravissimo;
3. un valore dell'Indicatore della situazione economica equivalente (ISEE) per le prestazioni agevolate di natura sociosanitaria, non superiore a euro 6.000;
4. titolarità dell'indennità di accompagnamento di cui all'articolo 1, primo comma, della legge 11 febbraio 1980, n. 18, ovvero possesso dei requisiti per il riconoscimento del suddetto beneficio[*note*]Per comprendere la portata dell'inserimento anche di coloro che sono possesso dei requisiti per il riconoscimento dell'indennità di accompagnamento occorre ricordare che i requisiti per l'accesso a tale indennità è riservata "ai mutilati ed invalidi civili totalmente inabili per affezioni fisiche o psichiche di cui agli articoli 2 e 12 della legge 30 marzo 1971, n. 118, nei cui confronti le apposite commissioni sanitarie, previste dall'articolo 7 e seguenti della legge citata, abbiano accertato che si trovano nella impossibilità di deambulare senza l'aiuto permanente di un accompagnatore o, non essendo in grado di compiere gli atti quotidiani della vita, abbisognano di un'assistenza continua". Occorre pertanto che tali requisiti siano riconosciuti dalla Commissione sanitaria provinciale. [/*note*].

A questi requisiti va aggiunto anche quello della domiciliarità dell'intervento e cioè che si può erogare il nuovo "assegno di assistenza" solo a chi vive nella propria abitazione escludendo chi è accolto nelle diverse strutture residenziali. Lo dice chiaramente il Decreto 29/2024 finalizzando la sperimentazione al "sostegno della domiciliarità" (art. 34, comma 1) e alla remunerazione del "costo del lavoro di cura e assistenza svolto da lavoratori domestici" (art. 36, comma 2, lett. b).

La sperimentazione è limitata a soli 24.510 anziani, tenendo conto che è stata stanziata la somma di 250 milioni per ognuno dei due anni di sperimentazione.

Il Decreto sul bisogno assistenziale gravissimo

Per identificare i livelli di bisogno assistenziale gravissimo il D. Lgs. 29/2024 dispone che sia una Commissione tecnico scientifica ad individuare "degli indicatori atti alla definizione dei criteri di classificazione dello stato di bisogno assistenziale gravissimo". Lo stesso Decreto disponeva anche che la Commissione in questo lavoro di individuazione dei criteri avrebbe dovuto tener conto delle disposizioni del Decreto MLPS del 26/9/2016 che, fra l'altro, individua le persone in condizione di disabilità gravissima.

Dopo la conclusione dei lavori della Commissione tecnico-scientifica di cui ho fatto parte ma di cui non ho approvato le conclusioni, il Decreto del Ministro del lavoro e delle politiche sociali n. 200 del 19 dicembre 2024 ha approvato gli indicatori dello stato di bisogno assistenziale gravissimo. Il Decreto per individuare il livello di bisogno assistenziale gravissimo per l'accesso degli anziani alla sperimentazione prevede la presenza contemporanea di due elementi:

1. essere persone in condizione di disabilità gravissima rientrante in una delle condizioni sanitarie previste dal DM 26/9/2016 o essere una persona che necessita di assistenza continua 24 ore su 24 l'interruzione della quale, anche per un periodo molto breve, può portare a complicanze gravi o alla morte;
2. Totalizzare un punteggio di almeno 8 punti in un questionario che il candidato beneficiario deve autocompilare sulla sua situazione familiare e sociale.

Le persone in condizione di disabilità gravissima

Le condizioni sanitarie per essere ammessi alla sperimentazione, come si comprende, sono molto severe (coma, stato vegetativo, gravissima compromissione motoria da patologia neurologica, ecc.). Il decreto individua una serie di documenti in possesso dell'interessato atti a riconoscere lo stato di disabilità gravissima che il richiedente dovrà esibire. Purtroppo la documentazione ammessa spesso non è in grado di certificare lo stato di disabilità gravissima necessaria per essere ammessi alla sperimentazione. Infatti, vengono previsti per esempio:

- Certificazioni di persone accolte negli hospice che a rigor di legge non potrebbero essere ammessi al beneficio della sperimentazione perché assistiti in strutture residenziali;
- Certificazioni che la persona riceve una qualunque delle prestazioni sociali (decreto mlps 8/3/2013) che riguardano milioni di persone;
- Prove relative alla fruizione di deduzioni fiscali di spese mediche e di assistenza che riguardano milioni di persone.

Il questionario che deve compilare il richiedente

Il questionario proposto invece di ricercare e graduare il bisogno assistenziale gravissimo del richiedente preferisce soffermarsi sulla situazione familiare e sociale dell'eventuale beneficiario. Inoltre, in alcuni casi, le soluzioni proposte sono gravemente inique perché a parità di condizioni personali di disabilità degli eventuali beneficiari si penalizzano o favoriscono taluni in base ad elementi extra-personali. Le singole voci del questionario sono sei e praticamente in tutte le voci si fa esattamente il contrario di quello che occorrerebbe fare nella valutazione di chi chiede di essere ammesso alla sperimentazione in base alle sue gravi necessità assistenziali.

Vediamolo nel dettaglio:

1. Nella domanda 1 del questionario relativa alle persone che vivono nel nucleo familiare si penalizza il disabile gravissimo se questo vive con una persona con meno di 80 anni (punti 1 o 0) come se la gravità si riducesse se è presente in casa un'altra persona, peraltro indispensabile per assistere il disabile gravissimo. Ricordiamoci tutti che l'indennità di accompagnamento viene erogata sulla base delle condizioni del richiedente e non della situazione familiare e reddituale della famiglia.
2. Nella domanda 2 relativa alla presenza di altri disabili presenti nel nucleo familiare viene penalizzato (punti 0) il richiedente che non ha altri disabili all'interno della famiglia con una invalidità inferiore al 67%. Valgono per questa voce le stesse osservazioni della domanda 1.
3. Nella domanda 3 del questionario relativo alla presenza di personale di assistenza (non familiari) addirittura si penalizza il richiedente (punti 0) che ha personale contrattualizzato di assistenza. In questo caso addirittura si contraddice gravemente lo stesso Decreto 29/2024 che finalizza esplicitamente la maggiorazione di 850 euro mensili (assegno di assistenza) proprio alla remunerazione del "costo del lavoro di cura e assistenza svolto da lavoratori domestici" (art. 36, comma 2, lett. b). In questo caso le violazioni sono addirittura due perché a parità di condizioni del richiedente viene ingiustamente penalizzato quello la cui assistenza viene fornita da personale peraltro indispensabile e perché si viola una delle norme cardine della sperimentazione. Peraltro, anche a rigor di logica, la presenza di personale di assistenza andrebbe valutato diversamente dato che è un forte indicatore indiretto di necessità assistenziali importanti.
4. Nella domanda 4 del questionario, a parità di condizioni del richiedente viene ingiustamente penalizzato quello che riceve dalle regioni un contributo economico più elevato. Tale diversa contribuzione delle regioni non si basa su un identico sistema di valutazione della gravità del beneficiario ma sulle diverse politiche regionali per cui utilizzarlo per selezionare i beneficiari appare iniquo.

5. Nella domanda 5 del questionario suscita sorpresa che si assegna il punteggio più basso al richiedente che gode di una assistenza domiciliare elevata (rispetto a chi non ne gode) che pur imperfetto come indicatore indiretto (perché i territori si comportano in modo non omogeneo) è però sicuramente rappresentativo di un bisogno assistenziale elevato. Anche in questo caso comunque valgono le osservazioni presentate per le altre domande: la condizioni di disabilità ed il bisogno assistenziale non cambia in relazione alla situazione familiare o al tipo di assistenza che la famiglia riesce a procurarsi.
6. Nella domanda 6 del questionario viene favorito chi non va al Centro diurno (punti 7) ma occorre dire che le condizioni sanitarie richieste per accedere alla sperimentazione non permettono praticamente quasi a nessuno di poter accedere ai centri diurni. In realtà questo ultimo punteggio, spropositato rispetto agli altri, serve solo per poter raggiungere gli 8 punti minimi per essere ammessi alla sperimentazione perché con le altre voci e i punteggi assegnati dal questionario la gran parte dei richiedenti sarebbero stati esclusi dalla sperimentazione. Si tratta in altre parole di un artificio numerico per ammantare le incongruenze del questionario.

In sostanza, il questionario e i punteggi relativi contrastano con il D. Lgs. 29/2024 (si veda la domanda 3) e tratta disabili nelle medesime condizioni in modo diverso in relazione alle loro condizioni familiari, di reddito e di geolocalizzazione, elementi questi non previsti dal decreto stesso. La normativa chiede una classificazione dei beneficiari della sperimentazione in base al bisogno assistenziale gravissimo che è oggettivo e personale e non può essere influenzato, se la legge non lo prevede, da elementi esterni come la capacità economica e familiare di far fronte all'assistenza.

Conclusioni

Il Decreto MLPS 200/2024 per definire coloro che hanno un bisogno assistenziale gravissimo individua una platea molto ristretta di potenziali beneficiari della sperimentazione che è data da coloro che sono ricompresi nell'elenco dell'art. 3 del Decreto MLPS dal DM 26/9/2016 a cui si aggiungono le persone che necessitano di assistenza continua 24 ore su 24 l'interruzione della quale, anche per un periodo molto breve, può portare a complicanze gravi o alla morte. Per selezionare i richiedenti, fra questi, da ammettere alla sperimentazione viene aggiunto un questionario che i richiedenti dovranno autocompilare che ha il compito di individuare coloro che hanno un bisogno assistenziale gravissimo (punteggio minimo 8) fra quelli della platea potenziale e di graduare il livello del bisogno assistenziale gravissimo (il punteggio superiore agli 8 punti) nel caso in cui le domande superino il numero massimo dei beneficiari stabilito (24.510).

Il decreto avrebbe dovuto identificare dei criteri o uno strumento in grado di rilevare il bisogno assistenziale che, come noto, non coincide necessariamente con la gravità della disabilità. Pertanto il criterio di riferimento per la definizione di livelli graduati di necessità di sostegno intensivo è la gravosità del carico assistenziale richiesto. Ora, occorre rammentare che per definire il bisogno assistenziale delle persone non autosufficienti, in genere, si valuta la loro capacità di compiere le ADL (Attività della vita quotidiana: mobilità, igiene, ecc.) e le IADL (Attività strumentali della vita quotidiana: cucinare, pulire, ecc.) (Cravo Oliveira Hashiguchi, Llana-Nozal 2020). Il questionario proposto per definire e graduare il bisogno assistenziale gravissimo invece non segue questi principi ma soprattutto non fornisce informazioni adeguate sul bisogno assistenziale personale dell'eventuale beneficiario preferendo ricercare informazioni sulla situazione familiare del beneficiario e sui servizi ricevuti. Ovviamente, questo non permette al Decreto di adempiere al suo mandato che non è quello di valutare le situazioni familiari ma le necessità assistenziali delle singole persone indipendentemente dalle loro condizioni familiari, di reddito, di sostegni ricevuti. Questo aspetto pone il Decreto MLPS 200/2024 in aperto contrasto con il D. Lgs. 29/2024 ma soprattutto crea le condizioni per una valutazione iniqua di coloro che richiederanno di accedere alla sperimentazione che, a parità di bisogno assistenziale, riceveranno una differente valutazione/punteggio in relazione ad aspetti familiari e sociali non previsti dalla normativa vigente che potrebbero escludere taluni richiedenti dalla sperimentazione. Siamo pertanto in presenza di un decreto di dubbia legittimità con addirittura profili di incostituzionalità.

Sarà dunque difficile, in una situazione di equità e semplicità, accedere all'Assegno di assistenza già estremamente selettivo; la speranza è che si riesca a raggiungere almeno il numero dei 24.510 anziani da ammettere alla sperimentazione perché i requisiti molto stringenti (età +80 anni, Isee inf. 6.000 euro, indennità di accompagnamento, disabilità gravissima e bisogno assistenziale gravissimo) uniti alla necessità

di escludere coloro che sono accolti in strutture residenziali e la difficoltà di certificare le condizioni di disabilità gravissima potrebbe determinare dei problemi nel reclutamento di tutti i possibili beneficiari che sono già pochissimi.

<https://www.welforum.it/il-decreto-sul-bisogno-assistenziale-gravissimo/>



**GIORNATA NAZIONALE CONTRO LA VIOLENZA
SUGLI OPERATORI SANITARI E SOCIO-SANITARI**

**CURIAMO LA FIDUCIA
RICOSTRUIRE L'ALLEANZA TRA
CITTADINI E SSN**



Convegno in presenza

Evento residenziale per tutte le professioni sanitarie,
in fase di accreditamento ECM

12 marzo 2025

Centro Congressi MACC (Meeting Art Craft Center)

P.za V. Emanuele II, 5 PISA

Azioni urgenti per far fronte agli eventi estremi da crisi climatica

Siamo nel pieno di una transizione climatica senza precedenti in tempi così ristretti (1): eventi con tempi di ritorno storicamente pluridecennali o secolari, si ripetono nel giro di pochi anni o mesi (2) e le previsioni più autorevoli unitamente alla situazione geopolitica globale fanno presagire uno scenario di **progressivo peggioramento negli anni a venire** (3).

L'Italia si trova nella **regione Mediterranea, particolarmente esposta agli effetti di questa crisi** (4), come si evince dal continuo **aumento della frequenza ed intensità di eventi estremi** - ondate di calore, siccità, piogge eccezionali, alluvioni, incendi – **non assicurabili**, che rendono indispensabile un radicale ripensamento delle pratiche di gestione delle aree urbane, del territorio e dell'ambiente.

In Italia il clima che cambia si inserisce in un **territorio particolarmente fragile**, prodotto di una cementificazione spesso incontrollata (5) e dell'abbandono delle "aree marginali", montane e collinari in cui da tempo manca una manutenzione assidua e attenta.

Sono necessarie e urgenti azioni di adattamento per limitare morti e feriti nei prossimi eventi estremi, e per ridurre la distruzione di abitazioni e strutture pubbliche e private.

Ma azioni di mitigazione (riduzione delle emissioni di gas serra) devono procedere di pari passo, per non rischiare che le azioni di adattamento diventino rapidamente inefficaci via via che gli eventi estremi si aggravano.

ADATTAMENTO E PROTEZIONE DELLA POPOLAZIONE IN ITALIA

A livello nazionale è necessario **integrare ed attuare un efficace Piano Nazionale di Adattamento ai Cambiamenti Climatici (PNACC)**. Questo ad un esame fatto circa un anno e mezzo fa presentava non poche carenze. Si deve partire da un documento, a disposizione dei decisori politici, che sia scientificamente autorevole e che contenga informazioni attendibili sui cambiamenti climatici e su quanto si può fare per limitare i danni, analogamente alla *The Parliamentarians' Guide to Climate Change*, presentata alla Camera in Gran Bretagna, o ad altri. Le principali istituzioni tecnico-scientifiche nazionali sono in grado di fornire un quadro autorevole e definito sulla crisi climatica e la sua gestione.

Per i cittadini, a partire dai più giovani e dal mondo della scuola, sarebbero utili strumenti formativi e informativi adeguati, come opuscoli e infografiche, **che aiutino a capire e modificare i propri comportamenti**, come hanno già fatto i Dipartimenti di Protezione Civile in diversi Stati nord-europei.

A livello regionale e locale, oltre a presentare a politici e amministratori la guida di cui sopra e a distribuire ai cittadini materiali informativi su come comportarsi, è necessario **intraprendere con urgenza tutte le azioni atte a limitare le conseguenze derivanti dagli eventi estremi**. Consapevoli che i rischi ci sono, e tenderanno a crescere nel tempo, bisogna investire sulla cultura ambientale, rimodellare profondamente il rapporto con il territorio, le infrastrutture, le abitazioni, gli insediamenti produttivi, utilizzando **strumenti di gestione degli eventi meteo basati sulla natura**, come indica l'Unione Europea, dando ai corsi d'acqua la possibilità di defluire naturalmente anche in condizioni di criticità senza causare danni.

È ampiamente dimostrato che la corretta informazione scientifica e il coinvolgimento diretto delle persone migliorano l'efficacia delle azioni di prevenzione; per questo occorre costruire, anche con il contributo dei singoli cittadini, azioni di protezione civile **in via preventiva**, valorizzando l'iniziativa della Protezione Civile "Io non rischio", e rinforzandola con esercitazioni. Prendendo esempio dal Giappone, dove i Dipartimenti dei Vigili del Fuoco tengono sessioni di formazione mirate agli specifici eventi che possono avvenire: si vede un video e si fanno delle esercitazioni su come comportarsi in caso di tifone, allagamento, terremoto, incendio, considerando varie intensità e varie situazioni (al chiuso, all'aperto, in macchina).

Occorre pensare senza tabù alla **ri-localizzazione di abitazioni civili e impianti industriali** particolarmente esposti a rischi. Per **ogni singolo ospedale o struttura sanitaria, estremamente necessari nel caso di eventi estremi (che potrebbero renderli inagibili), è necessario valutare le vulnerabilità e provvedere a sanarle** (6).

Accettare una realtà molto sgradevole -e quella della crisi climatica lo è -risulta non semplice. **Inondazioni devastanti come quelle dell'Emilia Romagna e di Valencia, incendi violentissimi come quelli di Atene e di Los Angeles insegnano che rendersi conto di quello che sta accadendo, e di cosa potrebbe accadere, è il primo passo** per affrontare seriamente il problema.

MITIGAZIONE

È del tutto ovvio che non possiamo investire solo in azioni di adattamento e che per la mitigazione dobbiamo utilizzare tecnologie provate e disponibili nel breve periodo che ci separa dal 2050. Nello scenario pubblicato su Nature (7), ad esempio, **la neutralità carbonica** che si basa su sufficienza ed efficienza, **si avvale solo di tecnologie di riduzione della domanda** (isolamento edifici, aumento efficienza di impianti, motori, macchinari) **e di produzione di energia da rinnovabili**, senza ricorrere a *Carbon Capture* a nuovi impianti nucleari (di ipotetica nuova generazione) mentre gli esistenti vanno fuori produzione per raggiunti limiti di età.

L'Italia nei 10 anni 2013-2022 ha ridotto le emissioni di gas serra in media dell'1,7% l'anno: un valore troppo basso per raggiungere l'obiettivo dell'Unione Europea 'Fit-for-55-', che ambisce nel 2030 a raggiungere un livello di emissioni pari al 45%(quindi meno 55%) del valore del 1990. Per raggiungere tale obiettivo, è **necessario ridurre le emissioni almeno del 7% l'anno**. A livello globale l'uso di energia sta aumentando più velocemente della produzione di energia da fonti rinnovabili. La percentuale di energia da rinnovabili si mantiene più o meno costante nel tempo, invece di crescere: quindi NON stiamo sostituendo il fossile, ma stiamo aggiungendo nuovi consumi di energia, in gran parte ancora da fonti fossili (8).

Occorre investire per ridurre la domanda di energia attraverso politiche di sufficienza ed efficienza, cioè adottando misure e pratiche che riducono in valore assoluto l'attuale domanda di energia, materiali, suolo e acqua, mentre producono benessere per tutti rimanendo entro i *planetary boundaries*, come riportato nel *6th Assessment Report* di IPCC.

Una bassa domanda di energia si traduce in un sistema energetico più piccolo, che richiede meno infrastrutture per l'offerta e lo stoccaggio. Le fonti rinnovabili possono soddisfare la domanda e sostituire i combustibili fossili, con infrastrutture che possono essere realizzate più rapidamente e con meno impatto sul territorio.

Inoltre, una domanda più bassa si traduce in un minor numero di emissioni residue, riducendo la necessità di tecnologie costose (e la cui efficacia finora non è dimostrata), come la cattura della CO₂(9).

È dunque necessario de-carbonizzare rapidamente e drasticamente tutte quelle attività che richiedono energia fossile e accelerano la crisi del clima e intraprendere azioni che rallentino la crisi in tutti i suoi molteplici aspetti, inclusi quelli sanitari legati all'inquinamento (10). **Il continuo rinvio di queste azioni in attesa di tecnologie future** che, forse, riusciranno a dare un contributo alla riduzione delle emissioni tra qualche decina di anni, **può rivelarsi fortemente dannoso**: occorre utilizzare le tecnologie esistenti per dimezzare la domanda e decarbonizzare il restante molto rapidamente da subito.

Allegato 1

Azioni collegate, in maniera diretta o indiretta, alla riduzione delle emissioni dei gas climalteranti e ai co-benefici per la salute umana:

1. **Prendere atto dei danni sanitari** legati all'utilizzo delle fonti fossili e delle biomasse per la produzione di energia, al consumo di suolo, alla mancata riduzione del traffico veicolare in ambito urbano, alla mancata bonifica delle aree inquinate, alla mancata conversione di allevamenti e coltivazioni agricole intensivi, alle emissioni industriali inquinanti, ai costi sanitari e non solo legati alle malattie e alla disabilità (senza

considerare la mortalità evitabile, ovvero anticipata) della spesa sanitaria e promulgare una normativa che preveda **l'addebito alle compagnie elettriche delle cosiddette "esternalità"**(costi legati agli impatti sull'ambiente e sull'uomo, che sono ora totalmente a carico della società civile).

2. Cessare qualsiasi investimento per esplorazioni, estrazioni e realizzazioni di infrastrutture dedicate all'utilizzo di combustibili fossili e, prima possibile, del loro utilizzo a scopi energetici; lavorare in Europa e nel mondo **per un "Trattato di non proliferazione dei combustibili fossili per proteggere la vita delle generazioni attuali e future"**. L'eliminazione graduale dei combustibili fossili contribuirebbe ad evitare 3,6 milioni di morti ogni anno.

3. Accelerare le procedure autorizzative per il passaggio alle fonti rinnovabili, senza creare ulteriori danni, ovvero: a) **disincentivare la diffusione massiva del biometano e di impianti a biomasse**; b) seguire le indicazioni della Direttiva UE RED III a livello nazionale o regionale o locale per la scelta delle aree di accelerazione ma escludendo dalla lista delle aree idonee e/o di accelerazione possibili le aree agricole (produttive o no) e le aree comunque libere. In altre parole, in questa fase, la scelta delle aree di accelerazione va esclusivamente orientata verso aree già impermeabili (tetti, coperture, strade abbandonate, parcheggi, superfici asfaltate, etc.). Come dimostra il Rapporto ISPRA -SNPA (43/2024) l'estensione delle superfici opache disponibili per pannellizzazioni solari è sufficiente a raggiungere gli obiettivi stabiliti da PNR-PNIEC. Pertanto non si vede la ragione di occupare suoli liberi. Una rapida transizione globale verso l'energia pulita non solo raggiungerebbe l'obiettivo dell'accordo di Parigi sul clima (mantenere il riscaldamento al di sotto dei 2°C), ma migliorerebbe anche la qualità dell'aria e della salute, con risparmi sanitari fino al doppio del costo dell'investimento (OMS *Prescription for a healthy and green recovery from COVID-19*, 2020).

4. Adottare senza indugio la nuova Direttiva (UE) 2024/2881 del Parlamento Europeo e del Consiglio del 23 ottobre 2024 relativa alla Qualità dell'aria Ambiente e per un'aria più pulita in Europa (GU dell'Unione europea 2024/2881, 20 novembre 2024) ed **applicarla entro il 2030**. Dovrà essere evitata la richiesta di proroghe che costringerebbero il nostro Paese a continuare a pagare alti costi per la salute dei cittadini, specie nella Pianura Padana.

5. Promulgare una normativa che blocchi immediatamente il consumo di suolo, -senza questa misura qualsiasi velleità di ridurre le emissioni climalteranti non potrà essere efficace (11) -programmando un sistema di co-censimento degli immobili non utilizzati e loro riutilizzo e il ripristino del suolo laddove possibile.

6. Bloccare la deforestazione e favorire l'incremento delle aree naturali e protette, nonché prevedere nella pianificazione urbanistica quote consistenti di verde pubblico e privato, individuando nuovi standard a livello nazionale, come la **regola del 3-30-300**: ogni abitante di una città dovrebbe poter vedere tre alberi dalla sua finestra, vivere in un quartiere di cui il 30% è alberato, e avere accesso a un parco o a una foresta a meno di 300 metri da casa o dal luogo di lavoro.

Promulgare rapidamente una normativa che recepisca correttamente la Direttiva EU 2019/904 relativa all'eliminazione della plastica monouso (ricordiamo che anche in questo caso i cittadini italiani stanno pagando per la procedura di infrazione per il mancato rispetto sulla plastica monouso Direttiva SUP).

8. Impegnarsi in maniera sistematica per il miglioramento dei servizi pubblici e collettivi e per la realizzazione di piste ciclabili accessibili, sicure e piacevoli per ridurre significativamente la mobilità privata, accogliendo al contempo le proposte europee relative al superamento degli autoveicoli inquinanti, alle zone

zero emissioni, alle infrastrutture per la mobilità pedonale e ciclabile e, in generale, alle politiche di disinquinamento delle città.

9. **Direttiva case green:** costruire nuovi edifici solo dopo verifica che non sia possibile adattare edifici esistenti, dare priorità alla ristrutturazione degli edifici esistenti per ottenere involucri ben isolati, senza ponti termici, con efficaci protezioni solari esterne, con ventilazione naturale, finalizzata a ridurre il “**fabbisogno di energia per riscaldamento e raffrescamento**” a 15 kWh/m² anno. Realizzare una **campagna di informazione ai cittadini** che renda chiaro questo parametro e come leggerlo nella certificazione energetica. Richiedere in tutte le ristrutturazioni e per i nuovi edifici la certificazione Passivhaus e Enerphit, o Casa clima Gold, come si sta facendo ad es. nella regione di Bruxelles.

10. Realizzare un’infrastruttura e un quadro sociale che consentano l’adozione di pratiche di sufficienza.

Esempio 1, le infrastrutture a supporto della mobilità pedonale e ciclistica a Parigi: riduzione della velocità veicolare a 30 e 20 km/h, strade senz’auto davanti a tutte le scuole, doppio senso ciclabile in tutte le strade, anche quelle strette dove le auto circolano in senso unico, realizzazione di una RETE ciclabile da 1400 km, di qualità, senza interruzioni, estesa a tutta le città e comuni circostanti, interconnessa con i mezzi pubblici tramite ampi parcheggi coperti per bici (enorme quello in costruzione a Gare du Nord). Risultato: raddoppio dei percorsi in bicicletta nel 2023 rispetto al 2022.

Esempio 2, la campagna Cool Biz realizzata dal Governo giapponese da 15 anni: in estate negli edifici pubblici è obbligatorio (e in quelli privati, come le banche, fortemente suggerito) adottare vestiario leggero; banditi i completi giacca, cravatta, pantaloni e maniche lunghe, sì a maniche corte, scarpe aperte, e anche calzoncini corti, aumento del *set point* dell’aria condizionata e introduzione di ventilatori a pale. Risultato: riduzione di uso dell’energia e comfort per tutti, particolare apprezzamento da parte della popolazione femminile, non più costretta ad ambiente innaturalmente freddi (23°C) a causa dei vestiti inutilmente pesanti degli uomini (Articolo New York Times settembre 2023 <https://www.nytimes.com/2023/09/24/business/japan-cool-biz.html>).

Esempio 3, prezzo dell’unità di energia basso per consumi bassi e via via crescente per consumi più alti, premiando così le tecnologie che riducono la domanda e azioni di sufficienza/sobrietà.

Firmatari documento

Maria Grazia Petronio, Medico specialista in Igiene e Medicina preventiva, Vicepresidente ISDE-Italia, già Direttrice ff UOC Igiene e Sanità Pubblica Az.USL Toscana Centro, membro CT VIA-VAS Ministero dell’Ambiente e della Tutela del Mare, docente a.c. Università di Pisa e di Firenze.

Roberto Buizza, Fisico, Professore Ordinario di Fisica, Scuola Superiore Sant’Anna Pisa.

Lorenzo Pagliano, Fisico, Professore Ordinario di Fisica dell’Edificio al Politecnico di Milano, Direttore di end-use Efficiency Research Group, Coordinatore Europeo del progetto H2020 “Africa-Europe Bioclimatic Buildings for XXI century”.

Giovanni Ghirga, Medico pediatra, già direttore UOC Pediatria e Neonatologia Ospedale San Paolo di Civitavecchia.

Monica Zoppè, biologa, Ist. di BioFisica, IBF-CNR, Milano.

Marco Talluri, Giornalista scientifico, direttore “Ambientenonsolo”.

Paolo Rognini, Geoantropologo ambientale, Università di Pisa.

Miriam Levi, Medico epidemiologa, Az. USL Toscana Centro - UFC Epidemiologia - Dipartimento della Prevenzione Presidio San Salvi, Firenze.

Alfonso Senatore, Ingegnere, Associate professor University of Calabria, Department of Environmental Engineering Arcavacata di Rende Cosenza.

Antonio Bonaldi Medico di sanità pubblica. Già direttore sanitario di diverse Aziende Ospedaliere e Universitarie: Bergamo, Verona, Milano (ICP) e Monza. *Past president* di Slow Medicine.

Francesco Forastiere, Medico epidemiologo, MD, PhD National Research Council (CNR-IRIB), Palermo, Visiting Professor, Environmental Research Group, School of Public Health, Faculty of Medicine, Imperial College, London.

Francesco Gonella Full Professor of Physics Department of Molecular Sciences and Nanosystems, Ca' Foscari University of Venice, Director -Centre for the Study of the Systemic Dynamics of Complex Diseases, Scientific board member, Centre for Environmental Humanities (NICHE).

Mario Carmelo Cirillo, Ingegnere, già Direttore del Dipartimento per la valutazione, i controlli e la sostenibilità ambientale di ISPRA.

Roberto Romizi, Medico di medicina generale, presidente ISDE-Italia.

Mauro Valiani, Medico del Lavoro, già direttore della UOC Igiene e sicurezza luoghi di lavoro e del Dipartimento di Prevenzione dell'Az.USL di Empoli.

Francesco Giorgelli, Biologo, Docente esterno Università di Pisa.

Angela Pasinato, Medico pediatra, presidente SICuPP (Società Italiana delle Cure Primarie Pediatriche) Veneto.

Luigi Montano, Medico uro-andrologo, Coordinatore Progetto EcoFoodFertility, *past President* Società Italiana della Riproduzione Umana.

Ugo Bardi chimico, già Docente Dipartimento di Chimica, Università di Firenze. Club di Roma e World Academy of Arts and Science.

Tommaso Luzzati, Professore associato Dipartimento di Economia e Management Università di Pisa.

Paolo Vineis Professore Ordinario di Epidemiologia ambientale, Imperial College, Londra.

Tiziana Sampietro, Medico. Già Direttrice U.O. Lipoaferesi, Fondazione Toscana G.Monasterio.

Roberto Danovaro, Ecologo, professore presso l'Università Politecnica delle Marche. Presidente della Fondazione Patto con il Mare per la Terra.

Fabrizio Bianchi, Biologo epidemiologo, Istituto di Fisiologia Clinica del CNR, Pisa

Paolo Lauriola, Medico di Sanità Pubblica ed epidemiologo, già responsabile del Dipartimento di Prevenzione dell'USL di Modena e dell'epidemiologia ambientale di ARPA ER. EPHA President.

Sandra Vernerio, Medico anestesista rianimatore, cofondatore e *past president* di Slow Medicine ETS, coordinatore della campagna "Fare di più non significa fare meglio- Choosing Wisely Italy".

Elisabetta Dall'Ò, PhD, anthropologist, adjunct professor, Polytechnic University of Turin, postdoctoral research fellow, University of Parma.

Vitalia Murgia, medico pediatra, Giunta esecutiva ISDE-Italia.

Carla Ancona, Biologa epidemiologa e statistica sanitaria, Presidente Associazione Italiana Epidemiologia.

Aldo Di Benedetto, Medico, già Dirigente Ministero della Salute, Sindaco del comune di Barrea.

Giulio Betti, meteorologo LAMMA, Istituto per la Bioeconomia del CNR (IBE) Firenze.

Ennio Cadum, Medico epidemiologo, Direttore Dipartimento di Sanità Pubblica, Medicina Sperimentale e Forense Università di Pavia.

Paolo Crosignani, medico epidemiologo, già Direttore struttura complessa di Epidemiologia Ambientale e Registro tumori, Istituto tumori Milano.

Gianni Tamino, Biologo, già docente di Biologia Università di Padova.

Edoardo Missoni, Medico specializzato in medicina tropicale, Docente di politiche e strategie globali per la salute, SDA Bocconi e Università Milano-Bicocca.

Antonio Pileggi Prof. Avvocato Ordinario Diritto del Lavoro Facoltà di Economia UNI Roma "Tor Vergata".

Maria Angela Vigotti, Biologa, epidemiologa, già ricercatrice dell'Università di Pisa. *Past President* Associazione Italiana Epidemiologia.

Luigi Boeri, Ingegnere, già Presidente commissione VIA-VAS Ministero Ambiente.

Lucia Miligi, Biologa epidemiologa, collaboratrice volontaria per il supporto professionale ai progetti di ricerca finalizzata, ISPRO Firenze.

Maria Teresa Maurello Medico specialista in Igiene e Medicina preventiva, già direttrice UOC Igiene e Sanità Pubblica Az.USL di Arezzo. Presidente sezione ISDE Arezzo.

Simona Agger Ganassi, Prof. Architetto, Member of SIAIS (Italian Society of Architecture and Engineering for Health care). EuHPN (European Health Property Network) Member of the Scientific Committee of ISDE-IT.

Rosa Tavella, Medico internista, già Dirigente medico UO Medicina Interna Ospedale di Lamezia Terme.

Pietro Paris, Ingegnere, già Dirigente tecnologo ISPRA e membro del Risk Assessment Committee dell'Agenzia Europea per le sostanze chimiche.

Liliana Cori, Antropologa, Istituto di Fisiologia Clinica del CNR, Pisa.

Paola Michelozzi, Epidemiologa, Direttore Dipartimento Epidemiologia ASL Roma1, SSR Lazio.

Lucia Bisceglia, Epidemiologa, AReSS Puglia.

Claudio Gianotti, Medico Chirurgo, AUSL Val D'Aosta.

Lucia Toniolo Prof.ssa Ordinaria di Scienza e Tecnologia dei Materiali Politecnico di Milano, Dipartimento di Chimica, Materiali e Ingegneria Chimica "Giulio Natta".

Federico Zanfi Prof. associato di Urbanistica, Politecnico di Milano, Dipartimento DASTU.

Giorgia Zanutto, Medico chirurgo, specialista in Igiene e Medicina Preventiva, Bologna.

Francesco Romizi, Giornalista ambientale, ISDE Italia

Giovanni Viegi, Medico pneumologo ed epidemiologo, già dirigente di ricerca CNR, Palermo e Pisa.

Gianluigi De Gennaro, Chimico, Docente di Chimica dell'Ambiente e di Valutazione d'Impatto Ambientale, Università degli Studi di Bari Aldo Moro. Già membro della Commissione Tecnica di verifica dell'Impatto Ambientale – VIA e VAS del Ministro dell'Ambiente e della Tutela del Territorio.

Paolo Pileri, Prof. Ordinario di Pianificazione territoriale ambientale DASTU Politecnico di Milano.

Alberto Mantovani, Medico veterinario, Tossicologo ed epidemiologo, già dirigente di ricerca Istituto Superiore di Sanità-ISS, membro del Comitato Nazionale Sicurezza Alimentare, Centro Studi KOS - Scienza Arte Società, Roma.

Umberto Agrimi, Medico veterinario, Direttore del Dipartimento Sicurezza alimentare, nutrizione e sanità pubblica veterinaria. Istituto Superiore di Sanità-ISS.

Rosella Ferraris Franceschi, Prof.ssa ordinaria di economia aziendale, Università di Pisa. Medaglia d'oro del Presidente della Repubblica ai Benemeriti della scienza e della cultura.

Andrea Gardini medico, già pediatra ospedaliero, direttore di ospedali ARS Marche. Coordinatore Regionale Qualità Co-Fondatore e membro dei Board ISQua, Slow Medicine e presidente SIQuAS.

Daniele Menniti, Prof. Ingegnere, Ordinario di Sistemi Elettrici per l'Energia, Dipartimento di Ingegneria Meccanica, Energetica e Gestionale Università della Calabria.

Michele Grandolfo, Epidemiologo, già dirigente di ricerca ISS

Luca Mercalli, climatologo, presidente Società Meteorologica Italiana, giornalista scientifico e Ambasciatore del Patto per il Clima dell'Unione Europea.

REVISIONE · Online prima, 12 febbraio 2025 · Accesso Libero

I co-benefici per la salute pubblica delle strategie coerenti con le emissioni nette zero: una revisione sistematica

Léo Moutet, dottore in farmacia ^{a, b}, Paquito Bernard, dottore di ricerca ^{a, b}, Prof.ssa Rosemary Green, PhD ^d, James Milner, dottore di ricerca ^{a, b}, dottore di ricerca ^{a, b}, Prof. Andy Haines, FMedSci ^{d, e}, Dott. Rémy Slama, laurea in filosofia ^a e altri [Mostra altro](#)

Riepilogo

Si prevede che il passaggio a società a emissioni nette zero apporterà benefici collaterali alla salute umana. Tuttavia, l'entità di questi benefici collaterali è scarsamente documentata e potrebbe essere specifica del contesto. Sintetizzare le prove su questi benefici collaterali potrebbe migliorare il coinvolgimento dei decisori e delle popolazioni nelle azioni di mitigazione del clima.

Abbiamo eseguito ricerche nei database di PubMed, Web of Science e Scopus per gli studi pubblicati tra l'inizio del database e il 1° gennaio 2024, identificando 3976 articoli. Di questi, 58 studi quantitativi soddisfacevano i nostri criteri di inclusione e sono stati inclusi in questa revisione sistematica.

Questi 58 articoli hanno esplorato 125 scenari di emissioni nette zero e hanno preso in considerazione vari percorsi attraverso i quali le politiche climatiche possono influenzare la salute umana.

I percorsi che affrontano la qualità dell'aria, l'attività fisica e i cambiamenti nella dieta hanno riscontrato sostanziali benefici collaterali alla salute, con una riduzione media della mortalità dell'1,5%. Studi nazionali o subnazionali hanno dimostrato che le politiche a emissioni nette zero produrrebbero sostanziali benefici locali sulla qualità dell'aria, indipendentemente dalle azioni intraprese nei paesi confinanti.

Tuttavia, questi co-benefici variavano a seconda del settore delle emissioni esplorato, delle leve di decarbonizzazione, dell'approccio di modellazione e della posizione. Gli studi che includevano un'analisi costi-benefici hanno stimato che i benefici monetizzati superavano i costi di implementazione delle politiche climatiche.

Questa revisione sistematica evidenzia la necessità di un quadro standardizzato per valutare e confrontare gli impatti sulla salute delle azioni di mitigazione del clima nei vari settori e conferma che il raggiungimento degli obiettivi net-zero supporta politiche di sanità pubblica di vasta portata.

Introduzione

Il 12 dicembre 2015, 196 governi hanno adottato l'Accordo di Parigi che mira a ridurre le emissioni di gas serra di origine antropica a zero netto entro il 2050 per limitare il riscaldamento globale ben al di sotto dei 2°C rispetto ai livelli preindustriali. [1](#) Gli impegni nazionali risultanti, identificati come contributi determinati a livello nazionale, non riescono a soddisfare questi obiettivi e la maggior parte delle politiche attualmente implementate non raggiunge i contributi promessi. [2,3](#)

Oltre ai contributi determinati a livello nazionale, varie organizzazioni governative o non governative hanno sviluppato roadmap che delineano soluzioni tecniche e politiche per la società per raggiungere emissioni nette zero (vale a dire, emissioni di gas serra ridotte al livello più basso possibile con le emissioni rimanenti compensate da pozzi di carbonio naturali o artificiali). [4,5](#)

Queste strategie attivano diverse leve, come l'innovazione tecnologica per migliorare l'efficienza energetica e consentire una produzione di energia decarbonizzata e strumenti politici, fiscali e comportamentali per ridurre l'uso di energia e materiali, spesso indicati come politiche dal lato della domanda.

È probabile che molte politiche di mitigazione del clima possano apportare benefici alla salute umana, poiché mirano direttamente e indirettamente a rischi ambientali e comportamentali modificabili, come l'inquinamento atmosferico o la dieta. [2,6](#) Diversi studi hanno valutato i benefici collaterali per la salute derivanti da singole azioni di mitigazione del clima o da politiche climatiche multisettoriali regionali o nazionali. [7,8](#)

L' iniziativa *Lancet* Pathfinder ha prodotto una revisione generale che esplora i benefici collaterali per la salute umana di un'ampia gamma di azioni specifiche di mitigazione dei gas serra. [6](#) Finora, nessuna revisione sistematica ha esplorato l'impatto sulla salute di combinazioni di azioni di mitigazione che mirano a raggiungere emissioni nette pari a zero.

Una tale valutazione potrebbe fornire spunti preziosi per identificare specifici percorsi sanitari, settori di attività o leve di decarbonizzazione che probabilmente ottimizzeranno i co-benefici delle azioni di mitigazione del clima. Riassumere le prove esistenti sui co-benefici sanitari dei percorsi verso emissioni nette di gas serra pari a zero è fondamentale anche per aumentare l'impegno delle persone e dei loro governi nelle azioni per il clima, in un contesto in cui le politiche implementate o promesse non sono all'altezza degli obiettivi dell'accordo di Parigi. [9,10](#)

In questa revisione sistematica, presentiamo le attuali prove relative ai co-benefici per la salute di scenari prospettici di emissioni di gas serra nette pari a zero (di seguito denominati scenari nette pari a zero). Confrontiamo i co-benefici per la salute previsti tra gli studi di valutazione dell'impatto sulla salute pubblicati, tenendo conto di vari settori di attività e percorsi di co-beneficio. Identifichiamo inoltre le principali lacune nella conoscenza, le esigenze di ricerca futura e forniamo alcune raccomandazioni per le valutazioni dell'impatto sulla salute di scenari prospettici di emissioni nette pari a zero.

Metodi

Abbiamo condotto una revisione sistematica, seguendo le linee guida PRISMA 2020. [11](#) La checklist PRISMA è disponibile nell'appendice [2 \(pp. 5–7\)](#). Il protocollo dello studio è stato preregistrato il 5 giugno 2023 in PROSPERO (CRD42023429759).

Strategia di ricerca e criteri di selezione

Abbiamo cercato su PubMed, Web of Science e Scopus gli studi pubblicati tra l'inizio del database e il 1° gennaio 2024. La query di ricerca includeva due termini obbligatori, che facevano riferimento alla salute o alla mortalità da un lato e agli obiettivi di emissioni nette zero o al cambiamento climatico limitato dall'altro. I termini di salute e mortalità includevano "salute*" O "mortalità" O "morte*". Gli obiettivi di emissioni nette zero o i termini di cambiamento climatico limitato includevano "zero netto" O "zero netto" O "decarboni*" O "scenario di transizione" O "neutralità del carbonio" O "Accordo di Parigi" O "atto sul cambiamento climatico" O "azione sul cambiamento climatico*" O "atti sul cambiamento climatico" O "obiettivo sul cambiamento climatico*" O "sotto i 2°C" O "sotto i 1,5°C" O "limitato a 2°C" O "scenario a 2°C" O "traiettoria a 2°C" O "limitato a 1,5°C" O "scenario a 1,5°C" O "traiettoria a 1,5°C". La strategia di ricerca dettagliata e i criteri di selezione sono disponibili nell'appendice [2 \(p. 8\)](#).

.....

Risultati

Risultati descrittivi

Abbiamo identificato 3976 record dai tre database, di cui 1433 duplicati sono stati rimossi ([figura 1](#)). Tutti gli autori corrispondenti degli studi inclusi sono stati contattati a dicembre 2023 per richiedere studi peer-reviewed non identificati potenzialmente rilevanti. Dei 2582 abstract esaminati, 92 si sono qualificati per lo screening del testo completo. Nella valutazione del testo completo, 34 studi sono stati esclusi, principalmente perché non stimavano metriche sanitarie quantitative (n=10) o perché non erano esplicitamente basati su scenari net-zero (n=14). 58 studi soddisfacevano i nostri criteri di inclusione ([appendice 2 pp 11–14](#)).

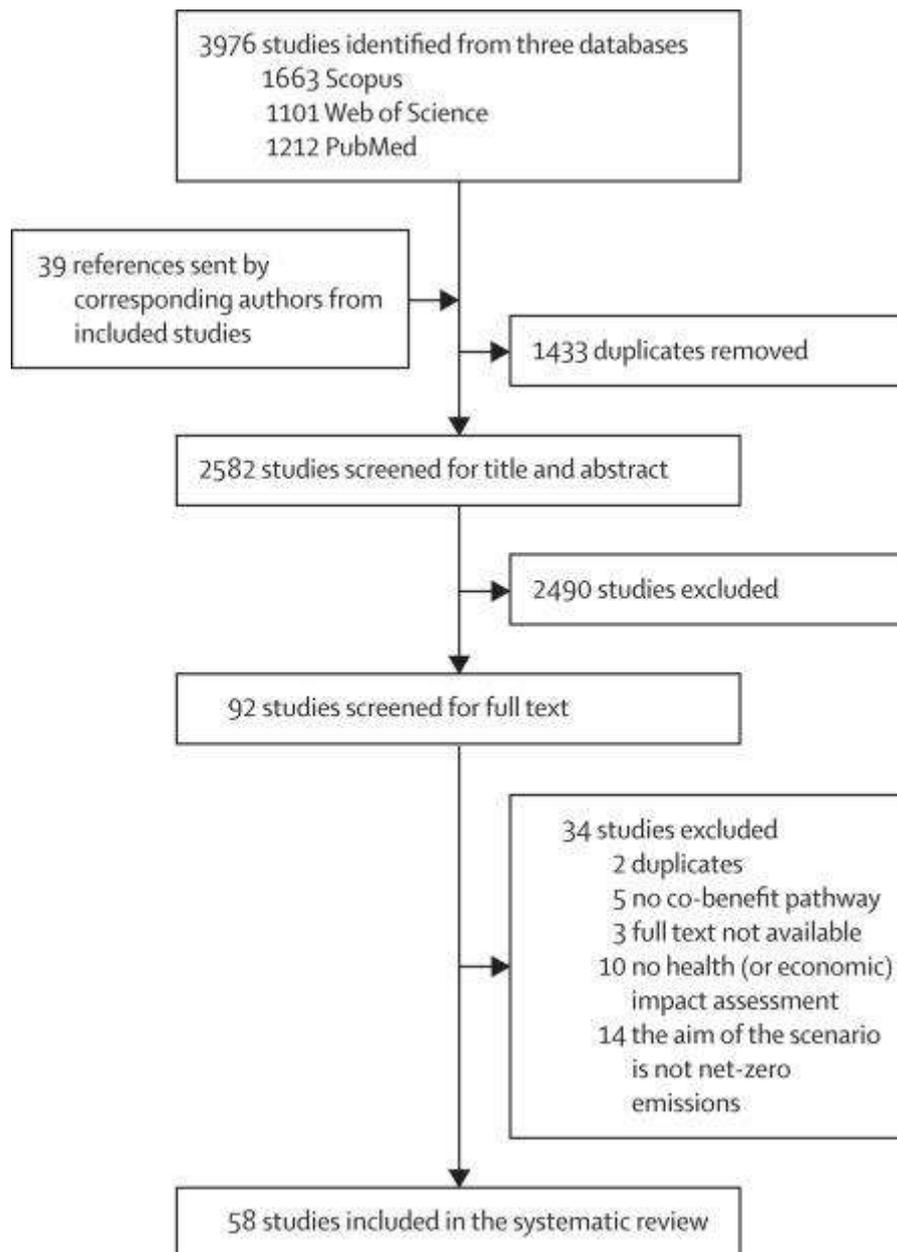


Figura 1 Diagramma di flusso della selezione dello studio

Oltre a 12 studi mondiali, [15–26](#) sono stati condotti otto studi su scala multinazionale ([figura 2](#)) che hanno coinvolto tra due e 139 paesi, [7,8,27–32](#) e 25 studi sono stati condotti in singoli paesi. Queste valutazioni nazionali si sono concentrate sull'Asia nord-orientale, [33–50](#) Europa, [51–54](#) India, [55,56](#) o USA, [57](#) e 13 studi subnazionali sono stati condotti nella Cina orientale, [58–63](#) Europa, [64,65](#) California (USA), [66–68](#) Virginia (USA), [69](#) e Santiago (Cile). [70](#)

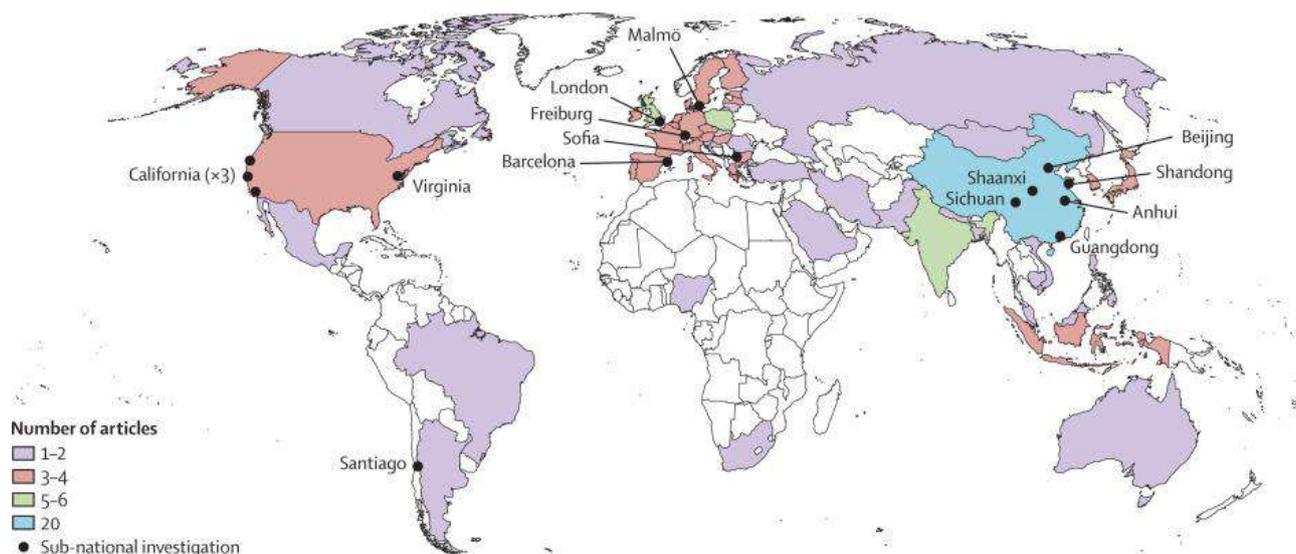


Figura 2 Distribuzione geografica degli studi inclusi nella revisione sistematica

Le principali caratteristiche degli studi inclusi sono descritte nella [figura 3](#). 53 (91%) dei 58 studi inclusi sono stati pubblicati dal 2018 ([figura 3A](#)).

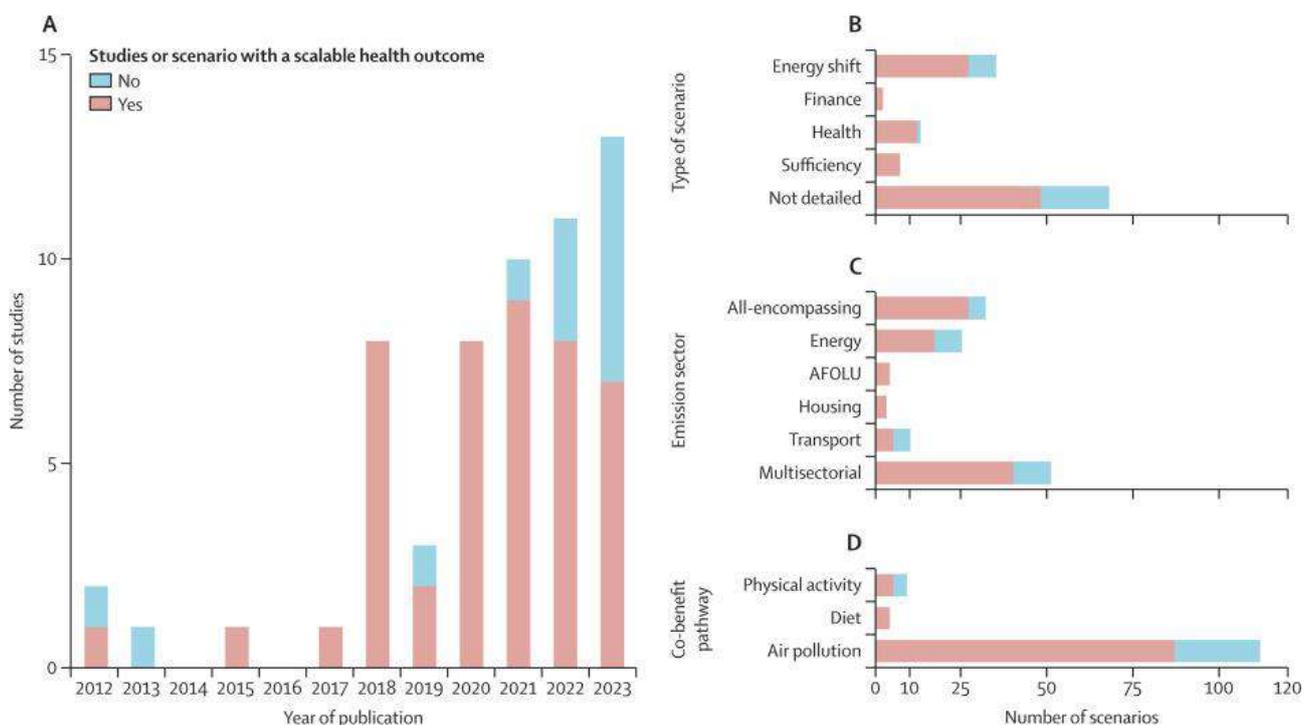


Figura 3 Analisi descrittiva degli studi inclusi, per anno di pubblicazione (A), tipo di scenario (B), settore di emissione (C) e percorso di co-beneficio studiato (D)

Scenari di emissioni nette zero

14 (24%) dei 58 studi hanno valutato scenari completi da piani di emissioni nette zero prospettive esterne, ovvero sviluppati da un'istituzione governativa o non governativa.

Dieci (17%) studi hanno basato i loro scenari su contributi ufficiali determinati a livello nazionale e 20 (34%) studi si sono basati sull'obiettivo di temperatura dell'accordo di Parigi per stimare le successive emissioni di gas serra e le proiezioni di inquinamento atmosferico.

Per 14 (24%) studi, gli autori hanno sviluppato uno scenario interno (ad esempio, anni obiettivo di emissioni nette di CO₂ zero per ciascuno dei paesi del G20) per valutare gli impatti di varie misure specifiche ([appendice 2 pp 3,4](#)).

Dei 125 scenari presentati nei 58 documenti, 58 (46%) scenari fornivano dettagli specifici sulle leve previste per raggiungere emissioni nette pari a zero ([figura 3B](#)).

La principale leva politica identificata era la decarbonizzazione del settore energetico attraverso l'aumento di tecnologie, come la cattura e lo stoccaggio del carbonio, l'energia rinnovabile, l'elettrificazione o lo sviluppo della produzione di energia nucleare.

Alcuni scenari miravano specificamente al miglioramento della salute umana in un approccio di salute in tutte le politiche, più comunemente migliorando la qualità dell'aria. [7,20,21,23,29,31,40,55,59,64,68,70](#)

Sette (6%) scenari si basavano su interventi dal lato della domanda (ad esempio, riduzione della domanda di energia o di trasporto). [8,19,33,37,49,54,58](#) Quattro (3%) scenari si basavano su strumenti finanziari (ad esempio, tasse sul carbonio o prezzi dei parcheggi) [18,55,64,68](#) progettati per indurre vari cambiamenti comportamentali ([appendice 2 p 15](#)).

Settori di emissione e percorsi di co-beneficio considerati

Per ogni scenario proposto nei documenti inclusi, abbiamo esplorato il settore delle emissioni, il percorso di co-beneficio e l'esito sulla salute ([figura 4](#)).

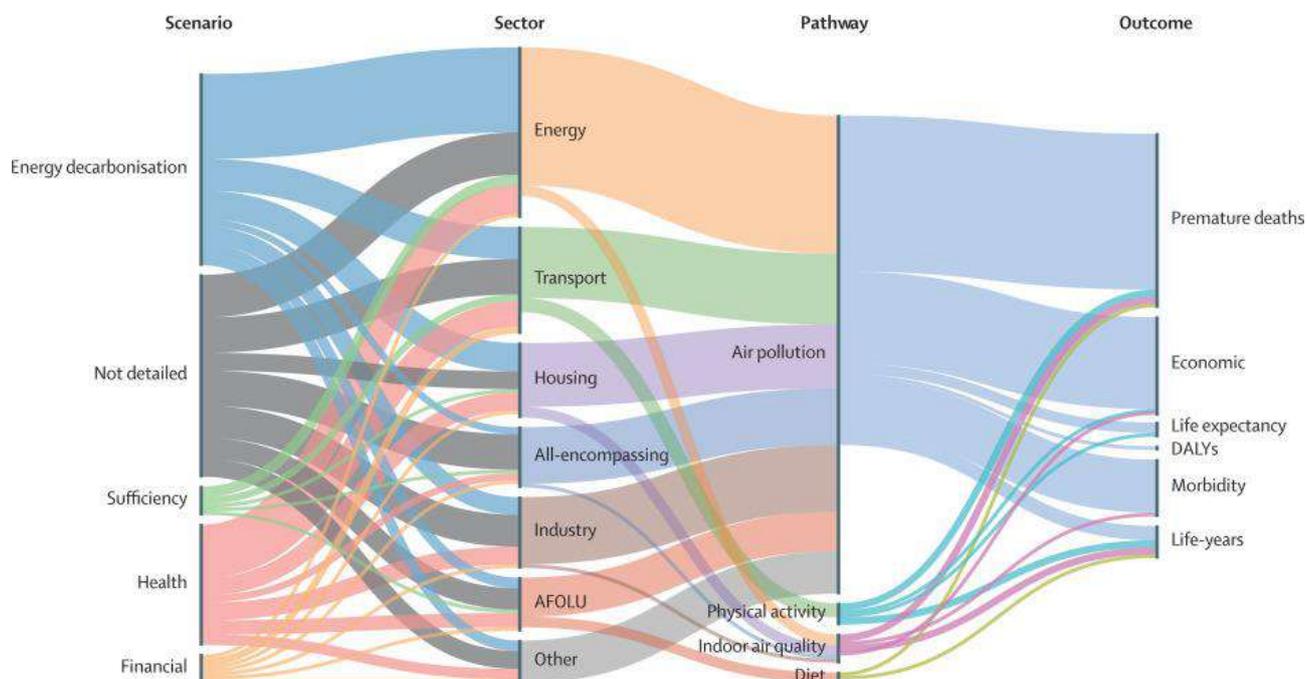


Figura 4 Diagramma di Sankey che mostra il collegamento tra tipo di scenario net-zero, settore delle emissioni, percorso di co-beneficio e risultato sanitario

I settori di emissione più frequentemente studiati sono stati energia (n=40), trasporti (n=27), industria (n=21), edilizia abitativa (n=15) e AFOLU (n=13; [figura 3C](#)). 23 (40%) di 58 studi erano multisettoriali e 14 (24%) studi modellavano le emissioni antropogeniche globali (vale a dire, onnicomprensive), con 13 (22%) di 58 studi che includevano emissioni naturali (ad esempio, incendi della vegetazione, polvere, spruzzi marini e composti organici volatili biogenici). Questi studi non hanno incorporato alcun cambiamento specifico nelle emissioni naturali in base agli scenari.

Per quanto riguarda i percorsi di co-beneficio, 56 (97%) di 58 studi hanno valutato gli impatti sulla salute correlati alla qualità dell'aria, tra cui particolato fine o PM_{2.5} (n=53), O₃ (n=22), SO₂ (n=4), NO_x (n=3), NO₂ (n=4) e PM₁₀ (n=3); cinque di questi studi includevano esposizioni indoor a PM_{2.5} (n=5), radon e fumo di tabacco (n=2), O₃ (n=1), aumento della temperatura invernale attribuibile all'efficienza energetica domestica (n=1) e muffa (n=1). Dei 53 studi che includevano PM_{2.5}, 17 (32%) hanno considerato specificamente il carbonio nero. Cinque (9%) dei 58 scenari hanno indagato l'attività fisica potenziata dal

viaggio attivo, [7,8,54](#) mentre quattro (7%) scenari hanno esaminato cambiamenti dietetici con una riduzione del consumo di carne rossa ([figura 3D](#)). [7,8](#) Due studi (3%) hanno combinato inquinamento atmosferico, dieta e attività fisica, [7,8](#) due studi (3%) si sono concentrati esclusivamente sull'attività fisica, [54,64](#) e uno studio (2%) si è concentrato sulla temperatura dell'aria interna e sulla qualità dell'aria (ad esempio, PM_{2.5}, radon, fumo di tabacco e muffa). [65](#)

.....

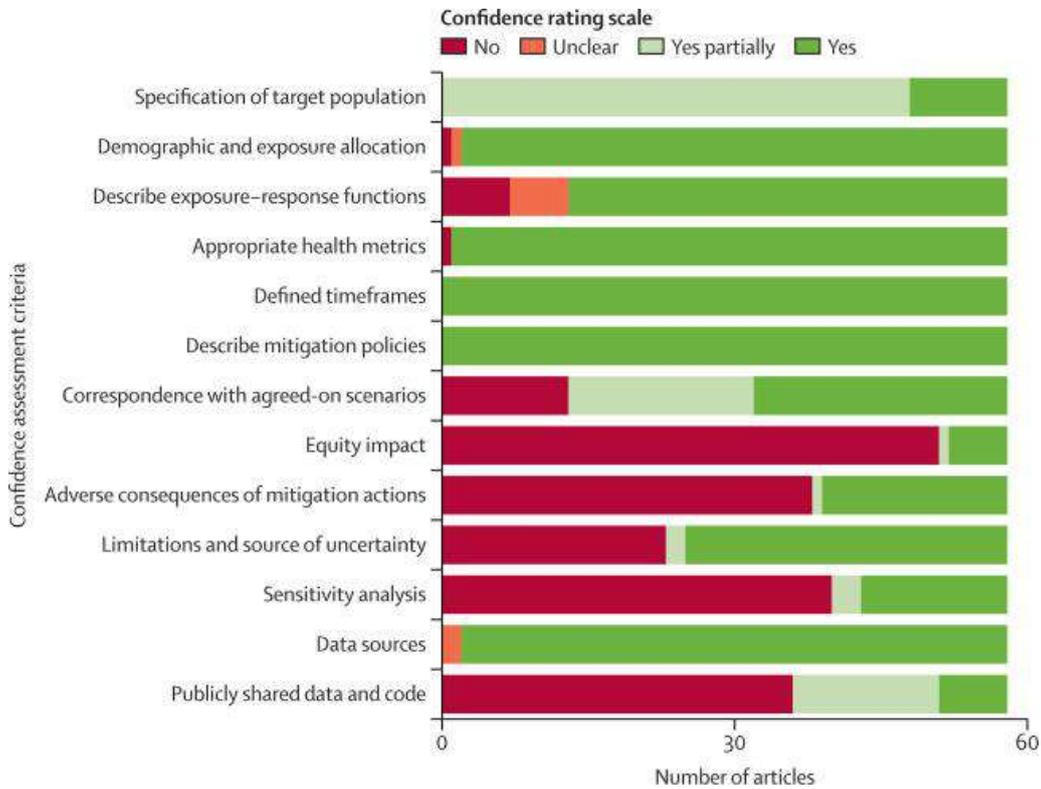


Figura 5 Valutazione della fiducia degli studi inclusi per criteri adattati da Hess e colleghi [13](#)

.....

Discussione

Esaminare i risultati

Studi che valutano l'impatto sulla salute di scenari mirati a emissioni nette zero mostrano co-benefici per la salute pubblica derivanti da una serie di scenari, settori di emissione e percorsi di co-beneficio ([figura 4](#)). 94 (98%) di 96 scenari hanno riscontrato impatti favorevoli sulla salute che dipendevano dalle ipotesi dello scenario, dai percorsi di co-beneficio e dalla regione di implementazione. 48 (50%) di 96 scenari hanno prodotto frazioni di mortalità prevenibili superiori all'1,5%, che rappresentano 234 anni di vita guadagnati ogni 100.000 individui ([appendice 2 p. 18](#)).

Tuttavia, gli impatti sulla salute non possono essere semplicemente estrapolati da un contesto all'altro a causa dell'eterogeneità nei percorsi di co-beneficio, nelle caratteristiche demografiche, nei metodi di modellazione e nelle ipotesi. 11 (85%) di 13 studi che hanno confrontato i costi di implementazione con i benefici sanitari monetizzati hanno riportato che i costi delle politiche net-zero sarebbero compensati dai guadagni economici forniti dai benefici sanitari.

Le prove disponibili si sono concentrate principalmente su tre principali percorsi sanitari: si stima che i rischi alimentari siano responsabili di fino a 7 milioni di decessi globali all'anno, l'inquinamento atmosferico dovuto alla combustione di combustibili fossili di 5 milioni di decessi globali all'anno e l'inattività fisica di 4 milioni di decessi globali all'anno. [14,71,73](#)

Analogamente a modelli alimentari migliorati, una ridotta esposizione all'inquinamento atmosferico avrebbe il potenziale per produrre benefici per la salute molto importanti, soprattutto nelle regioni ad alta densità e inquinate. [7](#) Politiche più complete che mirino anche alla qualità dell'aria interna potrebbero produrre maggiori benefici per la salute in alcune regioni. [8](#)

Anche le politiche di viaggio attive hanno un grande potenziale laddove una bassa attività fisica induce già un elevato carico sanitario. [7](#)

La nostra revisione sistematica ha identificato diverse fonti di variabilità nei risultati sanitari valutati. Negli studi esaminati, la maggior parte dei risultati sanitari è stata valutata tramite metodi di valutazione comparativa del rischio o approcci di lifetable.

La valutazione comparativa del rischio è un approccio più semplice, ma potrebbe sovrastimare i risultati sanitari perché evita completamente una parte dei decessi. Gli approcci di lifetable adottano un modello più realistico di decessi nel tempo, poiché tengono conto della mortalità specifica per età nella popolazione. [73](#)

Le ipotesi relative allo scenario di base, in particolare l'evoluzione delle emissioni di gas serra, potrebbero influenzare l'entità dei risultati sanitari previsti ([figura 6C](#)).

Anche gli scenari e le impostazioni esplorati erano altamente variabili. La decarbonizzazione energetica basata su varie tecnologie ha ricevuto la massima attenzione. Tuttavia, molti scenari net-zero non erano espliciti nelle trasformazioni ipotizzate per raggiungere net zero. Nonostante l'elevato potenziale di mitigazione e la sinergia con il benessere delle strategie di riduzione della domanda, queste sono state spesso marginalizzate nella politica e negli scenari climatici ([appendice 2 p. 15](#)), con molti studi che non sono riusciti a specificare i meccanismi di attuazione. [6,74](#) La maggior parte degli studi è stata condotta in regioni ad alto reddito ([appendice 2 p. 19](#)) e solo pochi hanno affrontato le disuguaglianze sanitarie, nonostante la loro rilevanza per la salute pubblica e la giustizia ambientale. [75](#)

Implicazioni dei risultati

Dato il lungo tempo di residenza di alcuni gas serra (in particolare la CO₂) nell'atmosfera, azioni di mitigazione accelerate ed eque hanno il potenziale per raggiungere emissioni nette pari a zero solo a medio termine (vale a dire, un decennio) o a lungo termine (vale a dire, diversi decenni), a seconda del settore delle emissioni (2030-35 per AFOLU e 2050 per l'industria). [3](#)

Al contrario, queste stesse azioni hanno il potenziale per migliorare immediatamente la salute e il benessere [2](#) migliorando i risultati cardiovascolari, respiratori e di salute mentale associati a percorsi di co-beneficio, [76,77](#) in particolare dall'inquinamento atmosferico, dalla dieta e dall'attività fisica. [8](#)

Un'altra caratteristica importante dei co-benefici per la salute delle politiche di mitigazione del clima evidenziati da questa revisione sistematica è la loro natura in gran parte incondizionata.

Da una prospettiva climatica, le azioni di mitigazione devono essere implementate nella maggior parte dei paesi e delle regioni per mitigare il riscaldamento globale. Poiché i benefici climatici sono condizionati ad azioni coordinate a livello globale, potrebbero essere inclini al problema del free-rider, in cui gli attori non contribuiscono attivamente agli sforzi mentre si aspettano di trarre vantaggio dai benefici collettivi.

Al contrario, la maggior parte degli studi che proiettano scenari net-zero ha riportato importanti co-benefici per la salute senza fare ipotesi specifiche riguardo alle azioni coordinate a livello globale per il clima. In altre parole, i co-benefici per la salute delle politiche di mitigazione sono in gran parte incondizionati all'azione per il clima di altri paesi o regioni e quindi è probabile che siano meno influenzati dal problema del free-rider.

Per alcuni percorsi (ad esempio, attività fisica e dieta), i benefici per la salute sono limitati ai paesi e alle regioni che implementano le politiche.

Per quanto riguarda la qualità dell'aria, l'entità dei benefici per la salute dipende in parte dalle politiche attuate dai paesi confinanti, [15,28](#) ma 34 (97%) dei 35 studi che valutano i percorsi di inquinamento atmosferico su scala nazionale o subnazionale hanno rivelato che le politiche net-zero apporterebbero sostanziali benefici alla qualità dell'aria a livello locale, indipendentemente dalle azioni intraprese nei paesi confinanti.

Basandosi sulla valutazione monetaria degli impatti sulla salute, gli studi hanno dimostrato che i co-benefici per la salute delle politiche climatiche hanno il potenziale di superare i costi delle politiche net-zero, a seconda della regione, con India e Cina che mostrano i maggiori benefici. L'Intergovernmental Panel on Climate Change

ha anche riferito che i benefici globali delle politiche climatiche (senza tenere conto della salute) superano il costo della mitigazione. [2](#)

Le valutazioni dell'impatto economico prevedono altri benefici che influenzano direttamente o indirettamente la salute umana, come la creazione netta di milioni di posti di lavoro, meno giornate lavorative perse e decine di miliardi di dollari per la produttività del lavoro, aumenti della resa delle colture, riduzione delle spese ospedaliere, [15,27,57,69](#) e un sistema energetico più resiliente. [20](#)

.....

Prospettive e direzioni future

In questo articolo, proponiamo diverse raccomandazioni per la futura valutazione dell'impatto sulla salute degli scenari a zero emissioni nette, dedotte dalla nostra revisione sistematica.

In primo luogo, gli studi dovrebbero indicare e giustificare chiaramente quali leve di mitigazione sono implicite nella politica valutata per stimare meglio gli impatti di diversi tipi di politiche di emissioni nette zero. [19,59,64](#) Le politiche di mitigazione dal lato della domanda sono essenziali in quanto hanno il potenziale per indurre cambiamenti fondamentali nello stile di vita che supporterebbero l'implementazione di azioni sostenibili e sane. [74](#)

Le politiche e le azioni devono estendersi oltre i miglioramenti dell'efficienza tecnologica per affrontare i sistemi non sostenibili che determinano elevate richieste di energia e materiali, portando a emissioni elevate e trascurando gli ambienti sani. [6](#) Questo aspetto è particolarmente evidente nel settore dei trasporti, dove le politiche di decarbonizzazione focalizzate esclusivamente sui miglioramenti tecnologici potrebbero esacerbare l'inattività fisica nella popolazione. [89](#)

Poiché l'invecchiamento della popolazione può avere un impatto sostanziale sulle stime, [47](#) le valutazioni dell'impatto sulla salute dovrebbero preferire approcci basati sulla tabella di vita per stimare più accuratamente gli impatti sulla salute nel tempo; gli scenari di base dovrebbero includere una proiezione della popolazione studiata per confrontare gli impatti in base alla stessa piramide della popolazione. Le valutazioni prospettive dell'impatto sulla salute degli scenari net-zero dovrebbero utilizzare attentamente indicatori di vulnerabilità adattati per valutare gli impatti sulla salute quando possibile e dovrebbero altrimenti affrontare qualitativamente gli impatti della disuguaglianza. [90](#)

La valutazione delle politiche di decarbonizzazione energetica dovrebbe affrontare la povertà energetica, che ha implicazioni di giustizia ambientale. [91](#) La nostra revisione sistematica ha evidenziato che la letteratura è dominata da risultati prodotti in nazioni che sono grandi emettitori di gas serra.

La scarsità di codice e condivisione dei dati da parte della maggior parte degli studi rappresenta un ostacolo al progresso del monitoraggio dell'impatto sulla salute associato a scenari net-zero, come lo sviluppo di revisioni sistematiche viventi. Accelerare la ricerca e il monitoraggio dei risultati sanitari è essenziale per fornire un feedback tempestivo e basato su prove ai decisori.

Sebbene diversi metodi di modellazione potrebbero esplorare ampi tipi di co-benefici e azioni per il clima, un quadro unificato sarebbe utile per confrontare le leve del percorso di mitigazione e di co-beneficio. [13,89](#) Tale quadro includerebbe la descrizione delle esposizioni, dei risultati, dei percorsi, della funzione esposizione-risposta, delle proiezioni demografiche, dei metodi di valutazione dell'impatto sulla salute (preferendo approcci basati sulla tabella di vita e scenari di base pertinenti) e l'attribuzione dei risultati sulla salute nel tempo. [92](#)

Conclusione

La nostra sintesi delle prove disponibili suggerisce che, nei paesi con elevate emissioni di gas serra, raggiungere emissioni nette pari a zero in diversi settori genererebbe grandi benefici collaterali per la salute e impedirebbe una frazione considerevole di mortalità. Pertanto, ogni ulteriore ritardo nell'implementazione di cambiamenti trasformativi verso una società a emissioni nette pari a zero non solo aumenta i rischi indotti dal cambiamento climatico, ma è anche un'opportunità persa per migliorare la salute umana. I benefici collaterali per la salute delle politiche di mitigazione del clima dovrebbero manifestarsi nel breve termine, non sono condizionati all'azione climatica coordinata a livello globale e possono superare i costi delle politiche

di mitigazione, evidenziando come i benefici collaterali per la salute possano guidare un'azione di mitigazione di impatto.

[https://www.thelancet.com/journals/lanplh/article/PIIS2542-5196\(24\)00330-9/fulltext?dgcid=raven_jbs_aip_email](https://www.thelancet.com/journals/lanplh/article/PIIS2542-5196(24)00330-9/fulltext?dgcid=raven_jbs_aip_email)

THE LANCET
Public Health

Questo diario Riviste Pubblicare Clinico Salute globale Multimedia Eventi Di

POLITICA SANITARIA · Online prima, 07 febbraio 2025 · Accesso Libero

Affrontare il crescente peso dei danni alla salute pubblica indotti dal protossido di azoto

Safiya A Zaloum, laureata in medicina e chirurgia · Devan Mair, laureato in medicina e chirurgia · Alvar Paris, MB BChir^{a, b},
Laura J Smith, dottoressa di ricerca · Dott.ssa Marta Patyjewicz · Barbara L Onen, MBChB^c, e altriMostra altro

Riepilogo

Il protossido di azoto è diventato sempre più popolare come droga ricreativa nell'ultimo decennio, e con questo è aumentato il danno alla salute correlato all'uso di protossido di azoto, in particolare la mieloneuropatia indotta da protossido di azoto. In risposta, i governi di molti paesi hanno adottato nuove leggi che prendono di mira l'utente finale, criminalizzando il possesso, o i fornitori. L'effetto di queste misure deve ancora essere visto, ma il potenziale di esacerbare il danno prendendo di mira l'utente e quindi influenzando il comportamento di ricerca dell'assistenza sanitaria è una preoccupazione. L'educazione sui danni prevenibili derivanti dall'uso ricreativo di protossido di azoto e il rafforzamento delle normative sui fornitori sono essenziali per mitigare l'aumento dei danni alla salute correlati al protossido di azoto.

Introduzione

Il protossido di azoto, comunemente noto come gas esilarante, è un anestetico utilizzato in ambito medico e dentistico. Quando inalato a scopo ricreativo provoca un effetto euforico di 5–20 secondi. [1](#) L'uso ricreativo del protossido di azoto è in aumento [2](#) e, con questo, segnalazioni di gravi danni derivanti dall'uso. [3](#) Il Global Drug Survey, un sondaggio volontario condotto su oltre 32.000 partecipanti in 22 paesi (per lo più europei), ha rilevato che il 22,5% degli intervistati aveva utilizzato protossido di azoto nel corso della propria vita e quasi il 10% lo aveva utilizzato nell'ultimo anno. [4](#) Le tendenze settantennali indicano un aumento globale dell'uso di protossido di azoto dal 10% nel 2015 al 20% nel 2021. [2](#) Il protossido di azoto è la terza droga più comunemente utilizzata dopo cannabis e cocaina nel Regno Unito. [5](#) L'uso è più elevato tra le persone di età compresa tra 16 e 24 anni, sebbene le stime di prevalenza potrebbero essere imprecise a causa della natura volontaria delle indagini. Tra le persone di età compresa tra 16 e 24 anni, un sondaggio auto-riportato di 592.000 persone a livello globale ha stimato che il 24% ha utilizzato protossido di azoto nel 2021, [2](#) mentre l'indagine nazionale sulla criminalità in Inghilterra e Galles ha stimato che il 4,2% lo ha utilizzato in questa fascia di età nel 2022-23, in calo rispetto al picco del 9% nel 2016-17. [5](#) Nonostante questo apparente calo, questi dati non equivalgono necessariamente a una riduzione del danno, poiché uno spostamento dell'uso nei festival e nei locali notturni (vale a dire, utenti occasionali), all'uso a casa o in spazi pubblici (vale a dire, utenti assidui), potrebbe rappresentare un passaggio dall'uso sporadico di protossido di azoto a un uso intenso e frequente. L'aumento dei ricoveri ospedalieri nel 2022 dovuto a solventi e anestetici

inalati, incluso il protossido di azoto, potrebbe indicare un aumento delle persone che ne fanno un uso intenso, contrariamente alle tendenze nazionali generali. [6](#) Gli utenti di protossido di azoto che aumentano progressivamente il consumo potrebbero persino soddisfare i criteri per i disturbi da dipendenza. [7,8](#) Inoltre, è comune l'uso concomitante di farmaci con protossido di azoto. [9](#)

La maggior parte dei sondaggi si concentra sulle persone di età superiore ai 16 anni, trascurando un importante gruppo demografico noto per l'uso di protossido di azoto. Un sondaggio del 2016 ha rilevato che al 9% delle persone di età compresa tra 11 e 15 anni era stato offerto protossido di azoto [10](#) e nel 2021, l'1,8% delle persone di età compresa tra 11 e 15 anni nel Regno Unito ha ammesso di aver utilizzato protossido di azoto. [6](#) Non ci sono dati a livello di popolazione sull'uso di protossido di azoto stratificato per gruppi etnici. I sud asiatici costituivano il 57% dei pazienti in una vasta serie di casi, secondo i dati demografici auto-riportati sulle cartelle cliniche elettroniche, sebbene i dati demografici delle aree urbane in cui si sono verificati i casi potrebbero aver contribuito a questo. [9](#)

Il protossido di azoto è percepito da molti nella popolazione come un farmaco relativamente sicuro. Tra 140 giovani adulti intervistati a Londra, quasi l'80% dei non utilizzatori ha riferito che era molto probabile che avrebbe provato il protossido di azoto nei successivi 3 mesi. [1](#) In un sondaggio del 2016, solo il 23,5% degli utilizzatori di protossido di azoto era preoccupato per l'effetto dell'uso di protossido di azoto sulla propria salute fisica e il 22,5% era preoccupato per la propria salute mentale. [11](#) Alcune persone percepiscono il protossido di azoto come preferibile ad altri farmaci a causa della sua durata di effetto più breve, dell'assenza di un effetto di postumi di sbornia comunemente segnalato e di un'idea sbagliata di nessuna compromissione esecutiva percepita. [12](#) Il protossido di azoto è relativamente accessibile, venduto nei negozi e ampiamente su Internet. Quasi un quarto delle persone ritiene che sarebbe molto o abbastanza facile ottenere il protossido di azoto entro 24 ore, secondo un sondaggio del Regno Unito. [5](#)

Si ritiene che tre fattori principali siano la causa dell'aumento dell'uso di protossido di azoto (e dei relativi danni alla salute) nel Regno Unito. In primo luogo, il protossido di azoto è economico da acquistare online. In secondo luogo, dal 2017 sono disponibili bombole più grandi contenenti circa 70 volte la quantità di protossido di azoto delle bombole tradizionali. I produttori ora producono bombole da 2000 g e in vari gusti, come ananas e cocco. Le aziende riconoscono che il gas è profumato, non aromatizzato. [13](#) Non esiste un uso legittimo per il gas propellente profumato nel settore della ristorazione. In terzo luogo, nonostante sia ora classificato come droga di Classe C nel Regno Unito, la facilità di acquisto online continua senza la necessità di fornire alcuna forma di licenza. Senza un odore distinto e con un minimo di strumenti palesi correlati alla droga, potrebbe essere più facile nascondere l'uso di protossido di azoto rispetto ad altre droghe ricreative popolari.

.....

L'approccio della sanità pubblica al protossido di azoto

L'approccio alla salute pubblica nel Regno Unito

Il governo del Regno Unito ha rivisto la propria legislazione sul protossido di azoto nel 2023. Prima del 2023, la legislazione ai sensi dello Psychoactive Substances Act del 2016 stabiliva che era illegale fornire, produrre e trasportare il protossido di azoto con l'intento di fornirlo, ma non era illegale possederlo. [49](#) Da gennaio 2018 a settembre 2021, la Metropolitan Police di Londra ha registrato 84 reati correlati al protossido di azoto ai sensi dello Psychoactive Substances Act. [50](#) Nei 2 anni successivi allo Psychoactive Substances Act del 2016, non sembrava esserci un cambiamento nell'uso del protossido di azoto e ci sono stati almeno 202 sequestri di protossido di azoto da parte della polizia. In alcune aree del Regno Unito, tra cui il borgo londinese di Tower Hamlets, sono in vigore dal 2021 [10 ordini di protezione degli spazi pubblici per comportamenti antisociali legati all'uso di protossido di azoto](#). [51](#) Tra maggio 2021 e la fine di novembre 2022, gli ufficiali di controllo di Tower Hamlets, ai sensi degli ordini di protezione degli spazi pubblici per il protossido di azoto, hanno emesso 86 avvertimenti per comportamenti antisociali e 70 misure di controllo. [52](#)

L'Advisory Council on the Misuse of Drugs (ACMD) è stato incaricato dal Ministero dell'Interno del Regno Unito a settembre 2021 di esaminare le implicazioni sanitarie e sociali dell'uso di protossido di azoto. Questo sforzo è stato accelerato a gennaio 2023. L'ACMD ha raccomandato misure aggiuntive per affrontare la

fornitura non legittima di protossido di azoto e ha sostenuto una maggiore istruzione per il pubblico e gli operatori sanitari sui danni associati al protossido di azoto ([appendice p 1](#)). L'ACMD ha sconsigliato di aggiungere il protossido di azoto al Misuse of Drugs Act del 1971 in quanto non sarebbe proporzionato ai danni, avrebbe criminalizzato i giovani e avrebbe colpito i settori che usano il protossido di azoto legittimamente. [6](#) Il governo del Regno Unito ha comunque deciso di controllare il protossido di azoto ai sensi del Misuse of Drugs Act del 1971, classificandolo come droga di Classe C e citando motivi di comportamento antisociale, abbandono di rifiuti e danni alla salute. [53](#) Il possesso può ora comportare una pena detentiva di 2 anni insieme a una multa illimitata, mentre la fornitura e la produzione possono comportare una pena di 14 anni. [49](#)

A livello nazionale, nessun programma o intervento di sanità pubblica (raccomandazione 3 dell'ACMD) ha accompagnato il cambiamento della legislazione. Sono state avviate diverse campagne locali su piccola scala per fornire istruzione e consapevolezza a livello locale. Ad esempio, N₂O: Know The Risks in east London è stato lanciato nel 2021 in risposta al crescente numero di persone che si sono presentate negli ospedali di Londra con danni correlati al protossido di azoto. Questa iniziativa offre workshop interattivi ai giovani di Tower Hamlets per potenziare la loro conoscenza sui rischi del protossido di azoto. [54](#) Neurologi e altri professionisti sanitari si sono rivolti ai social media per dissuadere i giovani dal consumare protossido di azoto. [55](#)

Approcci alla sanità pubblica in Europa

Un divieto totale sul protossido di azoto non è ampiamente supportato dagli esperti, dato che sarebbe difficile da far rispettare a causa degli usi legittimi del protossido di azoto. [56](#) Sebbene la maggior parte dei paesi non abbia introdotto misure specificamente mirate al protossido di azoto, alcuni hanno introdotto leggi in risposta alla crescente popolarità del protossido di azoto ([figura 2](#)) e alle preoccupazioni per la salute. [3](#) Francia, Irlanda e Danimarca hanno proibito la vendita di protossido di azoto a persone di età inferiore ai 18 anni, sebbene questo sia probabilmente facilmente aggirabile data la facilità di accesso al protossido di azoto tramite Internet. La Francia sta inserendo informazioni sui danni dell'inalazione di protossido di azoto sulla confezione di tutte le forme di protossido di azoto. [3](#) La Lituania ha vietato il protossido di azoto, tranne che per scopi medici e industriali, nel 2020. [3](#) L'Irlanda ne vieta la vendita ai sensi del Criminal Justice (Psychoactive Substances) Act del 2010, utilizzando una legislazione simile a quella del Regno Unito prima del 2023. [57](#) Nel 2023, la Danimarca ha vietato il possesso di protossido di azoto in un luogo pubblico e ha reso illegale la vendita a scopo di intossicazione. [58](#)

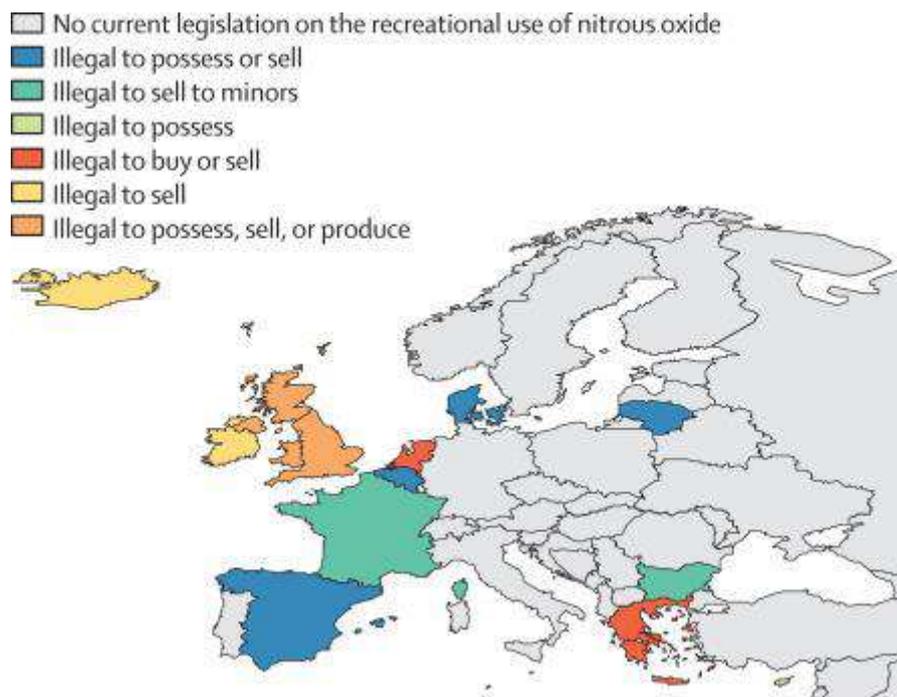


Figura 2 Legislazione sull'uso ricreativo del protossido di azoto in Europa

I Paesi Bassi hanno vietato il protossido di azoto a partire dal 2023 aggiungendolo all'Allegato II della legge olandese sull'oppio, proibendo l'importazione, l'esportazione e il commercio di protossido di azoto. Questa legislazione ne proibisce la vendita piuttosto che l'uso, sebbene la vendita come additivo alimentare sarà comunque consentita. Questo approccio è stato adottato per non scoraggiare le persone dal cercare aiuto in caso di problemi di salute, una preoccupazione condivisa dagli operatori sanitari in molti paesi. [45,56](#) Il Belgio ha vietato il possesso, il trasporto e la vendita di protossido di azoto sia fisicamente che online, a meno che non siano destinati a scopi medici, tecnici o di ristorazione. [59](#) Non siamo riusciti a individuare alcuna normativa a livello dell'UE sulla vendita, il possesso o il consumo di protossido di azoto.

Approcci alla salute pubblica a livello globale

Al di fuori dell'Europa, meno paesi hanno leggi che regolano l'uso ricreativo del protossido di azoto. In Australia, le leggi relative al protossido di azoto variano a seconda dello stato. Ad esempio, nello stato dell'Australia Meridionale, la vendita di protossido di azoto è limitata ai sensi del Controlled Substances Act del 1984, che proibisce la vendita di protossido di azoto a persone di età inferiore ai 18 anni e rende il protossido di azoto visibile e accessibile nei negozi al dettaglio, [60](#) mentre nell'Australia Occidentale, una nuova legislazione più severa introdotta alla fine del 2024 limita la vendita di protossido di azoto alle attività alimentari e delle bevande registrate e limita la vendita solo a bombolette da 10 g, con bombolette più grandi vietate. [61](#) In Canada, è vietato vendere o pubblicizzare la vendita di protossido di azoto al pubblico in generale. [62](#) Negli Stati Uniti non esiste una legge federale sul protossido di azoto; tuttavia, le normative a livello statale differiscono. In California, una persona può essere ritenuta colpevole di un reato minore se inala protossido di azoto per scopi ricreativi. [63](#) Inoltre, una persona che consapevolmente distribuisce protossido di azoto per intossicazione è passibile di una multa fino a 1000 \$ USA o di una reclusione fino a 6 mesi. [64](#) Nel 2020, Taiwan ha affrontato il crescente uso ricreativo di protossido di azoto regolamentando i fornitori. Taiwan ha elencato il protossido di azoto come sostanza controllata, il che significava che gli operatori senza licenza coinvolti nella fornitura di protossido di azoto potevano essere multati e da allora i produttori di protossido di azoto hanno dovuto registrare ogni transazione e presentare un rapporto mensile di queste al governo. [65](#) La legislazione incoerente sul protossido di azoto potrebbe essere dovuta a molti fattori. Il protossido di azoto è difficile da regolamentare a causa dei suoi legittimi usi nei settori sanitario e industriale. L'applicazione di qualsiasi legge che prenda di mira la vendita o il possesso di protossido di azoto diventa difficile in quanto richiede di distinguere l'uso ricreativo da quello legittimo. La legislazione scarsa indica una popolarità variabile del protossido di azoto. Sebbene il protossido di azoto sia popolare nell'Europa occidentale e in alcune parti del sud-est asiatico come droga ricreativa, questo potrebbe non essere il caso in altri paesi, a causa di fattori culturali, sociali ed economici.

Effetti della politica

Resta da vedere l'effetto dell'approvazione da parte del governo del Regno Unito di una legge per rendere il protossido di azoto una droga di classe C. Né la depenalizzazione né le punizioni per il possesso di droga sono correlate ai tassi di consumo di altre droghe. [66](#) La maggior parte della ricerca e delle politiche si concentra sugli adulti, persone di età superiore ai 16 o 18 anni, ma adolescenti di appena 14 anni hanno subito danni neurologici a causa dell'uso di protossido di azoto. [9](#) Potrebbero esserci problemi di tutela per alcuni minori che usano protossido di azoto, ed è importante che non venga adottato un approccio punitivo con questi giovani. Uno studio condotto a Parigi, in Francia, ha dimostrato che i sobborghi più svantaggiati dal punto di vista sociale erano i più colpiti dai casi di danni neurologici indotti dal protossido di azoto. [16](#) Nel 2001, il Portogallo ha modificato la legislazione per considerare illegale il possesso di qualsiasi droga illecita, ma senza che ne conseguano procedimenti penali se la quantità di droga posseduta è inferiore alla quantità che un consumatore medio userebbe in 10 giorni. Le persone trovate in possesso di droga vengono indirizzate a un gruppo che le indirizza ai servizi appropriati. La politica di depenalizzazione in Portogallo non ha portato a un aumento del consumo di droga, anzi i tassi per la maggior parte delle droghe sono inferiori ai livelli precedenti al 2001. Anche i danni correlati alla droga sono diminuiti, probabilmente grazie alla riduzione del danno e all'implementazione del trattamento. [67](#) La depenalizzazione potrebbe rendere più facile

l'accesso al supporto di cui i consumatori hanno bisogno per ridurre o interrompere il consumo di droga, se lo desiderano.

La ragione principale citata per classificare il protossido di azoto come droga di Classe C nel Regno Unito era dovuta al comportamento antisociale e all'abbandono di rifiuti. Prima della decisione di criminalizzare, l'ACMD ha chiesto prove sull'abbandono di rifiuti, sul comportamento antisociale e sulla violenza. L'abbandono di rifiuti è stato registrato aneddoticamente; tuttavia, l'ACMD non ha trovato prove sostanziali per associare il protossido di azoto al comportamento antisociale. L'ACMD ha trovato poche prove di associazione con la violenza nella maggior parte degli utilizzatori, [6](#) mentre l'European Crime Prevention Network ha descritto un basso rischio di criminalità organizzata da protossido di azoto, sebbene abbia menzionato che rendere illegale il protossido di azoto potrebbe propagare tali reti. [56](#)

Per alcuni utilizzatori di protossido di azoto, in particolare i giovani, potrebbe essere necessario un supporto completo in più ambiti della loro vita, come supporto per l'alloggio, l'occupazione e l'istruzione, non solo per la cessazione del protossido di azoto. I giovani, in particolare provenienti da contesti svantaggiati con un uso regolare di grandi volumi di protossido di azoto, potrebbero richiedere un supporto aggiuntivo oltre all'approccio puramente legislativo. La criminalizzazione potrebbe rappresentare un'ulteriore barriera all'accesso a questo supporto. L'istruzione pubblica e della comunità ha un ruolo nel ridurre i danni prevenibili. L'accesso a un trattamento regolare per i sintomi neurologici dovuti all'uso di protossido di azoto è essenziale per un potenziale recupero e le emergenze mediche più rare (ad esempio, pneumotorace o embolia polmonare) richiedono attenzione immediata e non cercare aiuto potrebbe essere fatale. Tuttavia, rispetto ad altri farmaci di classe C, come le benzodiazepine, i decessi annuali per protossido di azoto nel Regno Unito sono bassi, 56 decessi rispetto a oltre 2000 decessi per benzodiazepine durante un periodo di 19 anni. [6](#) Resta da vedere se il recente cambiamento di politica porterà a un ritardo nella diagnosi e nel trattamento e a peggiori risultati a lungo termine.

L'European Crime Prevention Network sostiene la creazione di partnership comunitarie per contrastare l'abuso di protossido di azoto. Ad esempio, collaborando con i venditori locali per ridurre la visibilità del protossido di azoto nei negozi o introducendo la necessità di un documento di identità al momento dell'acquisto del protossido di azoto. Le campagne di sensibilizzazione mirate a livello locale sono fondamentali per ridurre i danni. [56](#) Nel Regno Unito, ci sono indicazioni che molti venditori vendano protossido di azoto per scopi non legittimi, a volte confezionando integratori di B12, palloncini o altre apparecchiature di distribuzione del gas. [6](#) Per Winstock e Ferris [14](#) (che gestiscono il Global Drug Survey), è improbabile che l'uso di protossido di azoto diminuisca in risposta a un aumento delle misure di controllo, ma al contrario le campagne di promozione della salute che aumentano la consapevolezza dei rischi neurologici sono probabilmente l'approccio più efficace. [14](#)

I danni alla salute e sociali associati all'uso di protossido di azoto stanno aumentando nelle città del Regno Unito e in tutta Europa, e in diverse altre parti del mondo. Sono necessarie ulteriori ricerche per comprendere meglio l'intera gamma di effetti sulla salute e sociali del protossido di azoto, e sono necessarie più azioni per educare i soggetti maggiormente a rischio di uso di protossido di azoto e campagne mirate per i consumatori abituali di protossido di azoto, maggiormente a rischio di conseguenze per la salute. Sebbene le leggi possano ridurre l'uso, sono necessarie un'educazione per prevenire i danni e interventi mirati ai venditori, non all'utente finale. La politica sanitaria svolgerà un ruolo cruciale nel determinare la traiettoria delle presentazioni indotte dal protossido di azoto e come risponde la popolazione che usa il protossido di azoto. La prevenzione è fondamentale per ridurre i danni che i giovani subiscono a causa dell'uso di protossido di azoto. Sono essenziali strategie mirate per educare i soggetti più a rischio. L'uso dei social media e delle iniziative della comunità per raggiungere i soggetti più a rischio di subire danni dovrebbe essere continuato, rendendo al contempo più difficile ottenere il protossido di azoto. Sarà essenziale chiedere conto ai venditori, sia fisici che online, per ridurre l'accessibilità e l'uso del protossido di azoto e i danni da esso causati.

[https://www.thelancet.com/journals/lanpub/article/PIIS2468-2667\(24\)00298-6/fulltext?dgcid=raven_jbs_aip_email](https://www.thelancet.com/journals/lanpub/article/PIIS2468-2667(24)00298-6/fulltext?dgcid=raven_jbs_aip_email)

Opportunità per le società mediche europee nell'ambito della strategia europea per la salute globale

Tom H. Karlsen ¹, Frank Murray ², Filippos T. Filippidis ³, Marieke Meijer ⁴, Pooja Jha ⁵, Gunhild Waldemar ⁶, e altri [Mostra altro](#)

La pandemia di COVID-19 ha evidenziato la necessità di una cooperazione transfrontaliera in materia di salute e di un'armonizzazione di iniziative e politiche europee cruciali in materia di salute. La salute è diventata una priorità politica fondamentale e la Commissione europea ha presentato un gran numero di iniziative di politica sanitaria come parte dell'ambizione di creare un'Unione europea della salute, [1](#) come quelle sulla condivisione dei dati sanitari e il programma EU4Health. [2](#) Tuttavia, poiché i problemi di salute non sono contenuti all'interno dei confini europei, richiedono un approccio globale, motivo per cui è stata sviluppata la strategia europea per la salute globale [3](#).

La Biomedical Alliance in Europe ([BioMed Alliance](#)) rappresenta 35 società mediche europee e ha supportato iniziative sotto l'egida dell'Unione Europea per la Salute, tra cui l'[Autorità per la Preparazione e Risposta alle Emergenze Sanitarie](#) (HERA), che coordina le risposte dell'UE alle minacce per la salute come malattie infettive, materiali chimici, biologici, radiologici e nucleari (CBRN), resistenza antimicrobica e rischi per la salute ambientale. Attraverso la partecipazione all'HERA Civil Society Forum e all'iniziativa [One Europe for Global Health](#), la BioMed Alliance ha contribuito agli sforzi di preparazione sostenendo strategie armonizzate e facilitando la condivisione delle conoscenze con l'obiettivo di rafforzare le risposte di emergenza e la resilienza sanitaria in tutta Europa. La BioMed Alliance ha inoltre condiviso il contributo dei professionisti sanitari con i decisori politici dell'UE al fine di contribuire ai processi legislativi sui nuovi fascicoli politici e l'implementazione dei fascicoli esistenti.

Per esaminare il ruolo dell'Europa nel definire le priorità sanitarie globali ed esplorare il potenziale ruolo delle società mediche all'interno della strategia europea per la salute globale, la BioMed Alliance ha ospitato un workshop per i suoi membri e relatori esterni a Bruxelles il 28 novembre 2024. Durante il workshop, le discussioni si sono tradotte in cinque principi attuabili (vedere [il pannello 1](#)), attraverso i quali le società mediche europee e la BioMed Alliance continueranno a contribuire alla strategia europea per la salute globale, sostenendo e facendo lobbying collettivamente e imparando e condividendo iniziative di successo.

Pannello 1

Opportunità per le società mediche europee e la BioMed Alliance nell'ambito della strategia europea per la salute globale.

- 1. Migliorare la cooperazione.** Le società mediche dovrebbero cooperare per promuovere la salute attraverso l'implementazione delle politiche, superare la frammentazione tra le specialità sanitarie e concentrarsi su obiettivi condivisi per argomenti trasversali come la salute dei migranti e il controllo dell'alcol. Un approccio unito garantirà una maggiore efficacia.
- 2. Espandere l'impegno.** I decisori politici e le società mediche dovrebbero affrontare insieme la percezione di una "bolla" di élite scientifica impegnandosi con il pubblico e comunità più ampie in argomenti di salute globale. Colmare le lacune nella comunicazione può rendere la portata dei problemi esistenti e le soluzioni basate sulle prove più accessibili e attuabili.
- 3. Tradurre le prove in pratica.** Le società mediche dovrebbero impegnarsi con i decisori politici per superare le barriere e integrare i risultati scientifici nelle politiche sanitarie, assicurando una migliore applicazione pratica delle prove. Insieme possono superare il divario di implementazione delle politiche, per cui le politiche sono in ritardo rispetto alle prove.

4. Sostenere l'armonizzazione. Le società mediche dovrebbero promuovere il dialogo all'interno degli stati membri dell'UE per armonizzare le politiche pubbliche relative alla salute, riducendo la frammentazione nell'UE e promuovendo la coerenza nelle pratiche sanitarie e nelle politiche correlate.
5. Affrontare le disuguaglianze dovute ai determinanti della salute. I decisori politici a livello internazionale, nazionale e locale dovrebbero collaborare con le società mediche, i pazienti e altri stakeholder per evidenziare e affrontare i determinanti sociali e commerciali della salute, dare priorità alla prevenzione e ridurre le disuguaglianze.

[https://www.thelancet.com/journals/lanep/article/PIIS2666-7762\(25\)00036-5/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lanep/article/PIIS2666-7762(25)00036-5/fulltext)

la Repubblica

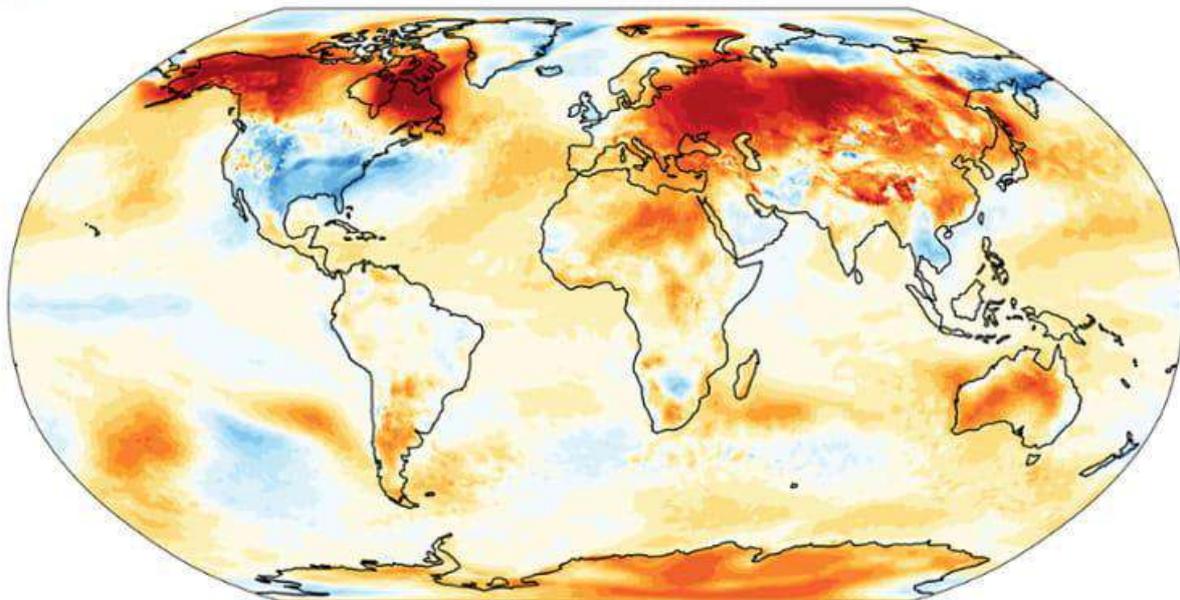
L'inverno che non c'è. Perfino gennaio ha battuto il record di caldo

[Elena Dusi](#)



Surface air temperature anomaly in January 2025

Reference period: 1991–2020 • Data: ERA5 • Credit: C3S/ECMWF



Pubblicati gli ultimi dati di Copernicus. La scomparsa del Niño non ha portato il raffrescamento sperato. E c'è chi dà la colpa al minor inquinamento dell'aria

I record di caldo non si fermano più. Anche gennaio 2025 si aggiunge alla lista dei mesi con la temperatura più alta mai registrata, secondo il servizio europeo per l'osservazione del clima [Copernicus](#).

Si sperava che la sequela dei primati si interrompesse con il 2024 (anno [più caldo](#) di sempre, succeduto sul trono al 2023), grazie all'esaurimento della corrente oceanica El Niño che fa aumentare le temperature del Pacifico.

Scomparso alla fine dell'estate, El Niño però non è stato seguito dall'atteso raffrescamento del clima. E questo fa temere che il riscaldamento climatico sulla Terra stia subendo un'accelerazione capace di cogliere di sorpresa perfino le previsioni più pessimistiche.

Quanto caldo ha fatto

Secondo Copernicus – che raccoglie di mese in mese miliardi di misurazioni da satelliti, navi, aerei e stazioni meteorologiche sparse in tutto il mondo – la temperatura media della Terra a gennaio è stata di 13,23 gradi: 0,79 gradi in più rispetto alla media dei mesi di gennaio tra 1991 e 2020.

Se però andiamo a guardare quello che è considerato il punto di innesco del riscaldamento climatico – l’inizio dell’era industriale – il gennaio appena trascorso ha superato di 1,75 gradi la media dei mesi di gennaio fra il 1850 e il 1900 (quello che è considerato il livello preindustriale).

Il limite da non superare secondo l’accordo di Parigi ([1,5 gradi](#) dal livello preindustriale) è stato messo alle spalle in 18 degli ultimi 19 mesi. E in Europa la situazione è ancor più grave rispetto al resto del pianeta. Da noi la temperatura sulla superficie delle terre a gennaio è stata addirittura di 2,51 gradi al di sopra della media 1991-2020. Il caldo si è concentrato nella parte orientale e meridionale del continente, Italia inclusa.

"1.5 is dead", la scritta degli ambientalisti sulla tomba di Darwin nell'Abbazia di Westminster

Anche l’emisfero sud (Sudamerica, Sudafrica, Australia e Antartide) sta vivendo un’estate particolarmente torrida. La costa nord dell’Australia è sottoposta da una settimana a monsoni con piogge torrenziali che hanno riversato a terra in pochi giorni l’acqua di mesi, causando due vittime.

La sorpresa degli scienziati

Anche le temperature del mare sono sopra la media quasi ovunque. Fa eccezione il Pacifico orientale, dove la corrente calda del Niño sta per essere soppiantata dalla sua controparte fredda, la Niña, che secondo le speranze avrebbe dovuto mitigare le temperature anche nel resto del globo.

“Gennaio 2025 è stato un altro mese sorprendente nonostante lo sviluppo della Niña e il suo temporaneo effetto rinfrescante sulle temperature globali”, ha confermato Samantha Burgess, direttrice per la sezione clima del servizio meteo europeo Ecmwf (European Centre for Medium Range Weather Forecasts).

Il patto col diavolo e il ruolo delle navi

Un’ipotesi per l’accelerazione del cambiamento climatico è arrivata martedì da James Hansen, l’ex scienziato della Nasa che negli anni ’80 lanciò fra i primi l’allarme per l’aumento incontrollato delle temperature.

In un [articolo](#) sulla rivista *Environment: Science and Policy for Sustainable Development*, Hansen (oggi alla Columbia University) ha riproposto con i suoi colleghi una tesi già suggerita negli anni scorsi.

Nel 2020, con l’entrata in vigore di una norma che limita la quantità di zolfo nei carburanti per le navi (dal 3,5% allo 0,5% massimo), il particolato riversato nei cieli sarebbe diminuito. Oltre ad avere l’effetto negativo di inquinare l’atmosfera, le particelle di zolfo hanno anche quello di riflettere i raggi del sole e respingere parte del loro calore.

Un’aria più inquinata – secondo quello che Hansen ha definito un “patto Fustiano col diavolo” – ci portava a contenere l’aumento delle temperature. Eliminata quella fonte di doping dell’atmosfera, l’effetto serra dispiegherebbe oggi tutto il suo potere riscaldante. Non tutti gli scienziati sono d’accordo nel dare tutta questa importanza al ruolo delle navi per il clima del pianeta.

Nel loro studio Hansen e colleghi definiscono spacciato non solo il limite di 1,5 gradi, ma anche quello di 2 gradi, il massimo previsto dagli accordi di Parigi per lo scenario più negativo. La soglia più pericolosa dovrebbe essere raggiunta nel 2045. “Sta arrivando l’ora – scrive Hansen – di pagare il tributo al diavolo”.

<https://www.repubblica.it/cronaca/2025/02/06/news/inverno caldo record gennaio dati copernicus-423985115/?ref=RHLM-BG-P19-S1-T1>

ARTICOLI · Online per la prima volta, il 23 febbraio 2025

Risultati ospedalieri e risultati del follow-up a 6 mesi di pazienti supportati con ossigenazione extracorporea a membrana per COVID-19 dalla seconda ondata alla fine della pandemia (EuroECMO-COVID): uno studio osservazionale prospettico, internazionale, multicentrico

Maria Elena De Piero, MD^{a, c, d, *}, Dott.ssa Silvia Mariani^{a, c, e, *}, Bas CT van Bussel, PhD^{b, c, f}, Dott. Dominik Jarczak, Dott. Niklas Krenner, Prof. Enrique Perez de la Sota, MD^{g, *} e altri [Mostra altro](#)

Riepilogo

Sfondo

L'ossigenazione extracorporea a membrana (ECMO) per COVID-19 è stata valutata approfonditamente durante la prima ondata pandemica, ma i dati sulle ondate successive sono limitati.

Abbiamo mirato a indagare la sopravvivenza in ospedale e a 6 mesi dei pazienti con COVID-19 supportati con ECMO dalla seconda ondata pandemica (15 settembre 2020) fino alla fine della pandemia (21 marzo 2023, annunciata dall'OMS).

Metodi

EuroECMO-COVID è uno studio prospettico osservazionale che include adulti (di età ≥ 16 anni) che necessitano di supporto respiratorio ECMO per COVID-19 da 98 centri in 21 paesi. Abbiamo confrontato le caratteristiche dei pazienti e gli esiti tra sopravvissuti in ospedale e non sopravvissuti. Sono state utilizzate regressioni logistiche multivariabili a effetti misti per indagare i fattori collegati alla mortalità ospedaliera.

La sopravvivenza a 6 mesi e lo stato generale del paziente sono stati determinati tramite contatto con il paziente o revisione della cartella clinica. Questo studio è registrato con [ClinicalTrials.gov](https://clinicaltrials.gov/ct2/show/study/NCT04366921), [NCT04366921](https://clinicaltrials.gov/ct2/show/study/NCT04366921), ed è completo.

Risultati

Abbiamo incluso 3860 pazienti (2687 [69,7%] erano maschi e 1169 [30,3%] erano femmine; età media 51 anni [DS 11]) da 98 centri in 21 paesi. La mortalità ospedaliera è stata del 55,9% (n=2158), con l'81,2% (n=1752) di decessi avvenuti durante il supporto ECMO.

Un numero maggiore di non sopravvissuti aveva diabete, ipertensione, malattie cardiovascolari e insufficienza renale e necessitava di più inotropi e vasopressori pre-ECMO rispetto ai sopravvissuti. La durata media del supporto è stata di 18 giorni (IQR 10–31) per entrambi i gruppi.

I fattori legati alla mortalità ospedaliera includevano età avanzata, insufficienza renale pre-ECMO, uso di vasopressori pre-ECMO, tempo più lungo dall'intubazione all'inizio dell'ECMO e complicazioni, tra cui eventi neurologici, sepsi, ischemia intestinale, insufficienza renale e sanguinamento. Dei 1702 (44,1%) sopravvissuti in ospedale, il 99,7% (n=1697) era vivo al follow-up di 6 mesi.

Molti pazienti al follow-up di 6 mesi presentavano dispnea (501 [32,0%] di 1568 pazienti), sintomi cardiaci (122 [7,8%] di 1568 pazienti) o neurocognitivi (168 [10,7%] di 1567 pazienti).

Interpretazione

I nostri dati per i pazienti sottoposti a supporto ECMO per distress respiratorio dalla seconda ondata di COVID-19 in poi hanno confermato la maggior parte dei risultati della prima ondata per quanto riguarda le caratteristiche dei pazienti e i fattori correlati alla mortalità ospedaliera.

Tuttavia, la mortalità ospedaliera è stata più alta rispetto all'ondata pandemica iniziale, mentre la sopravvivenza a 6 mesi dalla dimissione è rimasta favorevole (99,7%).

I sintomi persistenti dopo la dimissione hanno confermato la necessità di programmi di follow-up dei pazienti post-ECMO.

[https://www.thelancet.com/journals/lanres/article/PIIS2213-2600\(24\)00369-2/abstract?dgcid=raven_jbs_aip_email](https://www.thelancet.com/journals/lanres/article/PIIS2213-2600(24)00369-2/abstract?dgcid=raven_jbs_aip_email)



Abstract

La revoca dello status di emergenza sanitaria pubblica di interesse internazionale da parte dell'OMS il 5 maggio 2023 ha segnato l'inizio di una nuova fase di risposta e ripresa della pandemia globale durante la quale l'ufficio regionale dell'OMS per l'Europa si sposterà verso un approccio programmatico a lungo termine alla malattia da coronavirus (COVID 19). Mentre i primi passi verso la ripresa dalla pandemia sono stati segnalati nella regione europea dell'OMS, permangono molteplici sfide. Il piano di transizione regionale ha delineato una tabella di marcia completa per la transizione dalla fase acuta della pandemia di COVID 19 verso una risposta e una ripresa sostenute al fine di investire strategicamente e in modo sostenibile in sistemi sanitari resilienti in grado di rispondere alle emergenze e mantenere i servizi essenziali in ogni momento. Questo rapporto mira a identificare le tappe fondamentali, le lezioni apprese e le sfide che si sono verificate come parte dell'implementazione del piano di transizione COVID 19 della regione europea dell'OMS e a comprendere in che misura il COVID 19 è stato integrato in sistemi più ampi.

Introduzione

La revoca dello status di emergenza sanitaria pubblica di interesse internazionale da parte dell'OMS il 5 maggio 2023 ha segnato l'inizio di una nuova fase di risposta e ripresa della pandemia globale durante la

quale l'ufficio regionale dell'OMS per l'Europa si è spostato verso un approccio programmatico a lungo termine alla sindrome respiratoria acuta grave coronavirus 2 (SARS CoV 2

Lo sviluppo di un piano di transizione regionale ha delineato una tabella di marcia completa da maggio 2023 2024 per la transizione dalla fase acuta della malattia da coronavirus (COVID 19) verso una risposta e una ripresa sostenute, mirate a investire strategicamente e in modo sostenibile in sistemi sanitari resilienti in grado di rispondere alle emergenze e mantenere sempre i servizi essenziali.

Questo ha segnato il momento di investire e sostenere i guadagni ottenuti durante la risposta alla pandemia e applicare le lezioni identificate da questa pandemia. Nel quarto anno della pandemia, i paesi hanno dovuto affrontare emergenze concomitanti (una crisi permanente e la necessità di affrontare minacce e bisogni di salute pubblica concorrenti).

Con l'attenuarsi dell'onere sanitario, sociale ed economico della pandemia, la necessità di dedicare ingenti risorse al COVID 19 si è ridotta e gli investimenti fatti dai governi sono diventati più difficili da giustificare. La maggior parte dei paesi ha stanziato finanziamenti aggiuntivi per la ripresa, la resilienza e la preparazione a lungo termine.

Attraverso il piano di transizione dell'OMS, l'ufficio regionale dell'OMS per l'Europa ha pianificato di attuare 13 cambiamenti strategici per supportare paesi e comunità, con l'obiettivo generale di emergere più forti come regione dall'emergenza COVID 19.

Questo rapporto mira a identificare le tappe fondamentali, le lezioni apprese e le sfide che si sono verificate come parte dell'implementazione del piano di transizione COVID 19 della regione europea dell'OMS e a comprendere in che misura il COVID 19 è stato integrato in sistemi più ampi.

COVID - 19 in Europa dal 2023 al 2024: una panoramica della situazione

Aggiornamento della situazione regionale

Al 26 maggio 2024, il COVID 19 aveva causato oltre 279 milioni di casi confermati segnalati in Europa e Asia centrale. Nello stesso periodo sono stati segnalati oltre 2,3 milioni di decessi correlati al COVID 19, di cui circa 100.000 nel 2023 e 2024. Durante il periodo di transizione sono stati osservati due periodi epidemici, nella primavera del 2023 e alla fine del 2023 (Fig. 1). Anche i dati segnalati sui ricoveri in ospedale e in terapia intensiva riflettevano queste tendenze. I paesi sono passati da test universali completi a test selettivi più sostenibili e sorveglianza rappresentativa, e quindi i casi segnalati non rappresentano accuratamente i veri tassi di infezione e l'onere del COVID 19. A differenza di altri virus respiratori, il COVID 19 non ha ancora stabilito una stagionalità invernale annuale singolare nella regione europea dell'OMS. Questo potrebbe accadere in futuro, ma i picchi epidemici biennali del COVID 19 attualmente osservati sono probabilmente dovuti a una combinazione di fattori, tra cui una prevalenza complessiva più elevata del virus e la sua capacità di mutare in varianti più trasmissibili ed eludere la risposta immunitaria. Condizioni post-COVID 19.

Secondo studi recenti, l'incidenza globale di PCC è stimata in circa 400 milioni di individui, con un impatto economico annuo di circa 1 trilione di dollari USA, equivalente a circa 1 dell'economia globale. Nella sola Europa, il PCC ha colpito circa 36 milioni di persone nei primi 3 anni della pandemia. Sebbene la segnalazione dei casi di COVID 19 sia diminuita, è probabile che i casi di PCC siano sottostimati a causa della loro esclusione dai sistemi di sorveglianza nazionali, prove inconcludenti sulle complicazioni del COVID 19 e la mancanza di consenso sulla definizione e sulle linee guida per il trattamento del PCC.

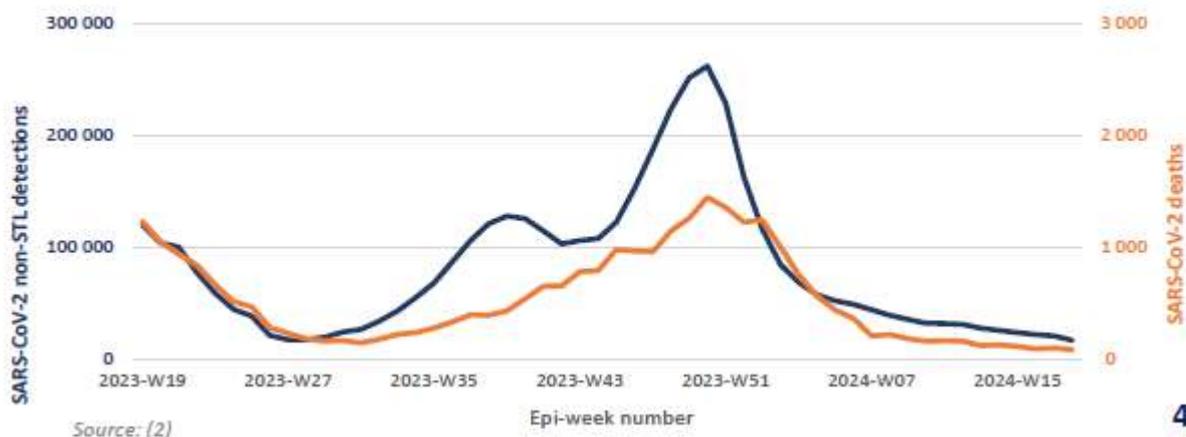
Vaccinazione

A dicembre 2023 erano state somministrate oltre 1,77 miliardi di dosi di vaccino nella regione europea dell'OMS, con una stima del 65% della popolazione totale vaccinata con una serie primaria completa di vaccino COVID 19 e 37 che avevano ricevuto almeno un richiamo. Tuttavia, nel corso del periodo di transizione, l'adesione alla vaccinazione nella regione europea dell'OMS ha subito un rallentamento, con un numero inferiore di Stati membri che hanno segnalato o effettuato vaccinazioni. Tra gennaio e marzo 2024, tra i 35 Stati membri che hanno segnalato i dati, sono state somministrate circa 2,7 milioni di dosi del vaccino COVID 19, il che riflette un'adesione dello 0,28% della popolazione generale in questi paesi segnalanti.

Misure sanitarie e sociali

A gennaio e febbraio 2024 nessuno Stato membro ha allentato le misure sanitarie e sociali (per COVID 19 Diversi paesi hanno rafforzato le misure COVID 19, con Repubblica Ceca, Spagna e Ucraina che hanno raccomandato mascherine e igiene delle mani, mentre altri hanno mantenuto rigide regole di viaggio (Azerbaijan e Turkmenistan) L'unità PHSM presso l'Ufficio regionale per l'Europa dell'OMS ha concluso il monitoraggio delle misure attuate dagli Stati membri in risposta al COVID 19 il 4 marzo 2024

Fig. 1. Non-sentinel COVID-19 detections and deaths reported in the WHO European Region from May 2023 to 2024



La risposta dell'Ufficio regionale per l'Europa dell'OMS al COVID-19 nel periodo 2023-2024

Implementazione e supporto operativo

Una forte leadership della risposta dell'OMS in Europa e Asia centrale è stata un fattore determinante per l'impatto del lavoro dell'OMS nei paesi durante la pandemia. Con il cambiamento di stato della pandemia di COVID-19 a maggio 2023, le operazioni hanno iniziato a essere semplificate e integrate nel lavoro di routine dell'OMS. (Fig. 2) Rispetto al 2022-2023, nel 2023-2024 l'ufficio regionale dell'OMS per l'Europa ha registrato una diminuzione del 78% negli schieramenti di emergenza e una diminuzione dell'86% nel numero di webinar, sessioni di formazione e workshop forniti.

L'ufficio regionale dell'OMS per l'Europa ha svolto molte attività di supporto operativo, spesso tramite schieramenti di persona. Da maggio 2023-2024 sono state fornite in totale 77 attività di supporto tecnico nella gestione dei dati in analisi, coinvolgimento di partner/reti e attività di formazione.

Fig. 2. WHO Regional Office for Europe's key operational support figures (2023-2024)

Missions and deployments 	Number of missions 18	Member States/territories with missions 7
Emergency supplies delivered 	Shipments to Member States/territories in kg 29 400	Shipments to Member States/territories in US\$ 2.5 M
Technical support to Member States 	Participants in webinars, trainings and workshops 316	Webinars, trainings and workshops 12

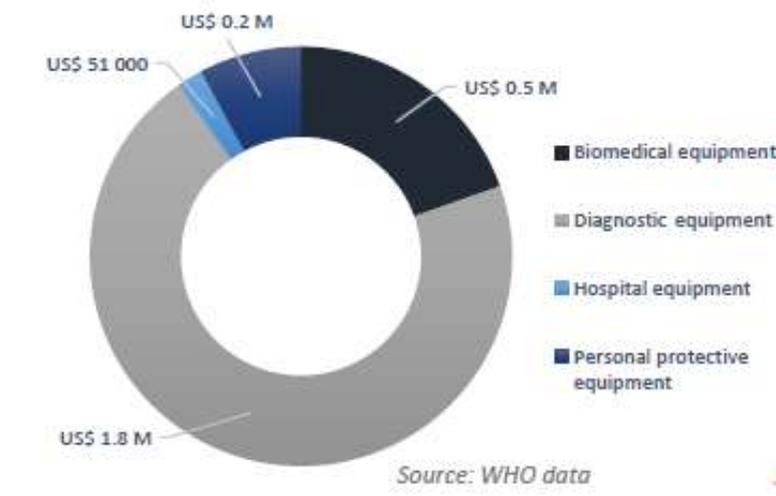
Supporto operativo e logistico

Le normali catene di fornitura di medicinali essenziali e tecnologie sanitarie hanno continuato a essere interrotte da maggio 2023 al 2024; tuttavia, si è registrato un calo significativo.

Tra il 2023 e il 2024, l'Ufficio regionale per l'Europa dell'OMS ha consegnato oltre 29.400 kg di forniture, per un valore di oltre 2,5 milioni di dollari USA, a nove paesi e aree nella regione europea dell'OMS.

Queste forniture includevano oltre 859.000 test diagnostici rapidi per l'antigene COVID-19, 360.000 guanti da esame, 125.000 guanti chirurgici, 50.000 mascherine chirurgiche e 40.000 occhiali protettivi (Fig. 3).

Fig. 3. Supplies delivered by WHO between May 2023 and 2024, in US\$



Piano di transizione cambiamenti strategici progressi, impatti e sfide

I cambiamenti del piano di transizione sono stati progettati attraverso la lente dei cinque sottosistemi principali dell'architettura globale per la prevenzione, la preparazione, la risposta e la resilienza alle emergenze sanitarie (quadro 3 e allineati con le sette raccomandazioni temporanee 4 emanate dal Direttore generale dell'OMS sulla revoca dell'emergenza globale, nonché il Piano strategico globale di preparazione e risposta al COVID 19 5 I 13 cambiamenti sono stati mappati secondo il quadro HEPR (Fig. 4) e molte delle attività identificate in ogni cambiamento nel piano mirano a essere integrate come parte del lavoro di routine svolto dall'Ufficio regionale dell'OMS per l'Europa per supportare i paesi e le comunità a emergere più forti dal COVID 19. Queste attività sono state o continuano a essere integrate come parte del lavoro della Regione europea dell'OMS, con molte che richiedono un'integrazione a lungo termine o graduale.

Fig. 4. Global HEPR framework



I cambiamenti strategici delineati nel piano avevano lo scopo di misurare il successo in tre modi, vale a dire: se il controllo del COVID 19 è stato integrato in una prevenzione e un controllo più ampi per i virus respiratori come l'influenza e il virus respiratorio sinciziale; se i guadagni della risposta alla pandemia sono stati mantenuti nelle operazioni quotidiane di sanità pubblica e nei servizi sanitari e se le lezioni della pandemia e di altre recenti emergenze sanitarie sono state deliberatamente applicate per aumentare la resilienza dei sistemi sanitari contro gli shock futuri.

Sfide

Una delle principali sfide nell'implementazione di questo piano è stato il trasferimento globale dalla pandemia di COVID 19, sono emerse altre emergenze, con un bisogno più urgente.

Nel complesso, questo cambiamento ha portato a una riduzione dei finanziamenti per sostenere il supporto del paese e il livello di rafforzamento delle capacità fornito attraverso la risposta al COVID19 è diminuito.

La mancanza di finanziamenti dedicati ha ridotto la capacità dell'OMS di sostenere la frequenza del supporto a livello nazionale e ha limitato l'implementazione delle attività.

Con la fine della fase acuta della risposta all'emergenza COVID19, la volontà del paese di implementare attività e utilizzare le capacità precedentemente stabilite e in cui investite è diminuita. Ciò si osserva in particolare per le capacità di laboratorio, con molti paesi che hanno istituito capacità di laboratorio di reazione a catena della polimerasi durante la pandemia ma non ne hanno sostenuto l'uso come parte dei test di routine. Ciò ha dimostrato la difficoltà nel mantenere i guadagni ottenuti durante la pandemia di COVID-19, in parte a causa degli ingenti finanziamenti e delle risorse umane necessari e per mantenerli.

È percepita come un'opportunità persa a causa dell'elevato livello di investimenti e risorse che sono stati impegnati per costruire capacità del paese che non sono più utilizzate o sistematizzate.

Anche l'attuazione del piano di transizione della regione europea dell'OMS è stata difficile a causa della mancanza di un piano di lavoro preventivato o di parametri predefiniti per misurare il successo della transizione.

[WorldHealthOrganization RegionalOfficeforEurope UNCity,Marmorvej51, DK-2100CopenhagenØ,Denmark](https://www.who.int/europe)
[Email:eurocontact@who.int](mailto:eurocontact@who.int) ; [Web:www.who.int/europe](http://www.who.int/europe)



Infezioni correlate all'assistenza sanitaria: infezioni del sito chirurgico Rapporto epidemiologico annuale per il 2021-2022

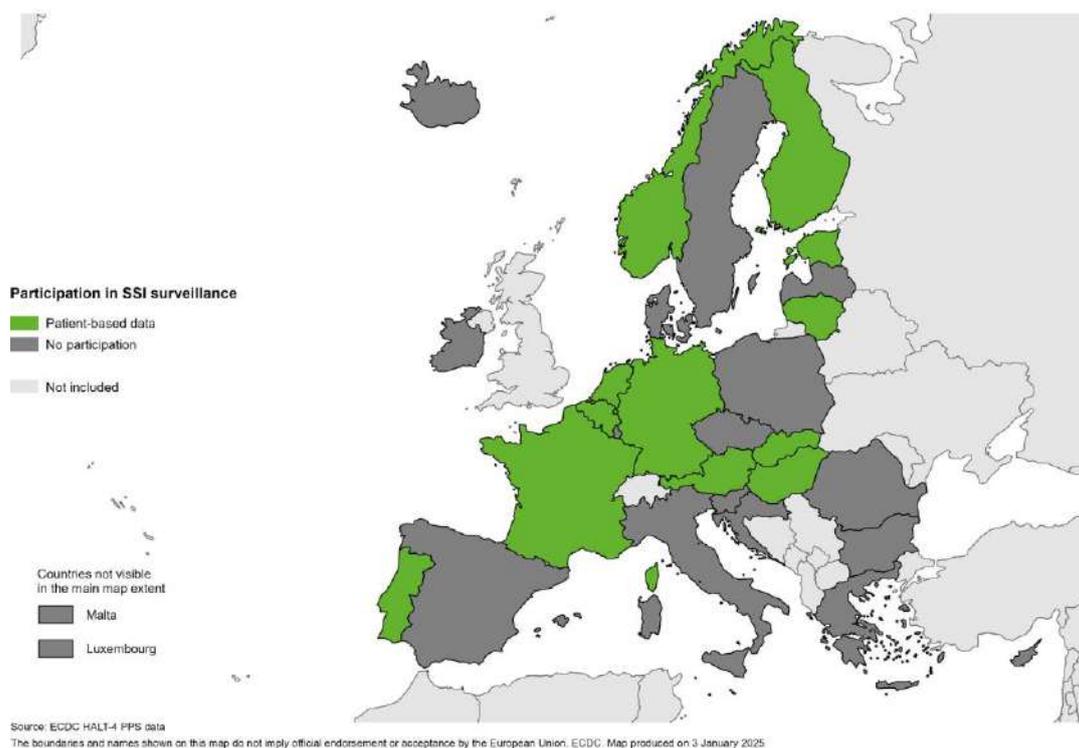
Dati chiave

- Le infezioni del sito chirurgico (SSI) sono tra le infezioni correlate all'assistenza sanitaria (HAI) più comuni. Sono associate a ricoveri ospedalieri post-operatori più lunghi, ulteriori procedure chirurgiche, trattamento in unità di terapia intensiva e mortalità più elevata.
- Nel 2021-2022, 11 Stati membri dell'UE e un paese SEE hanno segnalato 10.193 SSI su un totale di 662.309 procedure chirurgiche per nove tipi di procedure chirurgiche.
- La percentuale di SSI variava dallo 0,6% nelle laminectomie al 9,6% nella chirurgia del colon aperta, a seconda del tipo di procedura chirurgica.
- La densità di incidenza delle SSI ospedaliere per 1.000 giorni-paziente post-operatori variava da 0,1 a 5,3, a seconda del tipo di procedura chirurgica.
- Confrontando il 2022 con il 2021, altri due paesi hanno segnalato i dati all'ECDC. La Francia ha continuato a segnalare dopo una pausa, e il Belgio ha segnalato per la prima volta i dati di sorveglianza SSI. Nel complesso, c'è stato un aumento nel numero di procedure chirurgiche segnalate, in particolare per protesi di anca e ginocchio e procedure di laminectomia.

Epidemiologia

Tutti i 12 paesi UE/SEE che hanno partecipato alla sorveglianza delle SSI nel 2021-2022 hanno segnalato dati basati sui pazienti (Figura 1). Il numero di ospedali partecipanti e la rappresentatività del paese variavano tra i paesi, con differenze evidenti nella copertura nazionale dei sistemi di sorveglianza (Tabella 1). Solo cinque dei 12 paesi UE/SEE hanno segnalato di aver eseguito la sorveglianza post-dimissione, utilizzando metodi diversi che variavano dalle SSI segnalate dai pazienti stessi alle SSI segnalate dal chirurgo o dal medico di base.

Figura 1. Partecipazione alla sorveglianza delle infezioni del sito chirurgico (SSI), UE/SEE, 2021-2022



Nel complesso, nel 2021-2022 sono state segnalate 662.309 procedure chirurgiche da 1.638 ospedali; 300.908 procedure nel 2021 e 361.401 procedure nel 2022 (Tabella 1). I tipi di procedura chirurgica segnalati più frequentemente sono stati HPRO, seguiti da KPRO e CSEC.

Nove paesi hanno segnalato, almeno in parte, i codici ICD-9-CM corrispondenti alle procedure incluse nella sorveglianza (Finlandia e Ungheria non hanno segnalato alcuna codifica dettagliata; la Francia ha segnalato codici dalla Classification des Actes Médicaux (CCAM) nel 2022).

In totale, 260.842 (39,4%) delle 662.309 procedure segnalate avevano un codice ICD-9-CM specifico. L'inclusione del codice ICD-9-CM per tipo di procedura e per paese è mostrata nelle Tabelle A11.1 ad A11.9 dell'allegato.

Il rapporto tra pazienti maschi e femmine è stato il più alto nelle operazioni CABG (4,5:1) e il più basso nelle operazioni HPRO e CHOL laparoscopica (0,6:1); questo rapporto non è stato segnalato per le operazioni CSEC (Tabella 2).

L'età media dei pazienti variava da 32 anni nelle operazioni CSEC a 73 anni nelle operazioni HPRO.

La mortalità post-operatoria in ospedale (9,6%) è stata la più alta tra le operazioni COLO aperte, mentre la percentuale di operazioni contaminate o sporche (49,2%) è stata la più alta tra le operazioni CHOL aperte.

La durata media dell'operazione è stata la più lunga nelle operazioni CABG (212 minuti) e la durata media della degenza post-operatoria è stata la più lunga nelle operazioni COLO aperte (11 giorni).

La percentuale di operazioni urgenti è variata da solo il 2,1% nelle operazioni KPRO al 43,9% nelle operazioni CSEC. Per la maggior parte dei tipi di procedure chirurgiche, oltre l'85% e fino al 99% dei pazienti ha ricevuto profilassi antibiotica, ad eccezione delle operazioni CHOL, per le quali il 37% dei pazienti con una procedura laparoscopica e il 55% dei pazienti con una procedura aperta hanno ricevuto profilassi antibiotica.

Nel 2021-2022 sono state segnalate 10.193 SSI.

Di queste, 3.913 (38%) erano superficiali, 2.818 (28%) profonde e 3.422 (34%) SSI di organo/spazio.

I Paesi Bassi hanno segnalato tutte le SSI combinate profonde e di organo/spazio come SSI profonde. In 40 (0,4%) SSI, il tipo di SSI era sconosciuto.

La percentuale di SSI profonde o di organo/spazio era del 27% nelle operazioni CSEC, del 40% nelle operazioni CHOL laparoscopiche, del 49% nelle operazioni CHOL aperte, del 51% nelle operazioni CABG, del 57% nelle operazioni LAM, del 58% nelle operazioni COLO aperte, del 59% in COLO laparoscopiche, dell'80% nelle operazioni KPRO e dell'82% nelle operazioni HPRO (Figura 2).

Il trentaquattro per cento di tutte le SSI è stato diagnosticato in ospedale, mentre il 59% è stato rilevato dopo la dimissione e per il 7% la data di dimissione era sconosciuta.

La percentuale di SSI diagnosticate in ospedale variava dal 74% nelle operazioni COLO aperte al 9% nelle operazioni KPRO.

La percentuale di SSI variava notevolmente in base al tipo di procedura chirurgica, dallo 0,6% nelle operazioni LAM al 9,6% nelle operazioni COLO aperte. Analogamente, c'erano notevoli differenze nella densità di incidenza delle SSI in ospedale tra diversi tipi di procedura chirurgica (Tabella 3).

Come previsto, la percentuale e la densità di incidenza delle SSI erano principalmente inferiori nelle procedure laparoscopiche rispetto a quelle aperte sia per le operazioni CHOL che COLO.

La percentuale complessiva di SSI profonde o di organo/spazio variava dallo 0,3% nelle procedure CSEC al 5,6% nelle procedure COLO aperte e la densità di incidenza delle SSI profonde o di organo/spazio in ospedale variava in modo simile dallo 0,1 nelle procedure KPRO al 3,2 sia nelle procedure COLO aperte che laparoscopiche.

Tabella 1. Numero di ospedali segnalanti e procedure chirurgiche segnalate per paese/rete e tipo di procedura chirurgica, UE/SEE, 2021-2022

Surveillance year	Country	Number of reporting hospitals	Number of procedures									Total
			CABG	Laparoscopic CHOL	Open CHOL	Laparoscopic COLO	Open COLO	CSEC	HPRO	KPRO	LAM	
2021	Austria	32	413	2 127	304	9	46	3 138	6 591	4 139		16 767
	Estonia	2						153		258		411
	Finland	10							6 986	7 793		14 779
	Germany	542	6 794	18 544	979	4 399	6 312	28 286	61 131	34 728	4 560	165 733
	Hungary	21	69	404	156	15	92	1 506	21	36	92	2 391
	Lithuania	28	329	417	36	58	49	518	533	346		2 286
	Netherlands	67		5 876		2 151	712	4 997	23 479	19 879	1 015	58 109
	Norway	53	1 048	6 134	161	1 876	1 206	7 806	12 600			30 831
	Portugal	25	30	1 742				3 542	1 732	1 109	347	9 433
	Slovakia	2		161	7							495
	EU/EEA	782	8 683	35 405	1 643	9 439	8 417	49 946	113 073	68 288	6 014	300 908
2022	Austria	30	390	1 814	246	3	22	3 273	6 162	4 692		16 602
	Belgium	9							1 586	1 007		2 593
	Estonia	2	119				1	433		380		933
	Finland	12							8 151	7 538		15 689
	France	41	459					4 237	4 957	3 024	728	13 405
	Germany	566	7 608	19 573	999	4 961	6 376	29 923	78 502	46 763	6 405	201 110
	Hungary	21		656	128	31	229	1 418	55	90	134	2 741
	Lithuania	27	550	589	60	177	210	656	988	755	46	4 031
	Netherlands	60		5 904		1 714	548	4 678	25 422	23 293	1 482	63 041
	Norway	62	976	6 409	154	2 053	1 106	6 766	14 045			31 509
	Portugal	25	28	1 450		775		3 607	1 843	1 520	466	9 689
Slovakia	1		58								58	
EU/EEA	856	10 130	36 453	1 587	9 714	8 492	54 991	141 711	89 062	9 714	361 401	
Total	EU/EEA	1 638	18 813	71 858	3 230	19 153	16 909	104 937	254 784	157 350	15 275	662 309

Sources: Country reports from Austria, Belgium, Estonia, Finland, France, Germany, Hungary, Lithuania, the Netherlands, Norway, Portugal and Slovakia.
 CABG: coronary artery bypass graft; CHOL: cholecystectomy; COLO: colon surgery; CSEC: caesarean section; HPRO: hip prosthesis; KPRO: knee prosthesis; LAM: laminectomy.

Tabella 2. Caratteristiche dei pazienti per tipo di procedura chirurgica, dati basati sui pazienti, UE/SEE, 2021-2022

Characteristics	CABG (n=18 813)	Laparoscopic CHOL (n=71 858)	Open CHOL (n=3 230)	Laparoscopic COLO (n=19 153)	Open COLO (n=16 909)	CSEC (n=104 937)	HPRO (n=254 784)	KPRO (n=157 350)	LAM (n=15 275)
Sex ratio (male:female)	4.5	0.6	1	0.9	1	NA	0.6	0.7	1.1
Median age (years)	68	56	68	68	71	32	73	70	58
Post-operative in-hospital case fatality (%)	2.3	0.3	1.9	3.0	9.6	0	2.9	0.1	0.4
Contaminated or dirty operations (%)	0.2	21.5	49.2	24.9	38.1	11.9	1.3	1.1	1.0
Median duration of operation (minutes)	212	59	90	147	136	37	66	70	64
75th percentile of the duration of operation (minutes)*	260	80	134	193	181	47	84	88	95
Median length of post-operative stay (days)	9	3	6	7	11	4	7	6	4
Urgent operations (%)	10.9	21.8	32.5	11.1	35	43.9	22.6	2.1	5.5
Antibiotic prophylaxis (%)	98.6	36.6	54.5	90.0	88.7	85.4	96.1	99.2	86.2

* CABG with both chest and donor site incisions: 255 minutes; CABG with only chest incision: 265 minutes.

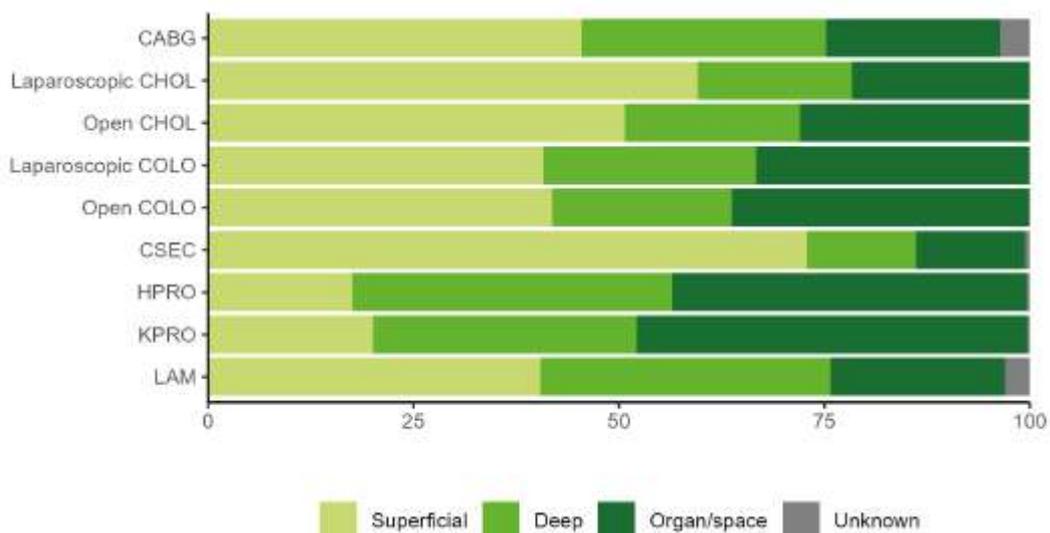
Source: Country reports from Austria, Belgium, Estonia, Finland, France, Germany, Hungary, Lithuania, the Netherlands, Norway, Portugal and Slovakia.

See Table 1 for reporting hospitals and reported surgical procedures in EU/EEA countries.

CABG: coronary artery bypass graft; CHOL: cholecystectomy; COLO: colon surgery; CSEC: caesarean section; HPRO: hip prosthesis surgery; KPRO: knee prosthesis surgery; LAM: laminectomy.

NA: Not applicable.

Figura 2. Tipi di SSI per tipo di procedura chirurgica, UE/SEE, 2021-2022



CABG: innesto di bypass aorto-coronarico; CHOL: colecistectomia; COLO: chirurgia del colon; CSEC: taglio cesareo; HPRO: chirurgia protesica dell'anca; KPRO: chirurgia protesica del ginocchio; LAM: laminectomia
 Fonte: relazioni nazionali di Austria, Belgio, Estonia, Finlandia, Francia, Germania, Ungheria, Lituania, Paesi Bassi, Norvegia, Portogallo e Slovacchia.

Nota: i Paesi Bassi hanno segnalato tutte le SSI profonde e di organo/spazio combinate come SSI profonde. Vedere la Tabella 1 per gli ospedali segnalati e le procedure chirurgiche segnalate nei paesi UE/SEE.

Tabella 3. Percentuale di tutte le SSI e delle SSI profonde o degli organi/spazi e densità di incidenza di tutte le SSI ospedaliere e delle SSI profonde/degli organi per tipo di procedura chirurgica, UE/SEE, 2021-2022

Type of surgical procedure	Percentage of SSIs per 100 operations [intercountry range]	Percentage of deep or organ/space SSIs per 100 operations [intercountry range]	Incidence density of in-hospital SSIs per 1 000 post-operative patient-days [intercountry range]	Incidence density of deep or organ/space in-hospital SSIs per 1 000 post-operative patient-days [intercountry range]
CABG	2.5 [0.0-8.6]	1.3 [0.0-3.4]	1.1 [0.0-7.5]	0.6 [0.0-1.9]
Laparoscopic CHOL	1.7 [0.1-4.1]	0.7 [0.0-1.4]	1.0 [0.3-4.4]	0.7 [0.0-4.4]
Open CHOL	4.2 [1.4-14.3]	2.1 [1.0-14.3]	3.0 [1.2-8.7]	1.8 [1.0-8.7]
Laparoscopic COLO	6.3 [0.0-13.5]	3.7 [0.0-8.9]	4.7 [0.0-10.4]	3.2 [0.0-9.9]
Open COLO	9.6 [0.0-23.6]	5.6 [0.0-17.0]	5.3 [0.0-19.2]	3.2 [0.0-13.8]
CSEC	1.3 [0.3-3.6]	0.3 [0.1-1.0]	0.4 [0.0-0.8]	0.2 [0.0-0.8]
HPRO	1.2 [0.0-2.3]	1.0 [0.0-1.7]	0.4 [0.0-0.8]	0.3 [0.0-0.6]
KPRO	0.7 [0.0-2.0]	0.5 [0.0-1.4]	0.1 [0.0-0.8]	0.1 [0.0-0.4]
LAM	0.6 [0.4-2.2]	0.4 [0.1-2.7]	0.3 [0.0-2.1]	0.2 [0.0-2.1]

CABG: coronary artery bypass graft, CHOL: cholecystectomy, COLO: colon surgery, CSEC: caesarean section, HPRO: hip prosthesis surgery, KPRO: knee prosthesis surgery, LAM: laminectomy

Source: Country reports from Austria, Belgium, Estonia, Finland, France, Germany, Hungary, Lithuania, the Netherlands, Norway, Portugal and Slovakia.

See Table 1 for reporting hospitals and reported surgical procedures in EU/EEA countries.

Discussione

I risultati presentati in questo rapporto costituiscono una fonte aggiornata di informazioni sull'incidenza delle SSI nell'UE/SEE. Il numero di paesi UE/SEE segnalanti e il numero di procedure segnalate sono aumentati dal 2021 al 2022, indicando un possibile ritorno alla normalità per la partecipazione alla sorveglianza delle IAS dopo la pandemia di COVID-19. Tuttavia, la variazione inter-paese osservata e il fatto che non tutti i paesi

UE/SEE partecipano limitano la misura in cui i risultati possono essere considerati rappresentativi della situazione complessiva UE/SEE.

A causa della diminuzione delle segnalazioni che è stata particolarmente evidente nel 2020-2021, una valutazione delle tendenze per il 2018-2022 non è stata inclusa in questo rapporto. Tuttavia, un esame visivo dei dati suggerisce che ci sono state differenze anno su anno nel 2018-2022 sia nella percentuale di SSI che nella densità di incidenza delle SSI ospedaliere tra i tipi di procedura chirurgica. Queste due metriche riflettono aspetti leggermente diversi dell'epidemiologia delle SSI, che sono stati particolarmente rilevanti durante i primi due anni della pandemia di COVID-19 (2020-2021), quando l'ospedalizzazione, l'accesso alle procedure chirurgiche e le pratiche di dimissione potrebbero essere notevolmente diverse rispetto agli anni precedenti, o nel 2022, quando la pandemia di COVID-19 è stata principalmente guidata dalla variante SARS-CoV-2 Omicron. Le differenze nell'attività ospedaliera, nelle pratiche di segnalazione e nella disponibilità dei dati complicano ancora i confronti anno su anno.

Inoltre, la rappresentatività nazionale, le pratiche chirurgiche e i metodi di sorveglianza variano notevolmente da Paese a Paese, il che rende difficile confrontare i tassi di SSI tra i Paesi. La durata della degenza ospedaliera postoperatoria e le differenze nei metodi di sorveglianza post-dimissione influenzano il tasso di SSI superficiali che vengono per lo più diagnosticate in ospedale e possono spesso essere trascurate e quindi non segnalate dopo la dimissione ospedaliera. Inoltre, il fatto che una grande percentuale di SSI profonde e/o di organo/spazio abbia un riscontro microbiologico positivo, quando segnalate, indica che anche le SSI superficiali sono probabilmente diagnosticate e segnalate con sensibilità variabile da diverse reti partecipanti. Per questo motivo, i confronti tra Paesi, quando eseguiti, dovrebbero concentrarsi sulla densità di incidenza delle SSI ospedaliere; anche se i confronti delle densità di incidenza hanno ancora delle riserve perché i Paesi hanno diverse politiche di dimissione postoperatoria, non sono influenzati dai diversi metodi di sorveglianza post-dimissione. Analogamente, come riportato in precedenza nella sorveglianza delle SSI [10, 11], la percentuale di SSI e la densità di incidenza delle SSI ospedaliere variano a seconda del tipo di procedura chirurgica. Ciò è dovuto ai diversi gruppi di popolazione che si sottopongono a queste procedure, alle diverse proporzioni di operazioni pulite e contaminate per ciascun tipo di procedura chirurgica e al fatto che la procedura sia stata aperta o laparoscopica. Pertanto, i confronti dei tassi di SSI tra paesi e tra anni dovrebbero essere effettuati solo per un tipo specifico di procedura chirurgica. Per analisi più dettagliate, rimane inoltre importante considerare i codici ICD-9 specifici delle procedure, quando disponibili, mostrati nelle tabelle dell'allegato A11.1-A11.9.

Implicazioni per la salute pubblica

La sorveglianza è una componente fondamentale nella prevenzione delle infezioni correlate all'assistenza sanitaria e uno strumento importante per monitorare l'efficacia delle misure di prevenzione e controllo [12]. La tendenza crescente nelle SSI segnalate dopo le operazioni CHOL laparoscopiche, rilevata nel set di dati fino al 2017, non sembrava continuare nel 2018-2022 [10]. Ulteriori analisi delle tendenze potrebbero essere possibili quando i dati di sorveglianza delle SSI saranno disponibili per il 2023 e il 2024, consentendo di valutare le tendenze delle SSI a seguito della pandemia di COVID-19.

Per rafforzare ulteriormente la sorveglianza delle SSI nell'UE/SEE, l'ECDC ha iniziato a raccogliere dati sugli indicatori di struttura e processo della prevenzione delle SSI con un aggiornamento del protocollo del 2017 che è stato implementato in diversi sistemi di sorveglianza nazionali nel 2018. Tuttavia, poiché questi dati sono stati raramente segnalati, in particolare durante la pandemia di COVID-19 nel 2021-2022, non sono inclusi in questo rapporto. In futuro, una raccolta periodica di dati più ampia potrebbe fornire opzioni più efficienti per l'inclusione di tali indicatori di misure di prevenzione delle SSI. Infine, i dati di sorveglianza delle SSI forniscono importanti spunti per guidare lo sviluppo di nuovi metodi di sorveglianza delle SSI. Un piccolo aggiornamento del protocollo di sorveglianza delle SSI avrà luogo nel 2025, che include l'introduzione di un indicatore per le SSI con riscontri microbiologici positivi, che potrebbe consentire una sorveglianza più automatizzata, in particolare per le SSI profonde e di organo/spazio.

<https://www.ecdc.europa.eu/en/surgical-site-infections>

GIOVEDÌ 20 FEBBRAIO ORE 11:30

PRESSO LA SALA STAMPA DELLA CAMERA DEI DEPUTATI

LA PANDEMIA DELLA DISUGUAGLIANZA

L'AGENDA SOCIALE COME CURA
PER LA DEMOCRAZIA

Relazioni:

Giuseppe De Marzo

Rete dei Numeri Pari

Mikhail Maslennikov

Oxfam Italia

*A seguire interventi delle Parlamentari e
dei Parlamentari presenti*

Coordina:

Elisa Sermarini

Responsabile comunicazione RNP

Contatti:

www.numeripari.org - info@numeripari.org

www.oxfamitalia.org - policy@oxfam.it





Perceived loneliness during COVID-19 and young adult mental well-being: testing socioeconomic status as a moderator

Falescia Matlock^{1,*}, Michael Langlais²

Academic Editor: Isabel Martinez

Abstract

It is not currently known how perceived loneliness during the COVID-19 pandemic was associated with emerging adults' mental health and whether socioeconomic status (SES) moderated this relationship. The psychosocial development theory states that emerging adults experience a psychological conflict—intimacy versus isolation—where the goal is to seek connections; without connections, emerging adults are likely to experience mental health challenges. These challenges may be exacerbated for those with lower SES. The purpose of this study was to examine the effects of perceived social distancing guidelines on the mental health of emerging adults and if this relationship is moderated by SES. This study followed a quantitative, cross-sectional design where emerging adults (aged 18–25; $M = 20.13$, $SD = 1.61$) completed an online survey ($N = 103$) regarding their well-being, perceived loneliness, and SES. Data were analyzed using regression analyses. The results revealed that perceived loneliness was associated with lower levels of well-being (more depressive symptoms, anxiety, and stress), but SES did not moderate this relationship. Experiences of perceived loneliness did not vary by SES, as many individuals struggled with social isolation during the COVID-19 pandemic regardless of their financial situation.

Keywords: *loneliness, socioeconomic status, COVID-19*

Citation: Matlock F, Langlais M. Perceived loneliness during COVID-19 and young adult mental well-being: testing socioeconomic status as a moderator. *Academia Mental Health and Well-Being* 2025;2. <https://doi.org/10.20935/MHealthWellB7496>

1. Introduction

COVID-19 first appeared in December 2019, in Wuhan, China. The World Health Organization (WHO) called the outbreak of this disease a global pandemic [1]. To reduce the spread of COVID-19, the U.S. government enacted social distancing guidelines that forced organizations and schools to enforce regulations such as remote work or work from home [1]. This change forced organizations to lay off nonessential employees [2] and schools to shut down. These guidelines also limited all social gatherings in public areas, such as churches, schools, and nonessential employment, which meant that many individuals would be isolated from their social network, including friends, coworkers, and family members. Though isolation was necessary, it is important to understand the impact social distancing guidelines had on the mental well-being of emerging adults. The relationship between isolation and mental well-being may be different for those with lower socioeconomic status (SES), who may have had even fewer opportunities to socialize with others. The goal of this study is to address the relationship between recollected COVID-19 social distancing guidelines and the mental well-being of emerging adults, and to what extent SES contributed to this relationship.

1.1. Literature review

Many individuals struggled with their well-being during the beginning of the pandemic. During this time, individuals were

instructed to minimize their social gatherings and stop all social activities [3]. Decreasing social interaction prompted increases in anxiety, depressive symptoms, emotional issues, financial problems, and increased chances of suicide [4–7]. Furthermore, those with low SES were left without necessary resources, in overcrowded accommodations, and employed in occupations that did not afford opportunities to work from home [8]. Individuals with low SES also experienced evictions, displacement, and challenges to public health [9].

There is theoretical support that isolation from COVID-19 would hinder young adults' mental well-being. Erik Erikson's [10] psychosocial theory proffers eight stages of development that entail individuals' social experiences encountered during their lifespan when they deal with a psychosocial conflict. In the intimacy and isolation stage that occurs during early adulthood, individuals begin to experiment with intimate relationships that may or may not result in lasting commitment. When there is disruption or avoidance of committed relationships, they may feel lonely, depressed, or isolated. Social isolation is considered a stressor that, even without a crisis, can adversely affect mental well-being as it disrupts the development of intimacy. Waterman [11] stated that if a stage is not mastered, the individual may not meet the challenges of the following stage, which hinders future

¹Developmental Psychology, Walden University, Minneapolis, MN 55404, USA.

²Department of Human Sciences and Design, Baylor University, Waco, TX 76798, USA.

*email: falescia.matlock@waldenu.edu

Scoperto un nuovo lignaggio del coronavirus HKU5 nei pipistrelli. Potenziale rischio zoonotico

Pubblicata su Cell la scoperta di un distinto lignaggio del coronavirus HKU5 (HKU5-CoV-2) nei pipistrelli. Il virus HKU5-CoV-2 RBD del pipistrello interagisce con l'ACE2 umano con una modalità di legame distinta da quella degli altri CoV. Il pipistrello HKU5-CoV-2 è stato isolato e infetta le cellule che esprimono ACE2 umano. Si sottolinea il potenziale rischio zoonotico.

21 FEB -

I merbecovirus comprendono quattro specie virali con una notevole diversità genetica: coronavirus correlato a MERS, coronavirus del pipistrello Tylonycteris HKU4, coronavirus del pipistrello Pipistrellus HKU5 e coronavirus 1 di Hedgehog. Tuttavia, il potenziale rischio di spillover umano dei merbecovirus animali deve ancora essere studiato. Ma emergono nuovi rischi.

È stata infatti pubblicata su *Cell* la scoperta un distinto lignaggio del coronavirus HKU5 (HKU5-CoV-2) nei pipistrelli. Analisi strutturali e funzionali hanno indicato che HKU5-CoV-2 ha un migliore adattamento all'ACE2 umano rispetto al lignaggio 1 HKU5-CoV. Lo studio rivela dunque un lignaggio distinto di HKU5-CoV nei pipistrelli che utilizzano in modo efficiente l'ACE2 umano e sottolinea il loro potenziale rischio zoonotico.

https://www.quotidianosanita.it/scienza-e-farmaci/articolo.php?articolo_id=127880

Vaccini. Oms: programma esteso ha salvato 154 milioni di vite e aggiunto oltre 10 miliardi di anni di vita in salute. Le 5 priorità per il 2025

In un messaggio pubblicato sul sito dell'Organizzazione mondiale della sanità Kate O'Brien, Director of the Department of Immunization, Vaccines and Biologicals dell'Oms evidenzia le priorità da affrontare durante questo anno

L'immunizzazione rappresenta uno dei maggiori successi della salute pubblica, con milioni di vite salvate da malattie prevenibili come polio, morbillo, difterite, pertosse, papillomavirus umano e tetano: grazie al Programma Esteso di Immunizzazione (EPI), si stima che siano state salvate 154 milioni di vite e aggiunti oltre 10 miliardi di anni di vita in salute. Con il contributo determinante di partnership globali, i vaccini hanno raggiunto ogni angolo del pianeta, garantendo a milioni di bambini non solo la sopravvivenza oltre il primo anno di vita, ma anche un futuro in salute. È quanto evidenzia in un messaggio pubblicato sul sito dell'Organizzazione mondiale della sanità **Kate O'Brien**, Director of the Department of Immunization, Vaccines and Biologicals dell'Oms.

Il 2025 segna una fase cruciale per gli sforzi di immunizzazione a livello mondiale. Nel 2024, sono stati compiuti importanti progressi: quattro nuovi paesi hanno introdotto il vaccino Hpv, mentre Niger e Nigeria sono stati i primi a implementare il Men5CV, un vaccino pentavalente contro la meningite. Inoltre, oltre 12 milioni di dosi di vaccino contro la malaria sono state distribuite in 17 paesi africani, segnando un passo decisivo nella lotta contro questa malattia. L'iniziativa 'Big Catch-up', promossa da Gavi e Unicef, ha permesso di recuperare i ritardi vaccinali dovuti alla pandemia: 143 milioni di dosi sono state consegnate in 36 paesi e 10,5 milioni di dosi di recupero somministrate. Nel 2025, si prevede la distribuzione di ulteriori 104 milioni di dosi, sostenuta da un nuovo sistema di monitoraggio globale dell'OMS che permetterà un controllo in tempo reale.

Cinque Priorità per il 2025

1. **Equità: raggiungere i bambini zero-dose**

L'equità dei vaccini rimane una delle sfide sanitarie globali più urgenti del nostro tempo. Mentre i programmi di immunizzazione hanno fatto enormi progressi, milioni di bambini in tutto il mondo rimangono irraggiungibili, molti dei quali sono classificati come bambini a dose zero, il che significa che non hanno ricevuto un singolo vaccino. Nel 2023, 14,5 milioni di bambini non avevano ricevuto alcun vaccino, un forte aumento rispetto ai 12,9 milioni del 2019. Questi bambini provengono in modo sproporzionato da comunità emarginate, comprese quelle in zone di conflitto, aree remote e baraccopoli urbane. Il divario nella copertura non solo alimenta epidemie di malattie prevenibili, ma aggrava anche le disuguaglianze esistenti nei risultati sanitari. Per colmare questo divario sono necessarie strategie mirate: migliorare le catene di fornitura, rafforzare le infrastrutture sanitarie e affrontare le barriere socioeconomiche che impediscono alle famiglie di accedere ai servizi di vaccinazione. Raggiungere una vera equità significa garantire che nessun bambino venga lasciato indietro.

2. **Epidemie: il ritorno del morbillo e il rafforzamento dei sistemi sanitari**

La sorveglianza delle malattie prevenibili con i vaccini è un altro pilastro della sicurezza sanitaria globale. Dalla febbre gialla al morbillo alla polmonite, la diagnosi precoce garantisce che i vaccini raggiungano coloro che ne hanno più bisogno. L'allarmante aumento dei casi di morbillo è un duro promemoria del risultato quando le reti di immunizzazione sono indebolite. Un tempo considerato sulla strada dell'eliminazione in molte regioni, il morbillo sta risorgendo a causa delle lacune nella copertura vaccinale. Questo aumento è un segnale di avvertimento che i sistemi di vaccinazione sono a rischio: campagne ritardate, interruzioni della catena di fornitura e fiducia indebolita nei servizi sanitari hanno creato le basi per le epidemie. Rafforzare i programmi di immunizzazione non significa solo rispondere alle crisi, ma anche impegnarsi intensamente per costruire sistemi sanitari resilienti in modo che tali crisi vengano scongiurate in primo luogo. Ciò significa migliorare la sorveglianza, garantire solide scorte di vaccini, formare gli operatori sanitari, garantire che i sistemi di dati siano in atto per guidare l'impatto e intensificare i servizi di immunizzazione essenziali. Se non si agisce in modo deciso ora, altre malattie prevenibili con i vaccini potrebbero seguire la stessa pericolosa tendenza.

3. **Fiducia nei vaccini: costruire la credibilità tra le comunità e gli operatori Sanitari**

La fiducia nei vaccini è la spina dorsale degli sforzi di immunizzazione di successo. Gli ultimi anni hanno esposto sia i punti di forza che le vulnerabilità della fiducia pubblica nei vaccini. La disinformazione, la sfiducia storica e l'instabilità politica minacciano di erodere i guadagni duramente conquistati. Allo stesso tempo, gli operatori sanitari in prima linea, i volti fidati della vaccinazione, devono essere supportati con formazione e risorse per interagire con sicurezza con le comunità. La fiducia deve essere costruita attraverso trasparenza, istruzione e coinvolgimento. I governi, la società civile e il settore privato devono lavorare insieme per contrastare la disinformazione e la falsa rappresentazione, amplificare informazioni accurate e garantire che le comunità si sentano autorizzate, non costrette, nel processo decisionale sui vaccini.

4. **Nuovi vaccini: innovazione e supporto per la distribuzione**

L'innovazione nei vaccini offre immense opportunità per affrontare alcune delle malattie più letali al mondo. L'introduzione di nuovi vaccini, che siano per la malaria, il virus respiratorio sinciziale o la prossima minaccia pandemica, rappresenta una svolta nella salute pubblica. I nuovi vaccini hanno un impatto solo quanto i sistemi che li somministrano. Il successo di questi vaccini non dipende solo dal loro sviluppo, ma anche dalla loro introduzione efficace e dalla loro somministrazione continua. È qui che il nostro ruolo di supporto ai paesi è fondamentale: garantire che siano in atto approvazioni normative, meccanismi di finanziamento, prontezza del sistema sanitario e accettazione della comunità. Investire nell'introduzione di questi vaccini con la stessa urgenza della loro ricerca e sviluppo sarà fondamentale per tradurre le scoperte scientifiche in una protezione nel mondo reale.

5. Sfide politiche e di finanziamento

A gennaio, il presidente Donald Trump ha firmato un ordine esecutivo che indicava l'intenzione degli Stati Uniti di ritirarsi dall'OMS. Restiamo fiduciosi che gli Stati Uniti ci riconsidereranno. Per decenni, la partnership tra Stati Uniti e OMS è stata determinante nel raggiungimento di traguardi storici in materia di salute pubblica, dall'eradicazione del vaiolo al progresso degli sforzi di immunizzazione globale che hanno salvato milioni di vite negli Stati Uniti e in tutto il mondo. Questa collaborazione ha protetto gli americani in patria e all'estero attraverso la sorveglianza delle malattie, accelerando il progresso scientifico e assicurando che gli interventi sanitari salvavita raggiungessero coloro che ne avevano più bisogno e bloccando le epidemie quando emergevano, per limitarne l'impatto.

Due eventi chiave guideranno le strategie future: la riunione del Gruppo Consultivo Strategico di Esperti sull'Immunizzazione (SAGE) dal 10 al 13 marzo 2025 e il Global Vaccine and Immunization Research Forum (25-27 marzo, Rio de Janeiro). Questi incontri affronteranno temi cruciali come l'eliminazione della poliomielite, le innovazioni vaccinali e l'uso dell'intelligenza artificiale nello sviluppo di nuovi vaccini. L'umanità possiede strumenti e conoscenze per proteggere le generazioni future. Come disse il Dr. Albert Sabin: "Uno scienziato che è anche un essere umano non può riposare mentre una conoscenza utile a ridurre la sofferenza rimane inutilizzata". La sfida è nelle nostre mani: rendere l'immunizzazione universale una realtà.

https://www.quotidianosanita.it/scienza-e-farmaci/articolo.php?articolo_id=127871

quotidianosanità.it

Covid. Il premio Nobel Parisi: "Lockdown ha bloccato numero morti. Immunità di gregge sarebbe costata 700mila morti". E su Oms: "Suicida uscirne"

Il fisico in audizione in Commissione parlamentare di inchiesta sulla gestione dell'emergenza sanitaria causata dalla diffusione epidemica del virus Sars-Cov-2 e sulle misure adottate per prevenire e affrontare l'emergenza epidemiologica.

25 FEB - "Quello che abbiamo visto è, in pandemia, che il picco del numero dei morti è avvenuto a 20 giorni circa dal lockdown, come è avvenuto in Cina". Dunque "la chiusura del lockdown ha bloccato l'aumento del numero dei morti e quindi ha contenuto l'infezione". Così il premio Nobel **Giorgio Parisi**, in audizione in Commissione parlamentare di inchiesta sulla gestione dell'emergenza sanitaria causata dalla diffusione epidemica del virus Sars-Cov-2 e sulle misure adottate per prevenire e affrontare l'emergenza epidemiologica.

Il problema, ha spiegato, "è stato che in Italia l'infezione si è diffusa a macchia di leopardo. Si è diffusa prima nel Bergamasco, per motivi storici difficili da capire ". In quell'area "si è raggiunta l'immunità di gregge, nelle altre parti d'Italia non si è raggiunta ed è stata bloccata prima dell'immunità di gregge. Ma è costata l'1% dei morti. Sono morti veri, accertati. Le tristi immagini della fila di camion che portavano bare sono state nella zona di Bergamo e l'Italia si è salvata. Quindi su scala italiana una situazione di quel genere avrebbe portato a 600-700mila morti".

La controprova dell'immunità di gregge raggiunta "è che abbiamo avuto pochissimi casi nel Bergamasco durante la seconda ondata". Parisi ha ricordato che "c'è stata un'indagine sierologica fatta nell'estate del 2020 che dimostra come circa il 5% della popolazione fosse stata infettata. Abbiamo avuto circa 3 milioni di casi nella prima ondata, circa 35mila morti. Nel peggiore dei casi, con tutta la popolazione infettata, potremmo aver avuto 600-700mila morti. I casi registrati noti erano molto meno, erano 250mila. Sappiamo da Andrea Crisanti che il 40% dei casi era asintomatico, quindi dovremmo aver avuto 2 milioni di casi asintomatici". Mentre "probabilmente ce ne siamo persi la metà nelle statistiche di quelli con malattia seria, perché mancavano i test per controllare".

"Una domanda che spesso viene fatta - ha aggiunto Parisi - è se i numeri dei morti da Covid sono veri. L'aumento della mortalità data dagli uffici che si occupano del seppellimento delle persone corrisponde circa ai casi dei morti dati da Covid. Quindi i morti in più ci sono stati. L'Istituto superiore di sanità ha verificato le cartelle cliniche. Il 90% dimostra che i morti segnati come morti di Covid avevano Covid come origine principale. La stessa cosa è vera dai controlli inglesi. Quindi non c'è nessun motivo di fare una distinzione tra morti 'di' Covid e morti 'con' Covid".

Infine, Parisi ha parlato dell'Oms: "L'Organizzazione mondiale della sanità è l'unica che abbiamo per il sostegno in tantissimi Paesi del mondo che non hanno risorse sufficienti per gestire le cose da soli. È fondamentale per la diffusione dei vaccini nei Paesi del terzo mondo. È l'unico tavolo mondiale che noi abbiamo per discutere. Che poi l'Oms sia perfetto è lontano da quello che noi abbiamo detto". In merito al lavoro dell'Oms, "nel documento Accademia dei Lincei, da un lato, notavamo che l'Oms poteva essere più efficace", ha aggiunto. "E' necessario un ripensamento su come l'Oms doveva agire in caso di pandemia. Perché l'Oms è certamente ripensare", ma "questo non vuol dire buttare il bambino con l'acqua sporca: vuol dire ripensare. Per quanto riguarda un'organizzazione internazionale antipandemica, noi pensavamo che dovesse avere una parte scientifica operativa. E che forse poteva essere meglio farla fuori dall'Oms. Però questo è un altro paio di maniche. Si tratta di quello che pensavamo in una rete di centri di ricerca che comunicano fra di loro, che scambiano i dati". Ora però "l'Oms non ha nessun possibile sostituto a livello di coordinazione mondiale. Si può discutere come gestirla meglio, ma uscirne fuori a me pare suicida - ha avvertito Parisi - perché a questo punto se venisse distrutto l'Oms non ci sarebbe nient'altro. E il costruirlo prenderebbe un sacco di tempo".

https://www.quotidianosanita.it/governo-e-parlamento/articolo.php?articolo_id=127952



Le narrazioni del dolore

Sandro Spinsanti

La forma più fondamentale della cura non è quella che riceviamo accedendo a un ospedale o a un ambulatorio medico, ma quella erogata all'interno della famiglia o dei rapporti elettivi delle persone con le quali si condivide la vita quotidiana. Qui incontriamo le persone chiamate a prestare volontariamente cura e assistenza, indicate globalmente con il termine inglese "caregiver".

"Io e Isabella abbiamo cominciato a litigare. Sta con me in ospedale tutto il giorno ed è sempre più stanca e magra, come c'è da aspettarsi in questa situazione tragica. Quando mi ha chiesto: 'Ma tu avresti mai fatto questo per me?' non ho saputo rispondere. Non lo so". Siamo forse spiando una situazione di coppia in conflitto, guardando indiscretamente dal buco della serratura? No: la scena è resa pubblica dal protagonista, che la racconta in un libro. Il riferimento è a *In frantumi*, di Hanif Kureishi (1).

Lo scrittore si è trovato in una drammatica situazione clinica a seguito di una caduta, con lesione spinale e conseguente tetraparesi, che l'ha costretto a un ricovero ospedaliero e a un lungo percorso di riabilitazione. Come ormai è diventato costume, non si è chiuso nel silenzio, ma ne ha fatto oggetto di una narrazione autobiografica. Non diversamente dal celebre Salman Rushdie, che nel libro *Coltello* (2) ha offerto un dettagliato resoconto dell'attentato subito da un fanatico che lo ha pugnalato per dar seguito alla fatwa, procurandogli gravi danni e la perdita di un occhio. Ma non si finirebbe di citare la schiera di tutti coloro che, a qualsiasi livello dell'abilità narrativa, danno conto di come le vicende del corpo si iscrivono nel loro percorso di salute e malattia. **Siamo ormai autorizzati a parlare di un vero e proprio genere letterario, che in inglese ha preso il nome di "misery report"; in italiano lo possiamo tradurre come "narrazioni del dolore".** La finalità

di questi racconti, riconducibili al vasto territorio della medicina narrativa, sono le più diverse. In generale possiamo riscontrare, più che una ricerca di compassione, un intento di condivisione.

E di fatto, se abbiamo la benevolenza di seguire i protagonisti delle narrazioni in questi percorsi, più che un beneficio estetico-letterario ne ricaviamo una più profonda conoscenza di come il vissuto di malattia incide nell'esistenza umana. Acquistiamo indirettamente un più profondo sapere, anche senza aver vissuto certe tragiche esperienze sulla nostra pelle.

Tornando allo spunto da cui siamo partiti, l'annotazione di Kureishi ci aiuta a mettere a fuoco la tensione che si può creare tra coloro che erogano le cure e quelli che li ricevono. Le cronache documentano gli scoppi di aggressività da parte di certi cittadini che non si sentono curati come vorrebbero nelle strutture sanitarie pubbliche. Parallelamente, la riflessione sociale insiste sullo stress di molti professionisti della cura, sottoposti a una richiesta che eccede le riserve di energie personali, quelle che hanno luogo nell'ambito familiare e vedono come protagonisti congiunti e affini del malato. **Molto raramente invece l'attenzione si focalizza su ciò che avviene nell'ambito delle cure non professionali.** In questo scenario hanno luogo vicende drammatiche che lo scrittore mette ben in evidenza: *“Due settimane fa nella mia vita è scoppiata una bomba che ha sconvolto anche la vita di chi mi sta attorno. La mia compagna, i miei figli, i miei amici. Le mie relazioni vanno rinegoziate. Tutti sembrano un po' pazzi, tutto è cambiato. Ci sono i sensi di colpa e la rabbia, il risentimento per essere così dipendenti, la frustrazione di non poter fare tutto da soli. Il mio incidente è una tragedia fisica, ma per tutti noi le conseguenze emotive saranno enormi”*.

È un fatto di esperienza: la forma più fondamentale della cura non è quella che riceviamo accedendo a un ospedale o a un ambulatorio medico, ma quella erogata all'interno della famiglia o dei rapporti elettivi delle persone con le quali si condivide la vita quotidiana. Qui incontriamo le persone chiamate a prestare volontariamente cura e assistenza, indicate globalmente con il termine inglese “caregiver”. Quante sono le persone coinvolte? Non ci siamo mai presi la briga di contarle accuratamente. Nella pubblicazione dell'Istat dedicata a *Conciliazione tra lavoro e famiglia*, del 2018 (3), si stima in 2.800.000 le persone che assistono regolarmente figli o altri parenti in quanto malati, disabili o anziani. Caregiver sono per lo più donne; 650.000 persone – sempre secondo lo stesso documento – si occupano inoltre contemporaneamente sia di figli minori di 15 anni che di famigliari bisognosi di assistenza.

Se insufficienti sono le statistiche generali, del tutto carenti sono i dati riguardo all'impatto del peso della cura sulle dinamiche familiari: dal gravame economico – quante persone sono costrette dall'impegno di assistenza ad abbandonare il lavoro e a contrarre debiti – a quello emotivo. Il flash di Kureishi è sufficiente a farci immaginare tensioni, conflitti, rotture di rapporti. Per lo più ne abbiamo una percezione aneddotica; magari un conoscente, incontrato per caso, ci informa sullo sviluppo che il morbo di Parkinson ha avuto sulla sua vita: la moglie lo ha lasciato, perché non vuol vivere accanto a un uomo che le chiederà un impegno di assistenza sempre crescente... E rimaniamo con la curiosità di sapere, possibilmente con statistiche attendibili, se sono più le mogli che lasciano i mariti o gli uomini che lasciano le mogli in caso di malattia cronica ingravescente (anche se tutti giureremmo di sapere qual è la risposta giusta!).

La scheggia tagliente che Kureishi lascia balenare tra lui stesso e chi lo assiste – “Ma tu avresti mai fatto questo per me?” – evocando i tanti possibili conflitti ci obbliga a domandarci: che cosa tiene insieme le cure che hanno luogo nell'ambito familiare? È il senso di colpa, il debito morale o che altro? È forse l'onda lunga della cultura del dono-controdono, che secondo l'antropologo Marcel Mauss ha costituito il primo passo fondamentale per uscire dalla primitiva conflittualità tribale (4)? **I nostri padri latini avevano affidato le cure familiari a una parola: la pietas.** Si trattava allo stesso tempo di una divinità – ben due templi erano stati dedicati a Pietas nell'antica Roma – e della personificazione di un sentimento: quello che inclinava a compiere il proprio dovere nei confronti della famiglia, della patria e della religione. Il “pio” Enea, che incarnava simbolicamente questa virtù, era encomiabilmente dedito ai valori tradizionali, a cominciare da quelli da esercitare nella famiglia occupandosi dei vecchi e dei bambini. E quando il dovere lo chiama a proseguire il viaggio per andare a fondare Roma, non esita a lasciare l'amoroso abbraccio di Didone, provocando la sua rovina: non ci si aspettava un comportamento diverso dal pio Enea. In seguito il cristianesimo ha espropriato

la *pietas* del significato originario, rendendola sinonimo di compassione e benevolenza, insieme a quello di rispetto del credente verso Dio e le cose sacre. Per non dire dell'ulteriore virata semantica, quando serve a esprimere il disprezzo per persone, cose, spettacoli che "fanno pietà" (magari una connotazione appropriata per lo stato attuale del SSN...).

Se la parola "pietà" è irrecuperabile, dovremo forse rassegnarci a tenere l'inglesismo del caregiver. Ma più che alla parola, è importante che dirigiamo la nostra attenzione alla dimensione sociale che questa forma di cura ha assunto, senza dimenticare le eventuali ricadute giuridiche e assistenziali. Il "pius Aenea" dei nostri giorni non è più un baldanzoso eroe che porta sulle spalle il padre anziano e tiene per mano il figlio bambino; è piuttosto, a sua volta, **un settantenne – più precisamente nella maggioranza dei casi una donna – che tiene sulle spalle uno o due genitori novantenni e non più autosufficienti, e per mano un figlio quarantenne con sindrome di Down, o cerebrolesione, o autismo...** Il nostro immaginario, ma soprattutto le nostre conoscenze sociologiche vanno radicalmente rinnovate. Magari anche il diritto dovrà confrontarsi, ripensando alle ripartizioni ereditarie: sarà appropriato considerare le diverse posizioni tra gli eredi, distinguendo chi ha speso la propria vita nel ruolo di caregiver da chi non ha mosso un dito.

Soprattutto il nostro welfare si deve confrontare con questi nuovi profili della vita domestica. La cura non può più essere semplicemente delegata alla buona volontà e alle dotazioni virtuose dei singoli: va riconosciuta e integrata nell'insieme dei servizi di cura sociali, sociosanitari e sanitari. In alcune realtà locali il campanello di allarme è suonato. Solo un esempio: sullo scorcio del 2024 nel **consiglio regionale del Veneto** è stato avanzato un progetto di legge per "il riconoscimento, la valorizzazione e il sostegno del caregiver familiare", specificato come la persona che presta volontariamente cura e assistenza: chi dunque "in modo gratuito e responsabile, senza obbligo di convivenza, residenza o domicilio comune, si prende cura di una persona cara consenziente, in condizioni di non autosufficienza o comunque di necessità di ausilio di lunga durata nell'ambito del piano assistenziale individualizzato". Nella legge proposta vengono identificati interventi a favore del caregiver, promosse reti di sostegno, riconoscimento di competenze, azioni di sensibilizzazione e partecipazione. A cominciare, naturalmente, dal passaggio dall'invisibilità di queste persone alla loro rilevanza sociale. *"Le difficili condizioni delle famiglie, le crescenti disuguaglianze sociali ed economiche, il silenzio che circonda il problema della cura, richiedono una urgente assunzione di responsabilità rispetto ai bisogni e al benessere del caregiver e del ruolo che questi svolge nel sistema del welfare"*, come viene specificato nel rationale che giustifica il progetto di legge; per questo "è necessario riconoscere valore e diritti a coloro che si assumono l'onere della cura".

L'ottima iniziativa lascia però una domanda in sospeso: avremo anche in questo ambito prodotti di autonomia differenziata, così che in alcuni territori del paese i caregiver saranno riconosciuti e sostenuti, mentre in altri continueranno a dipendere dalla generosa disposizione e dalle virtù personali? È giunto il momento di una legge nazionale che dia pieno riconoscimento alla figura del caregiver familiare; non in nome della bontà, ma della giustizia sociale.

<https://www.saluteinternazionale.info/2025/02/le-narrazioni-del-dolore/>

Changing life expectancy in European countries 1990–2021: a subanalysis of causes and risk factors from the Global Burden of Disease Study 2021



GBD 2021 Europe Life Expectancy Collaborators*



Summary

Background Decades of steady improvements in life expectancy in Europe slowed down from around 2011, well before the COVID-19 pandemic, for reasons which remain disputed. We aimed to assess how changes in risk factors and cause-specific death rates in different European countries related to changes in life expectancy in those countries before and during the COVID-19 pandemic.

Methods We used data and methods from the Global Burden of Diseases, Injuries, and Risk Factors Study 2021 to compare changes in life expectancy at birth, causes of death, and population exposure to risk factors in 16 European Economic Area countries (Austria, Belgium, Denmark, Finland, France, Germany, Greece, Iceland, Ireland, Italy, Luxembourg, the Netherlands, Norway, Portugal, Spain, and Sweden) and the four UK nations (England, Northern Ireland, Scotland, and Wales) for three time periods: 1990–2011, 2011–19, and 2019–21. Changes in life expectancy and causes of death were estimated with an established life expectancy cause-specific decomposition method, and compared with summary exposure values of risk factors for the major causes of death influencing life expectancy.

Findings All countries showed mean annual improvements in life expectancy in both 1990–2011 (overall mean 0·23 years [95% uncertainty interval (UI) 0·23 to 0·24]) and 2011–19 (overall mean 0·15 years [0·13 to 0·16]). The rate of improvement was lower in 2011–19 than in 1990–2011 in all countries except for Norway, where the mean annual increase in life expectancy rose from 0·21 years (95% UI 0·20 to 0·22) in 1990–2011 to 0·23 years (0·21 to 0·26) in 2011–19 (difference of 0·03 years). In other countries, the difference in mean annual improvement between these periods ranged from –0·01 years in Iceland (0·19 years [95% UI 0·16 to 0·21] vs 0·18 years [0·09 to 0·26]), to –0·18 years in England (0·25 years [0·24 to 0·25] vs 0·07 years [0·06 to 0·08]). In 2019–21, there was an overall decrease in mean annual life expectancy across all countries (overall mean –0·18 years [95% UI –0·22 to –0·13]), with all countries having an absolute fall in life expectancy except for Ireland, Iceland, Sweden, Norway, and Denmark, which showed marginal improvement in life expectancy, and Belgium, which showed no change in life expectancy. Across countries, the causes of death responsible for the largest improvements in life expectancy from 1990 to 2011 were cardiovascular diseases and neoplasms. Deaths from cardiovascular diseases were the primary driver of reductions in life expectancy improvements during 2011–19, and deaths from respiratory infections and other COVID-19 pandemic-related outcomes were responsible for the decreases in life expectancy during 2019–21. Deaths from cardiovascular diseases and neoplasms in 2019 were attributable to high systolic blood pressure, dietary risks, tobacco smoke, high LDL cholesterol, high BMI, occupational risks, high alcohol use, and other risks including low physical activity. Exposure to these major risk factors differed by country, with trends of increasing exposure to high BMI and decreasing exposure to tobacco smoke observed in all countries during 1990–2021.

Interpretation The countries that best maintained improvements in life expectancy after 2011 (Norway, Iceland, Belgium, Denmark, and Sweden) did so through better maintenance of reductions in mortality from cardiovascular diseases and neoplasms, underpinned by decreased exposures to major risks, possibly mitigated by government policies. The continued improvements in life expectancy in five countries during 2019–21 indicate that these countries were better prepared to withstand the COVID-19 pandemic. By contrast, countries with the greatest slowdown in life expectancy improvements after 2011 went on to have some of the largest decreases in life expectancy in 2019–21. These findings suggest that government policies that improve population health also build resilience to future shocks. Such policies include reducing population exposure to major upstream risks for cardiovascular diseases and neoplasms, such as harmful diets and low physical activity, tackling the commercial determinants of poor health, and ensuring access to affordable health services.

Funding Gates Foundation.

Copyright © 2025 The Author(s). Published by Elsevier Ltd. This is an Open Access article under the CC BY 4.0 license.

Lancet Public Health 2025

Published Online

February 18, 2025

[https://doi.org/10.1016/S2468-2667\(25\)00009-X](https://doi.org/10.1016/S2468-2667(25)00009-X)

*Collaborators are listed at the

end of the paper.

Correspondence to:

Prof Nicholas Steel, Norwich Medical School, University of East Anglia, Norwich, NR4 7TJ, UK

n.steel@uea.ac.uk

Stima dei ricoveri ospedalieri associati al virus respiratorio sinciziale in cinque paesi europei: uno studio di modellizzazione

Caroline Klint Johannesen · David Gideon · Richard Osei Yeboah ·

Toni Lehtonen · Ombeline Jollivet · A. Cohen · e altri

Riepilogo

Sfondo

Il virus respiratorio sinciziale (RSV) può causare gravi malattie, in particolare tra neonati, anziani e individui con comorbidità. I test non sistematici e le differenze nelle pratiche di codifica influenzano le misure dirette del carico di malattia ospedaliera. Puntiamo ad affrontare questo problema e a stimare i ricoveri ospedalieri respiratori associati a RSV attraverso la modellazione di serie temporali dei ricoveri ospedalieri.

Metodi

Il numero di ricoveri ospedalieri per RSV in Danimarca, Inghilterra, Finlandia, Paesi Bassi e Spagna è stato stimato con analisi di attribuzione, utilizzando ricoveri per infezioni delle vie respiratorie (RTI) specifiche per età combinati con dati virologici, entrambi da dati sanitari raccolti di routine. Le analisi hanno coperto gli anni 2016-2023.

Risultati

L'incidenza attribuita di RSV ogni 100.000 bambini di età compresa tra 0 e 2 mesi variava da 1715 in Danimarca a 3842 in Inghilterra. Negli anziani, sono state riscontrate differenze sostanziali nell'incidenza di ricoveri ospedalieri per RSV codificati ICD-10, mentre l'incidenza attribuita di RSV era più comparabile, variando da circa 100 ogni 100.000 negli adulti di età compresa tra 65 e 74 anni a 200 ogni 100.000 persone di età compresa tra 75 e 84 anni e 500 ogni 100.000 persone di età pari o superiore a 85 anni.

Interpretazione

Le serie temporali attribuite a RSV mostrano un alto grado di sincronicità tra i paesi partecipanti, il che suggerisce che questo metodo di attribuzione affronta i noti problemi di sottodiagnosi e classificazione errata. Nelle fasce di età più avanzate, una quota sostanziale di ricoveri ospedalieri per RTI è attribuita a RSV, sottolineando la rilevanza di RSV come causa di gravi infezioni respiratorie.

Ricerca nel contesto

Prove prima di questo studio

Il virus respiratorio sinciziale (RSV) causa una significativa morbilità nei bambini in tutto il mondo. Sebbene ben consolidato nei bambini, il RSV è sempre più riconosciuto come causa di gravi malattie negli anziani. Studi recenti si sono concentrati sull'analisi di questo carico di malattia, ma spesso si trovano ad affrontare sfide come il bias di selezione o l'affidamento a modelli osservazionali, che possono portare a diagnosi errate a causa di problemi di test e sottostima, soprattutto negli anziani. Abbiamo effettuato ricerche su PubMed con l'NIH utilizzando i termini di ricerca [RSV burden], [Respiratory syncytial virus model], [RSV burden adults model] e [RSV model], inclusi gli studi pubblicati in qualsiasi data fino al 31 dicembre 2023. Abbiamo escluso gli studi che non utilizzavano la modellazione statistica per stimare il carico di RSV o erano correlati all'efficacia del vaccino o all'efficacia del vaccino. La letteratura selezionata ha generalmente utilizzato approcci di serie temporali. Gli studi hanno in genere rilevato ulteriori carichi di malattia associati a RSV in singole popolazioni e non includevano il periodo pandemico. Quindi, mentre le ricerche precedenti hanno fornito stime affidabili affrontando questi problemi, gli studi devono ancora esaminare il carico di malattia in più paesi durante la pandemia di SARS-CoV-2 e i periodi pre-pandemici. Nel frattempo, sono state sviluppate nuove misure

preventive per proteggere bambini e adulti da infezioni e malattie gravi. Molti paesi stanno attualmente valutando l'introduzione di vaccini RSV nelle campagne di vaccinazione pubbliche. Pertanto, stime aggiornate dell'incidenza specifica per età e paese della malattia grave da RSV sono fondamentali per fondamentali affidabili per le politiche di sanità pubblica.

Valore aggiunto di questo studio

Questo studio affronta la classificazione errata e la sottostima utilizzando un metodo di modellazione di serie temporali con dati nazionali sui ricoveri ospedalieri per infezioni delle vie respiratorie (RTI), insieme a indicatori di circolazione del virus, in cinque paesi europei: Danimarca, Inghilterra, Finlandia, Paesi Bassi e Spagna. Negli adulti di età pari o superiore a 65 anni, i ricoveri ospedalieri codificati per RSV sono rari, sebbene una documentazione crescente supporti che una percentuale non trascurabile di ricoveri ospedalieri per RTI sia attribuita a RSV. Con questo studio, valutiamo che la percentuale di ricoveri ospedalieri per RTI attribuiti a RSV negli adulti di età superiore a 85 anni varia tra il 5 e il 12% e che la correzione della sottostima è compresa tra 3 e 49 volte nella stessa fascia di età. In particolare, l'incidenza stimata dei ricoveri ospedalieri correlati al RSV negli anziani è coerente in tutti i Paesi, con tassi di circa 100 ogni 100.000 all'anno negli adulti di età compresa tra 65 e 74 anni, 200 ogni 100.000 all'anno in quelli di età compresa tra 75 e 84 anni e 500 ogni 100.000 all'anno nelle persone di età pari o superiore a 85 anni.

Implicazioni di tutte le prove disponibili

Con l'avvento dei vaccini e di una nuova generazione di anticorpi monoclonali, stime accurate e affidabili del carico di malattia da RSV sono cruciali per valutare il panorama epidemiologico e valutare e monitorare l'impatto degli interventi. Le nostre stime offrono un contributo importante a questa base di prove e i nostri metodi analitici offrono un quadro solido per future valutazioni dell'efficacia del vaccino.

[https://www.thelancet.com/journals/lanep/article/PIIS2666-7762\(25\)00019-5/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lanep/article/PIIS2666-7762(25)00019-5/fulltext)

PNRR e sua implementazione

quotidianosanità.it

“Pnrr? Un’operazione immobiliare. Ci si è dimenticati del personale. Serve subito un nuovo Patto per la Salute”.

Intervista al segretario Anaa, Pierino Di Silverio

Giovanni Rodriguez

Sul contratto: "L'aspettativa è quella di sedermi a firmare un contratto già scaduto. È un atto dovuto istituzionale ma non è la soluzione perché con i soldi stanziati si può fare ben poco". Quanto alle liste d'attesa: "Il vero problema è quello di non avere un'organizzazione che consenta 'liste pulite'. Perché invece di far lavorare di più il personale non hanno pensato a far lavorare maggiormente i cosiddetti ambulatori delle cronicità?". L'IA può essere un'opportunità ma non può sostituire la diagnosi medica o il parere del medico

Dopo l'emergenza Covid il personale sembra essere tornato nel dimenticatoio. Il Pnrr? Sembra più un'operazione immobiliare, ci si preoccupa delle strutture ma non di chi dovrà lavorarvi dentro. L'urgenza inderogabile è quella di un nuovo Patto per la Salute.

Ne è convinto il segretario nazionale dell'Anaa Assomed, **Pierino Di Silverio**, in un'ampia intervista a *Quotidiano Sanità* nella quale tocca diversi temi: dalla responsabilità penale del medico alle potenzialità e

rischi legate all'uso dell'intelligenza artificiale, dalle aspettative per il nuovo contratto alle aggressioni al personale, fino alla riforma della medicina territoriale ed alla valorizzazione della formazione specialistica.

La manovra vi ha lasciati insoddisfatti e fin da gennaio sono state avviate le prime mobilitazioni, cosa c'è in programma per i prossimi mesi?

Non solo la finanziaria ma anche le azioni successive non ci hanno soddisfatto. Sembra che, una volta varata la manovra, si sia smesso di porsi il tema riguardante i professionisti sanitari. Il 25 gennaio insieme ad altre sigle sindacali abbiamo dato il via a una mobilitazione con lo scopo di cercare un dialogo con le Istituzioni. La speranza è che queste abbiano la forza, la capacità e la volontà di rispondere alle esigenze dei professionisti sanitari. Vogliamo capire cosa pensano di realizzare, quali sono i loro progetti. Per quanto ci riguarda, la nostra proposta l'abbiamo già avanzata.

E cosa proponete?

La prima cosa da fare è un nuovo Patto per la salute. Dobbiamo sederci a un tavolo e decidere come riorganizzare interamente il percorso di presa in carico dei pazienti. Non si può pensare di andare avanti solo con interventi spot o interventi tampone su alcune problematiche, in questo modo non si fa che esacerbare quella confusione legislativa e burocratica nella quale viviamo. Questo primo passo, dal nostro punto di vista, è urgente e necessario. In secondo luogo, si deve tornare a pensare al professionista. L'impressione è che il Covid abbia fatto scoppiare una bolla infrastrutturale. Da allora ci si è concentrati molto di più sulle strutture che sui professionisti che vi operano, questo sia a livello europeo che nazionale. L'impressione è che il Pnrr stia sempre più rivelando una grande operazione immobiliare.

In che senso?

Continuiamo a creare nuove strutture che restano vuote mentre al professionista non pensa più nessuno. Il Piano per le assunzioni straordinarie è stato rimandato, attendiamo ancora che si metta mano all'abolizione del tetto di spesa ad oggi esistente solo sulla carta, c'è un atto medico ancora da definire, c'è il tema task shifting, per non parlare delle condizioni lavorative che oggi non posso che definire pietose con una crescente fuga di professionisti sia verso l'estero che verso il privato. E ancora, c'è una riduzione dell'appetibilità per diverse scuole di specializzazione, così come una medicina dell'emergenza-urgenza che ha un immediato bisogno di essere ristrutturata. L'operazione della creazione di una specializzazione di Pronto Soccorso è stata fallimentare. E non si capisce cosa si vuole fare a fronte di carenze infrastrutturali, di personale ma anche organizzative in termini di percorsi di cura.

Sul personale siamo in attesa di risposte e di capire quali siano le strategie. Ad oggi noi non lo abbiamo ancora capito. Avevamo chiesto finanziamenti adeguati e invece sono stati stanziati 50 milioni per il 2025 e 327 milioni nel prossimo, sempre se ci saranno, collegati ad un contratto che è ancora molto lontano da venire.

A questo proposito, è arrivata la fumata nera per il comparto sanità. Che aspettative avete?

L'aspettativa è quella di sedermi a firmare un contratto già scaduto. È un atto dovuto istituzionale ma non è la soluzione perché con i soldi stanziati si può fare ben poco. E nonostante questo continuiamo a erogare due milioni di prestazioni gratuite al giorno, con i noti problemi di carenza di personale, burnout e aggressioni. E il rapporto medico-paziente inevitabilmente così si incrina.

Possiamo fare un tagliando delle misure messe in campo in questi due anni per contrastare il problema delle liste d'attesa?

Sul tema delle liste d'attesa la situazione non è migliorata, semplicemente perché non poteva migliorare con le soluzioni messe in campo. Tutta la parte economica del decreto varato la scorsa estate è stata posticipata. Il testo contiene anche buone norme, alcune delle quali in realtà già esistenti. Bene la riorganizzazione dei Cup, ma ci sono dei problemi concreti da affrontare. Se il livello tecnologico delle aziende è sotto zero, se ho sistemi che all'interno della stessa Regione non comunicano tra le diverse aziende sanitarie, tutto questo come si può conciliare con il nuovo modello organizzativo proposto? Il core dell'impianto ruotava attorno all'idea di far lavorare di più i professionisti. Sarei curioso di sapere se hanno trovato questi professionisti con

tempo libero da dedicare alle prestazioni aggiuntive, e se questo ha permesso di ridurre le liste d'attesa. Il problema è che se aumenti l'offerta aumenta anche la domanda.

E allora cosa fare?

Si deve governare l'offerta rispetto alla domanda, organizzarla, ridurre gli sprechi, ridurre le prestazioni improprie. Le liste d'attesa non sono un problema quanto piuttosto l'effetto di un problema a monte.

Quale sarebbe il principale problema?

Il vero problema è quello di non avere un'organizzazione che consenta 'liste pulite'. Perché invece di far lavorare di più il personale non hanno pensato a far lavorare maggiormente i cosiddetti ambulatori delle cronicità? Molti di quelli che troviamo nelle liste d'attesa sono pazienti multipatologici spesso presenti in più liste per più prestazioni. Ecco allora l'utilità di raggrupparle, potenziare gli ambulatori delle cronicità e sfruttare maggiormente la medicina del territorio con specialisti ambulatoriali dotandoli dei ruoli e degli strumenti necessari. In questo modo sì che riusciremmo a ridurre le liste di attesa.

Passando al tema della responsabilità professionale, la commissione presieduta da Adelchi d'Ippolito ha concluso il suo lavoro, cosa vi aspettate ora?

I lavori della Commissione si sono conclusi con un nulla di fatto. Intanto con il Milleproroghe è stato prorogato lo scudo già esistente, meglio di nulla. Il problema è che si confonde in maniera ideologica l'immunità con la depenalizzazione. Ma quello che noi chiediamo, per essere precisi, è la non imputabilità, e cioè di non essere imputati in assenza di dolo.

Si spieghi meglio.

Quando un paziente pensa di aver subito errore dovrebbe passare attraverso commissione che dovrebbe avere il compito di esaminare gli aspetti civili e penali del presunto errore denunciato. Il nostro problema non è la depenalizzazione, visto che il 97% delle cause finisce in un nulla di fatto, ma è tutto quello avviene prima del giudizio. Io non devo arrivare ad essere imputato se non c'è dolo, e a questo si può arrivare soltanto mettendo dei filtri. Questo tema va però a toccare interessi lobbistici. Finisce così che si evita di intervenire nonostante la medicina difensiva costi allo Stato ben 11 miliardi l'anno.

La Legge Gelli non ha aiutato a risolvere il problema?

La Gelli-Bianco ha aiutato molto ma sotto il profilo civile, non ha invece risolto i problemi in ambito penale. C'è poi da dire che solo di recente hanno visto la luce gli ultimi decreti attuativi, il pieno funzionamento di quella legge si avrà solo adesso, a quasi 8 anni di distanza dalla sua approvazione.

C'è la volontà politica di risolvere questo problema a suo avviso?

Da parte del ministero della Salute sì, non sembra altrettanto dal lato del ministero della Giustizia.

La normativa per il contrasto al fenomeno delle aggressioni al personale sanitario sta funzionando?

Si è fatto molto sulla deterrenza, da quel punto di vista ci sono stati grandi sforzi, ma il problema resta dal momento che il motivo principale che causa questi fenomeni sono le difficoltà nell'accesso alle cure. Senza risolvere questo non si risolve il fenomeno. Ben venga l'inasprimento delle pene, ma non può essere questa l'unica via da seguire.

Quanto alla tanto discussa riforma della medicina del territorio, cosa ne pensa del possibile passaggio alla dipendenza?

Penso sia un dibattito sterile. La metodologia comunicativa conta tanto. Qualunque riforma si pensi di voler fare è impensabile presentarle in questa maniera, per mezzo di una fuga di notizia con bozze 'fantasma'. Le riforme vanno preparate, discusse, valutate e condivise con tutti gli stakeholders. Per quanto riguarda la medicina del territorio a noi interessa il funzionamento del sistema più che il passaggio o meno alla dipendenza. La cosa che potrebbe essere utile a tutti sarebbe quella di dotare i medici di medicina generale di presidi diagnostici di primo livello e di metterli nelle condizioni di poter fare diagnosi e terapie di primo livello. Questo sì che darebbe una grande mano al sistema.

Intelligenza artificiale in sanità, un rischio o una grande opportunità per medico e paziente?

Può essere un grande compendio ma non posso pensare si vada avanti senza governarla. Un sistema di big data o probabilistico non può sostituire la diagnosi medica o il parere del medico.

Siamo già arrivati a questo punto?

Ci potremmo arrivare a breve. La cosa più importante è far presente che senza la firma del medico non può esistere atto medico. E qui si apre un grande tema: chi è responsabile dell'attendibilità dei dati e dei possibili bias dei sistemi di intelligenza artificiale? Fin dove arriva la mia responsabilità di medico? Lo stesso tema si deve porre riguardo il task shifting. Ben venga il maggiore spazio alla professionalità degli infermieri purché questo venga accompagnato da tutte le responsabilità che ne conseguono.

Un ultimo passaggio sulla situazione riguardante la formazione specialistica.

Abbiamo la necessità di fare fabbisogni concreti e liberalizzare la formazione specialistica. Lo specializzando ha diritto ad avere un contratto di lavoro, una formazione di qualità, una formazione integrata come avviene in tutto il mondo. Dobbiamo fare in modo che i nostri specializzandi di area medica e sanitaria abbiano uno stipendio decoroso oltre a dei diritti e doveri precisi. Dobbiamo smetterla di ragionare per monopoli lobbistici o non cambieremo mai il sistema, anche a danno dei pazienti.

https://www.quotidianosanita.it/lavoro-e-professioni/articolo.php?articolo_id=127892

CGIL



PNRR M6 **Missione Salute**

Lo stato di attuazione

A cura dell'Area Stato Sociale e Diritti





PNRR M6 - Missione Salute

Lo stato di attuazione

La Missione 6 Salute (M6) del PNRR prevede importanti riforme e investimenti destinati a migliorare la vita delle persone e al rafforzamento del Servizio Sanitario Nazionale da realizzare entro il 2026: un'opportunità unica e imperdibile per ridisegnare la rete di assistenza sanitaria territoriale, capillare su tutto il territorio nazionale, per una sanità che sia vicina alle persone, per innovare il parco tecnologico ospedaliero, digitalizzare il Servizio sanitario nazionale, investire in ricerca e formazione del personale sanitario e garantire una sanità più sicura, equa e sostenibile.

Dalla piattaforma di monitoraggio [ReGIS](#) predisposta dal MEF, a dicembre 2024 risultano finanziati **10.084 progetti** relativi alla **Missione 6 Salute**, per **19,2 miliardi** di euro complessivi dei quali ne sono stati spesi **3,8 miliardi** (pari al 18,1% del totale).

Nonostante la centralità e le coperture economiche di questi interventi, dal monitoraggio dello stato di avanzamento dei progetti emerge uno scenario allarmante con rilevanti criticità nella loro realizzazione: a 16 mesi dalla scadenza definitiva, risultano troppi progetti che procedono a rilento, con ritardi nell'esecuzione dei lavori o ancora fermi alla fase di progettazione. Le poche opere completate e collaudate rendono concreto il rischio di non conseguire gli obiettivi strategici entro le scadenze previste.

Degli **8.871 progetti** di cui è possibile monitorare l'iter di attuazione, **3.615 progetti** presentano ritardi in almeno una delle fasi di attuazione (40,8% di quelli monitorati): ritardi che alimentano forti preoccupazioni e incertezze in merito alla concreta volontà di attuarli. **Solo 3.108 progetti** risultano conclusi (pari al 35,0%).

Particolarmente preoccupante risulta essere la situazione per la realizzazione delle Case della Comunità e degli Ospedali di Comunità: strutture strategiche per l'attuazione della riforma dell'assistenza territoriale.

Case della Comunità. Per quanto riguarda le **1.350 Case della Comunità**, da ReGIS risultano finanziati progetti per **1.416 strutture**, per un valore complessivo di **2,8 miliardi** di euro.

Il [DM 77/2022](#), la riforma che ha definito modelli e standard per lo sviluppo dell'assistenza territoriale nel SSN, ha previsto la presenza nelle Case della Comunità di medici di medicina generale, infermieri, pediatri di libera scelta, specialisti ambulatoriali, infermieri di comunità, assistenti sociali, punto prelievi, servizi diagnostici, servizi di prenotazione, punto unico di accesso e partecipazione della comunità, integrazione socio-sanitaria per dare le giuste risposte multidisciplinari a bisogni complessi.

Dei progetti monitorati, ne risultano **completati e collaudati solo 26** (1,8% del totale), mentre in **885 progetti** almeno uno step presenta un ritardo (62,6%).

Risultano in corso i lavori per la realizzazione di **598 strutture** (42,4% del totale delle opere previste) ma ci sono preoccupanti ritardi nell'avvio dei lavori di esecuzione di **631 strutture** (44,8%), a cui se ne aggiungono ulteriori nella fine dei lavori di altre **103 Case della Comunità** (7,3%); la fase dell'esecuzione dei lavori risulta completata solo per **63 Case della Comunità** (3,8%). Ritardi evidenti e diffusi nell'esecuzione dei lavori che riguardano più della metà dei progetti.

I ritardi maggiori nell'esecuzione dei lavori si registrano in Molise, dove tutti i progetti presentano ritardi nell'inizio lavori, Sardegna (con ritardi nel 93,9% dei progetti), Calabria (86,9%) e Campania (78,4%). Le regioni con meno ritardi sono il Friuli Venezia-Giulia (4,3%), l'Emilia Romagna (5,9%) e Veneto (5,4%). Nessun ritardo nei lavori delle strutture della Valle d'Aosta.

Allarmante la distanza proibitiva dal traguardo del collaudo per 454 progetti, ancora fermi alla fase della progettazione esecutiva, step che di fatto impedisce l'avvio dei lavori.

A fronte di 2,8 milioni di euro di finanziamento complessivo, a dicembre 2024 risultano effettuati **pagamenti per soli 261 milioni** (pari al 9,2% delle risorse stanziato). Dunque, dopo tre anni dall'avvio del PNRR, è stato speso meno di un decimo dei fondi disponibili.

Ospedali di Comunità. Non meno critica risulta la situazione degli **Ospedali di Comunità**, le strutture sanitarie a prevalente gestione infermieristica, fondamentali per garantire le cure intermedie e la continuità assistenziale nel passaggio dall'ospedale al ritorno a casa facilitando le dimissioni ospedaliere e la necessaria stabilizzazione clinica dei pazienti prima del trasferimento al domicilio.

Sono stati finanziati progetti per **427 strutture**, per un valore complessivo di **1,3 miliardi** di euro, dei quali ne risultano **completati e collaudati solo 10** (2,3% del totale), mentre 264 progetti presentano almeno una fase in ritardo (61,8%).

Più specificamente, la fase dell'**esecuzione dei lavori risulta completata per 20 Ospedali di Comunità** (4,7% del totale dei progetti monitorati); sono in corso i lavori per la realizzazione di **184 strutture** (43,3% del totale), ma è ancora in ritardo l'avvio dei lavori di esecuzione di **193 strutture** (45,4%) a cui si aggiungono i ritardi nella fine dei lavori di altri **23 Ospedali di Comunità** (5,4%). Anche per gli Ospedali di Comunità, i ritardi nell'esecuzione dei lavori, diffusi e preoccupanti, riguardano oltre la metà delle strutture da realizzare.

I ritardi maggiori nell'esecuzione dei lavori si registrano in Molise e a Bolzano, dove tutti i progetti presentano ritardi nell'inizio lavori; seguono Calabria (con ritardi nel 90,0% dei progetti) e Sardegna (84,6%). Nessun ritardo nei lavori delle strutture di Valle d'Aosta, Friuli Venezia-Giulia e Trento.

Così come per le Case della Comunità preoccupano i ritardi nella fase della **progettazione esecutiva** in cui sono ferme **146 strutture** da realizzare. Inoltre, a fronte di un finanziamento complessivo di 1,3 miliardi di euro, a dicembre 2024 risultavano essere stati effettuati **pagamenti per 100 milioni** di euro (pari al 7,9% dei fondi).

In questo scenario di ritardi nella realizzazione delle opere previste dalla Missione 6 del PNRR e in particolare per Case e Ospedali di Comunità, risulta davvero difficile credere che il Governo possa immaginare seriamente di riuscire a terminare tutti i lavori per collaudare le strutture entro giugno 2026, data prevista per la scadenza definitiva. Emerge chiaramente il rischio di non riuscire a concludere i progetti entro i tempi prestabiliti e c'è anche il rischio di concluderli solo sulla carta, ma non nella reale capacità del SSN di migliorare l'assistenza alle persone.

Personale. Resta poi il nodo del personale. Per migliorare la qualità della vita delle persone non basta costruire strutture se non si mettono nelle condizioni di essere operative ed efficienti con il personale necessario a garantire il funzionamento con servizi e assistenza.

Senza prendere in considerazione i possibili e auspicabili sviluppi della figura dei medici di medicina generale alle dipendenze del SSN, è necessario assumere 33 mila unità di personale solo per le Case e Ospedali di Comunità per le quali non si vedono atti di interessamento concreto da parte del Ministero della salute. Unico concreto intervento che migliorerebbe i tempi di attesa riempiendo il vuoto degli spot governativi o l'inconsistenza degli atti ministeriali.

Il DM 77/2022 ha stabilito gli standard di personale per le Case della Comunità e il range per gli infermieri che varia da 9.500 fino a 15 mila, per l'attivazione di tutti i servizi; da 6.750 a quasi 11 mila per operatori sociosanitari e personale amministrativo. Analogamente per gli Ospedali di Comunità si prevede la presenza di infermieri da un minimo di 2.800 fino a 3.600; operatori socio-sanitari da 1.600 a 2.400; personale sanitario con funzioni riabilitative da 400 a 800 sempre al netto dell'incertezza della futura organizzazione per garantire il personale medico.

Quanti ricoveri impropri si potrebbero evitare garantendo la presa in carico da parte di un'adeguata rete di assistenza territoriale? Quante persone potrebbero essere curate a casa evitando di essere ricoverate in ospedale? Quanta pressione negli ospedali, a partire dagli accessi impropri nel pronto soccorso, si potrebbe evitare?

E' dunque necessario un forte investimento nel territorio, superando divari e disuguaglianze tra le diverse aree del Paese e all'interno delle stesse province. Occorre attuare la riforma dell'assistenza territoriale per garantire a tutti i servizi di prossimità e per un **SSN che sia davvero universale** e capace di **tutelare e promuovere la salute** delle persone assicurando equità e uguaglianza.

Per farlo occorrono volontà politica (che manca all'attuale maggioranza di governo), risorse, personale e un'organizzazione coerente con tali obiettivi, ma la **Legge di Bilancio 2025** prevede per la sanità pubblica una rilevante riduzione del finanziamento sul PIL: dal 6,12% del 2024 (il valore più basso degli ultimi decenni) si scende ulteriormente al 6,04% nel 2025, al 6,03% nel 2026, al 5,91% nel 2027 fino al 5,60% nel 2030: livelli incompatibili con la sostenibilità della sanità pubblica.

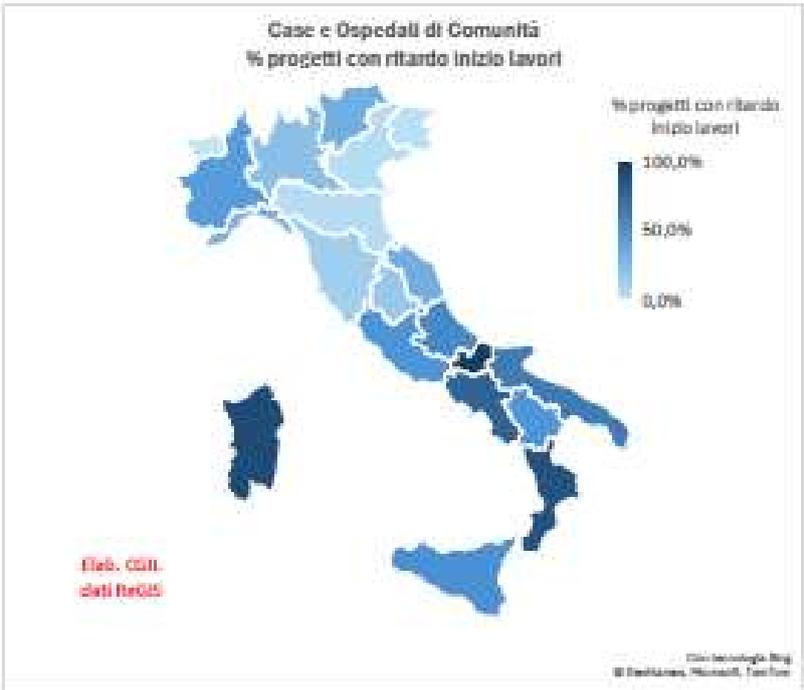
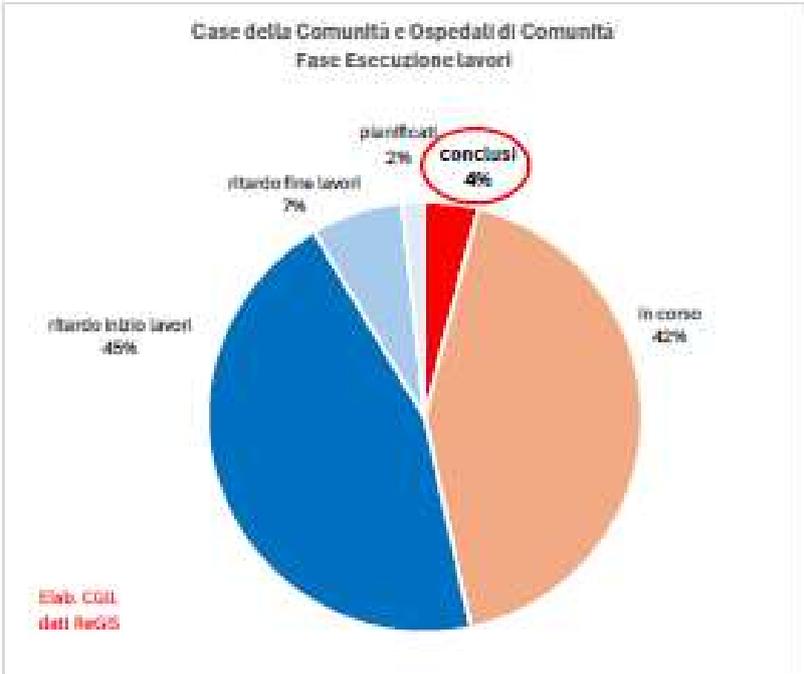
Rimane poi la necessità di una **riforma della medicina generale**, che preveda la creazione di una specializzazione universitaria analoga a quella del personale medico del SSN e il passaggio alle **dipendenze delle aziende sanitarie** superando progressivamente l'attuale rapporto convenzionale. I medici di medicina generale devono esercitare parte della loro attività nelle **Case della Comunità** e nelle altre sedi dei servizi distrettuali anche nell'ambito di equipe multiprofessionali.

Fondamentale anche potenziare l'assistenza domiciliare e dare attuazione al piano di sviluppo dell'utilizzo delle tecnologie digitali per la teleassistenza e la telemedicina.

Per rendere effettivo il diritto alla tutela della salute su tutto il territorio nazionale, occorre adeguare l'offerta di assistenza ai bisogni della popolazione, con interventi volti ad arrestare il declino del SSN e promuoverne il progressivo rafforzamento nel rispetto dei principi della Costituzione e della Legge n. 833/1978. Per queste ragioni è necessario che:

- l'ammontare del finanziamento del fabbisogno sanitario nazionale standard cui concorre lo Stato venga progressivamente incrementato fino a un **livello non inferiore al 7,6% del PIL** dell'anno di riferimento a decorrere dal 2026, per allineare l'Italia ai Paesi europei più avanzati e garantire il potenziamento dei necessari servizi di prevenzione, territoriali e ospedalieri pubblici;
- l'incremento del finanziamento deve essere interamente destinato al potenziamento dei percorsi di prevenzione, assistenza e cura direttamente erogati dalle strutture del SSN, fermando i processi di esternalizzazione e privatizzazione della salute e della sanità;
- sia garantito il riconoscimento del **valore di chi tutela e genera salute, assiste e cura** attraverso un forte investimento sul personale sanitario con un piano straordinario pluriennale di assunzioni, la valorizzazione economica e professionale del personale del SSN a partire dal rinnovo del CCNL con incrementi economici che garantiscano la piena tutela del potere d'acquisto delle retribuzioni e il superamento dei tetti alla spesa sul personale;
- sia realizzata la piena e omogenea attuazione della **riforma dell'assistenza territoriale** (Case e Ospedali di Comunità, Distretti, ecc.) definita con il **DM 77/2022**, con il **personale necessario**;
- venga assicurato il **rispetto dei tempi di attesa** investendo nel SSN con le necessarie risorse economiche, potenziando personale, servizi e organizzazione, e garantendo la presa in carico dei bisogni di salute delle persone;
- vengano garantite adeguate risorse e misure a sostegno dei bisogni delle **persone non autosufficienti**, dando piena attuazione alla Legge n. 32/2023, a fronte del progressivo invecchiamento della popolazione;
- siano garantiti risorse e interventi in altri ambiti prioritari come la salute mentale di adulti e minori e i consultori familiari.

Su questi obiettivi **proseguirà la mobilitazione** con ogni iniziativa utile a raggiungere l'obiettivo di rafforzare e rilanciare il Servizio Sanitario Nazionale e garantire il diritto alla salute.



PNRR Missione 6 Salute - Case e Ospedali di comunità

	Progetti finanziati	Abiliati/ strutture	Finanziamento totale (€)	Pagamenti effettuati (€)	% pagamenti/ finanziam. totale
Case della comunità	1.416	41.846	2.827.883.877	261.052.640	9,2%
Ospedali di comunità	427	138.108	1.270.237.068	100.172.757	7,9%
Totale	1.843	179.952	4.098.120.943	361.225.406	8,8%

Tab. CGL - Dall'AvG 13.12.2024 estratti il 7.2.2025

PNRR Missione 6 Salute - Case e Ospedali di comunità - Progetti monitorati

	Progetti monitorati	Progetti completati	in %	Tutti gli step nei tempi	in %	Almeno uno step in ritardo	in %
Case della comunità	1.413	25	1,8%	528	37,4%	885	62,6%
Ospedali di comunità	427	10	2,3%	163	42,4%	264	57,6%
Totale	1.840	35	1,9%	691	37,8%	1.140	62,4%

Tab. CGL - Dall'AvG 13.12.2024 estratti il 7.2.2025. % calcolate sul totale progetti monitorati

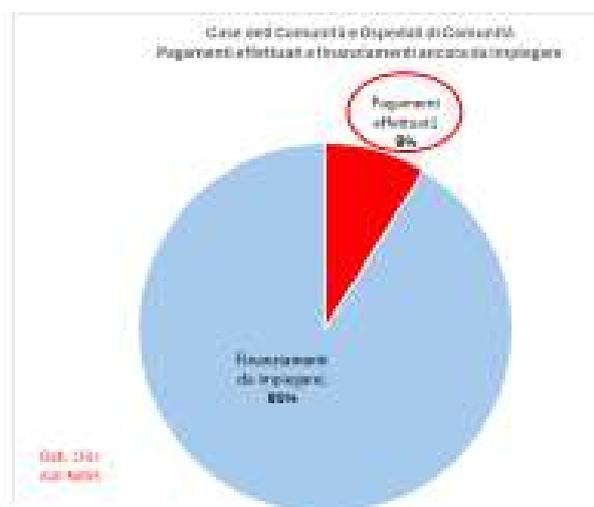
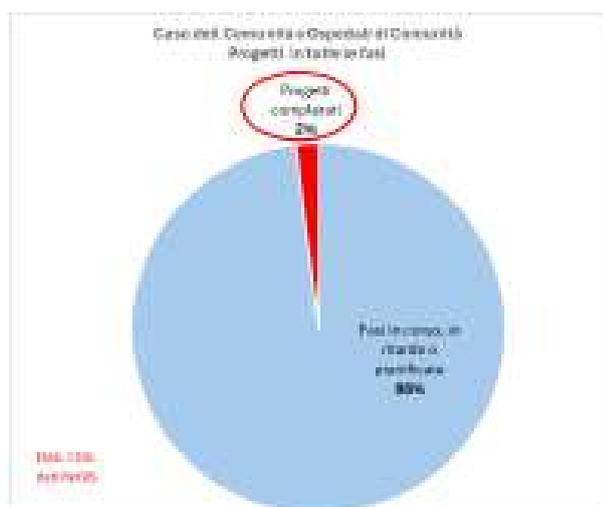
PNRR Missione 6 Salute - Case e Ospedali di comunità - Esecuzione lavori

	Progetti aggiudicati	Esecuzione lavori				
		Conclusi	In corso	Ritardo inizio	Ritardo fine	Pianificati
Case della comunità	1.410	53	508	621	103	25
Ospedali di comunità	425	30	184	193	23	5
Totale	1.835	73	792	824	126	30
in %	100,0%	4,0%	42,6%	44,9%	6,9%	1,6%

Tab. CGL - Dall'AvG 13.12.2024 estratti il 7.2.2025

Esecuzione lavori

- Conclusi - Conclusi al 7/2/2025
- In Corso - Avvii con una data prevista di fine successiva al 7/2/2025
- In Ritardo Inizio - Che non risultano avviati entro la data prevista (trascorsa)
- In Ritardo Fine - Avvii ma non conclusi entro la data prevista (trascorsa)
- Pianificati - Da avviare in una data successiva al 7/2/2025





Le Case della Comunità

Le Case della Comunità (CdC) sono le nuove strutture socio-sanitarie previste dal PNRR del 2021, le cui funzioni e standard organizzativi sono disciplinati dal DM 77/2022.

Dalla piattaforma ReGIS risultano finanziati i progetti per la realizzazione di **1.416 Case della Comunità**, per un valore complessivo di **2,8 miliardi** di euro. A dicembre 2024 risultano essere stati effettuati pagamenti per **261 milioni** (pari al 9,2% del totale dei finanziamenti).

Dei 1.413 progetti monitorati, ne risultano **completati e collaudati solo 26** (1,8% del totale), in 528 progetti tutti gli step sono stati conseguiti nei tempi (37,4% del totale), mentre in 885 progetti almeno uno step risulta in ritardo (62,6% del totale).

Case della Comunità

	Popolazione (31.12.2023)	Case Comunità (progetti finanziati)	Popolazione/ Case Comunità	Finanziamento totale (€)	Progetti monitorati			
					Progetti	Progetti completati	Tutti gli step nei tempi	Almeno uno step in ritardo
Piemonte	4.251.623	82	51.849	140.040.008	82		24	58
Vale d'Aosta	122.877	4	30.719	3.490.032	4		4	
Liguria	1.509.140	32	47.161	52.329.553	31	1	14	17
Lombardia	10.012.054	191	52.419	489.290.625	190	15	82	108
Bolzano	537.533	10	53.753	65.284.799	10		4	6
Trento	545.160	10	54.517	31.225.606	10			10
Veneto	4.852.216	85	51.076	241.547.225	85	4	72	23
Friuli-V. G.	1.194.618	23	51.940	89.319.357	23		17	6
Emilia-Romagna	4.451.938	85	52.376	158.888.688	85	4	58	29
Toscana	3.880.530	76	48.165	184.220.688	76		50	26
Umbria	853.068	17	50.180	26.223.311	17	1	5	12
Marche	1.482.746	29	51.129	58.426.289	29		11	18
Lazio	5.714.745	131	43.824	182.780.275	131		64	67
Abruzzo	1.289.571	40	31.739	63.414.171	40		18	22
Molise	289.224	13	23.248	15.497.008	13			13
Campania	5.593.908	172	32.523	353.209.397	171		38	133
Puglia	3.890.681	121	32.154	204.448.822	121		32	89
Basilicata	533.233	18	28.085	38.584.353	18		2	17
Calabria	1.838.588	61	30.140	112.671.580	61		4	57
Sicilia	4.797.359	155	30.951	249.179.760	155		35	120
Sardegna	1.579.453	50	31.499	68.053.540	50			50
ITALIA	58.971.239	1.416	41.545	2.827.883.877	1.413	26	528	885
in %					100,0%	1,8%	37,4%	62,6%

Fonte: CGIL - CallReGIS 13.12.2024 estratti al 7.2.2025

La fase dell'esecuzione dei lavori risulta completata per 53 Case della Comunità (3,8% del totale); risultano in corso i lavori per la realizzazione di 598 strutture (42,4% del totale), mentre si osservano ritardi nell'avvio dei lavori di esecuzione di 631 strutture (44,8%), a cui si aggiungono i ritardi nella fine dei lavori di altre 103 Case della Comunità (7,3%).

Ritardi evidenti e diffusi nell'esecuzione dei lavori che riguardano oltre la metà dei progetti. Ancora più preoccupanti i ritardi nella fase della progettazione esecutiva che riguarda oltre un terzo delle opere da realizzare (34,8% del totale).

I ritardi maggiori nell'esecuzione dei lavori si registrano in Molise, dove tutti i progetti presentano ritardi nell'inizio lavori, Sardegna (con ritardi nel 93,9% dei progetti), Calabria (ritardi nel 86,9% dei progetti) e Campania (78,4%).

Le regioni con meno ritardi sono il Friuli Venezia-Giulia (ritardi nel 4,3% dei progetti), l'Emilia Romagna (5,9%) e Veneto (6,4%). Nessun ritardo nell'esecuzione dei lavori delle strutture della Valle d'Aosta.

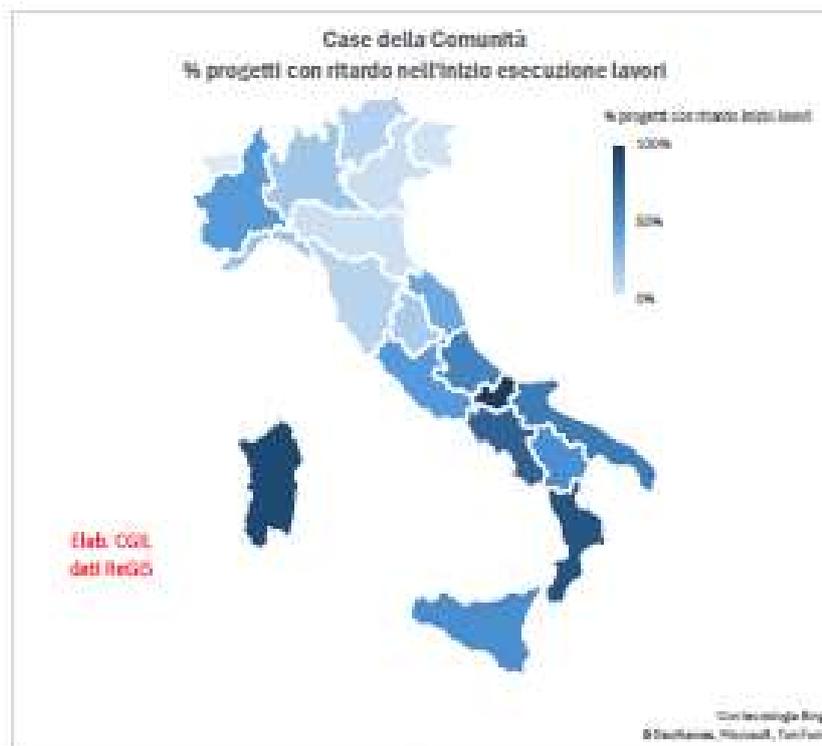
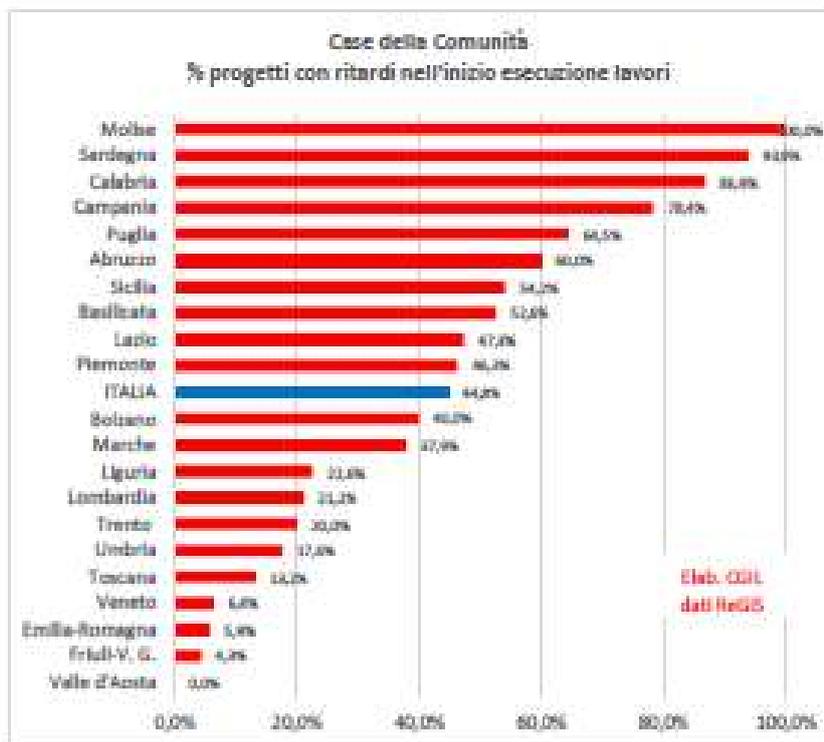
Case della Comunità - Esecuzione lavori

	Progetti aggiudicati	Esecuzione lavori				
		Concluse	In corso	Ritardo inizio	Ritardo fine	Pianificate
Piemonte	82	1	40	38	2	1
Valle d'Aosta	4	0	4	0	0	0
Liguria	31	5	10	7	9	0
Lombardia	189	19	81	40	44	5
Bolzano	10	0	5	4	1	0
Trento	10	1	3	2	5	1
Veneto	94	5	78	8	7	0
Friuli-V. G.	23	0	21	1	0	1
Emilia-Romagna	85	18	48	5	12	2
Toscana	78	0	59	10	8	1
Umbria	17	2	8	3	8	0
Marche	29	0	18	11	2	0
Lazio	131	1	84	82	1	3
Abruzzo	40	0	18	24	0	0
Molise	13	0	0	13	0	0
Campania	171	0	38	134	1	0
Puglia	121	0	32	78	0	11
Basilicata	19	0	2	10	7	0
Calabria	81	0	8	53	0	0
Sicilia	155	1	89	84	1	0
Sardegna	49	0	2	48	1	0
ITALIA	1.410	53	598	631	103	25
in %	100,0%	3,8%	42,4%	44,8%	7,3%	1,8%

Fonte: CQIL - Dati ReGIS 13.12.2024 estratti il 7.2.2025

Esecuzione lavori

- Concluse - Conclusi al 7/2/2025
- In Corso - Avvii con una data prevista di fine successiva al 7/2/2025
- In Ritardo Inizio - Che non risultano avviati entro la data prevista (traziona)
- In Ritardo Fine - Avvii ma non conclusi entro la data prevista (traziona)
- Pianificate - Da avviare in una data successiva al 7/2/2025





Gli Ospedali di Comunità

Gli Ospedali di Comunità sono strutture sanitarie rivolte a pazienti che necessitano di interventi sanitari a bassa intensità.

Dalla piattaforma ReGIS risultano finanziati i progetti per la realizzazione di **427 Ospedali di Comunità**, per un valore complessivo di **1,3 miliardi di euro**. A dicembre 2024 risultano essere stati effettuati pagamenti per **100 milioni** (pari al 7,9% del totale dei finanziamenti).

In 163 progetti (38,2% del totale), tutti gli step sono stati conseguiti nei tempi, ma in 264 progetti (61,8% del totale), almeno uno step risulta in ritardo.

Dei complessivi 427 progetti, ne risultano **completati e collaudati solo 10** (pari al 2,3% del totale).

Ospedali di Comunità

	Popolazione (31.12.2023)	Ospedali Comunità (progetti finanz.)	Popolazione/ Case Comunità	Finanziamento totale (€)	Progetti monitorati			
					Progetti	Progetti completati	Tutti gli step nei tempi	Almeno uno step in ritardo
Piemonte	4.251.823	27	157.468	75.805.056	27		7	20
Valle d'Aosta	122.877	1	122.877	1.905.585	1			1
Liguria	1.509.140	11	137.195	30.938.500	11		3	8
Lombardia	10.012.054	61	164.132	169.886.868	61		24	37
Bolzano	537.533	3	179.178	28.022.918	3			3
Trento	545.169	3	181.723	10.029.983	3		1	2
Veneto	4.852.218	35	138.635	82.856.401	35	9	28	7
Friuli-V. G.	1.194.618	7	170.669	35.303.171	7		3	4
Emilia-Romagna	4.451.938	27	164.887	83.290.971	27		20	7
Toscana	3.660.530	23	159.153	79.398.839	23		17	6
Umbria	853.068	5	170.614	13.805.187	5		1	4
Marche	1.482.748	9	164.750	28.300.187	9	1	3	6
Lazio	5.714.745	35	163.278	108.186.795	35		11	24
Abruzzo	1.269.571	11	115.418	27.837.659	11		6	5
Molise	289.224	2	144.612	8.741.968	2			2
Campania	5.593.908	48	116.540	182.239.887	48		8	40
Puglia	3.890.681	38	102.388	90.690.246	38		12	26
Basilicata	533.233	5	106.647	14.273.247	5		1	4
Calabria	1.838.568	20	91.928	59.732.975	20			20
Sicilia	4.797.269	43	111.568	118.820.188	43		17	26
Sardegna	1.570.453	13	120.804	48.291.557	13		1	12
ITALIA	68.971.230	427	138.105	1.270.237.056	427	10	163	264
(%)					100,0%	2,3%	38,2%	61,8%

Fonte: CGIL - Dati ReGIS 13.12.2024 relativi al 7.2.2025

La fase dell'esecuzione dei lavori risulta completata per 20 Ospedali di Comunità (4,7% del totale) mentre risultano in corso i lavori per la realizzazione di 184 strutture (43,3% del totale).

Preoccupano enormemente i ritardi nell'avvio dei lavori di esecuzione di 193 strutture (45,4%), a cui si aggiungono i ritardi nella fine dei lavori di altre 23 Case della Comunità (5,4% del totale).

Come per le Case della Comunità, anche per gli Ospedali di Comunità, i ritardi nell'esecuzione dei lavori sono diffusi e preoccupanti, riguardando quasi la metà delle strutture da realizzare.

I ritardi maggiori nell'esecuzione dei lavori si registrano in Molise e a Bolzano, dove tutti i progetti presentano ritardi nell'inizio lavori, Calabria (con ritardi nel 90,0% dei progetti) e Sardegna (84,6%).

In linea con il cronoprogramma risulta l'esecuzione lavori in tutte le strutture del Friuli Venezia-Giulia, Trento e Valle d'Aosta. Limitati i ritardi in Veneto (2,9%) ed Emilia Romagna (3,7%).

Allarmanti i ritardi nella fase della progettazione esecutiva che riguarda oltre un terzo delle opere da realizzare (38,0% del totale).

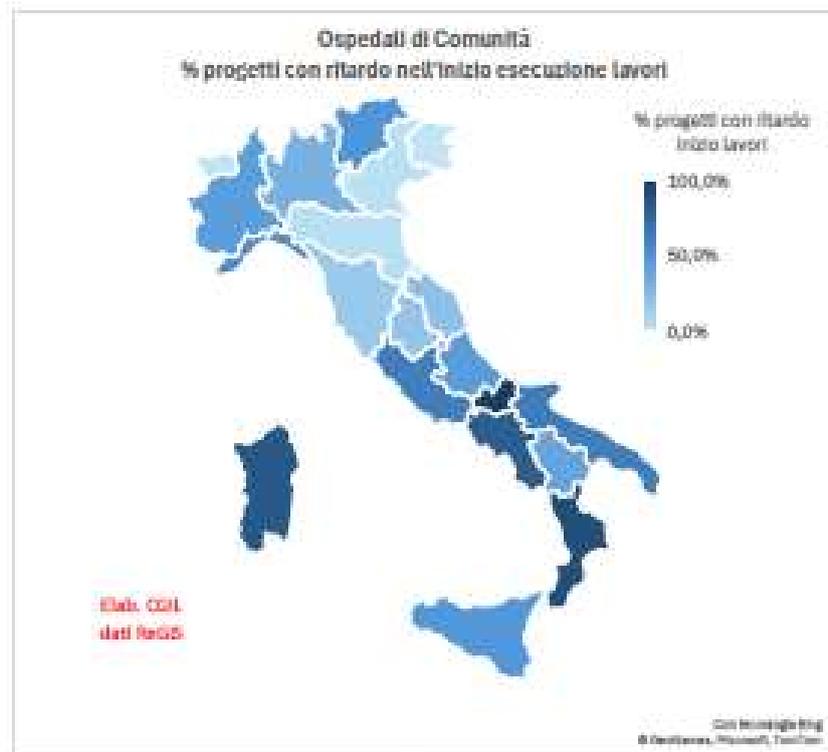
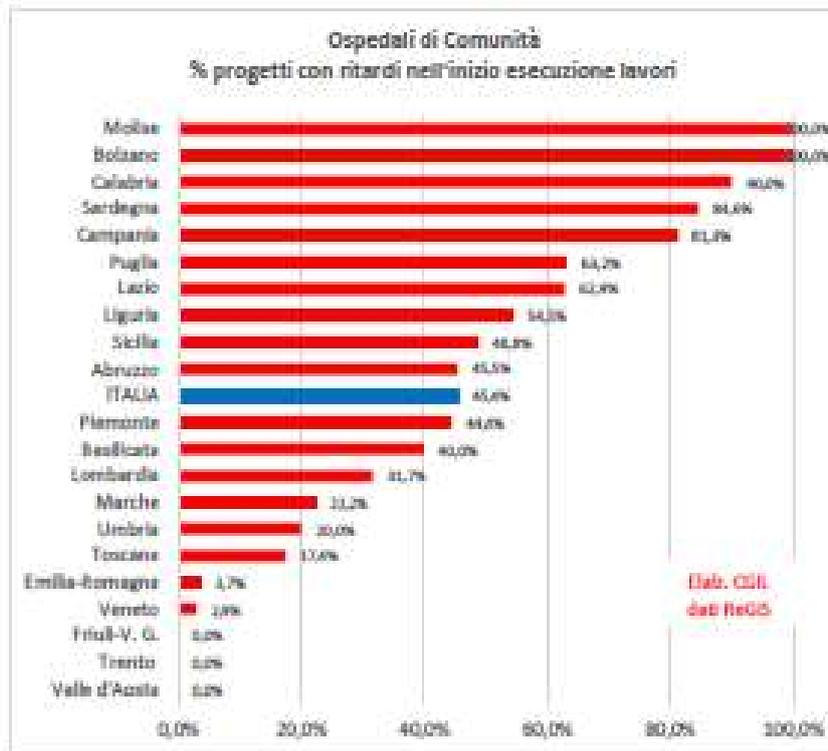
Ospedale di Comunità - Esecuzione lavori

	Progetti aggiudicati	Esecuzione lavori				
		Concluse	In corso	Ritardo inizio	Ritardo fine	Pianificate
Piemonte	27	0	14	12	1	0
Valle d'Aosta	1	1	0	0	0	0
Liguria	11	0	4	6	1	0
Lombardia	60	5	28	19	7	1
Bolzano	3	0	0	3	0	0
Trento	3	0	2	0	1	0
Veneto	34	11	19	1	3	0
Friuli-V. G.	7	0	5	0	1	1
Emilia-Romagna	27	0	22	1	4	0
Toscana	23	2	17	4	0	0
Umbria	5	0	3	1	1	0
Marche	9	1	5	2	1	0
Lazio	35	0	12	22	0	1
Abruzzo	11	0	8	5	0	0
Molise	2	0	0	2	0	0
Campania	48	0	8	39	1	0
Puglia	38	0	12	24	0	2
Basilicata	5	0	1	2	2	0
Calabria	20	0	2	18	0	0
Sicilia	43	0	22	21	0	0
Sardegna	13	0	2	11	0	0
ITALIA	425	20	184	193	23	5
In %	100,0%	4,7%	43,3%	45,4%	5,4%	1,2%

Fonte: CGIL - Dati IREGB 33.12.2024 estrati il 7.2.2025

Esecuzione lavori:

- Concluse - Completati al 7/2/2025
- In Corso - Avvii con una data prevista di fine successiva al 7/2/2025
- In Ritardo Inizio - Che non risultano avviati entro la data prevista (trascurati)
- In Ritardo Fine - Avvii ma non conclusi entro la data prevista (trascurati)
- Pianificate - Da avviare in una data successiva al 7/2/2025





Fondi e spese effettuate

Per la realizzazione delle Case della Comunità sono previsti 2,8 miliardi di euro di finanziamenti. A dicembre 2024, sono stati effettuati pagamenti per 261 milioni di euro, pari al 9,2% dei fondi complessivi.

Percentuali di spesa ancora più basse per la realizzazione degli Ospedali di Comunità. A fronte di 1,3 miliardi di euro di finanziamenti, sono spesi 100 milioni di euro, pari al 7,9% dei fondi stanziati.

Dunque, a soli 15 mesi dalla scadenza dei termini previsti dal PNRR per il completamento dei progetti per Case e Ospedali di Comunità, giugno 2026, le spese sostenute finora rappresentano meno di un decimo dei finanziamenti complessivi: dati che confermano le difficoltà e i ritardi e alimentano forti preoccupazioni.

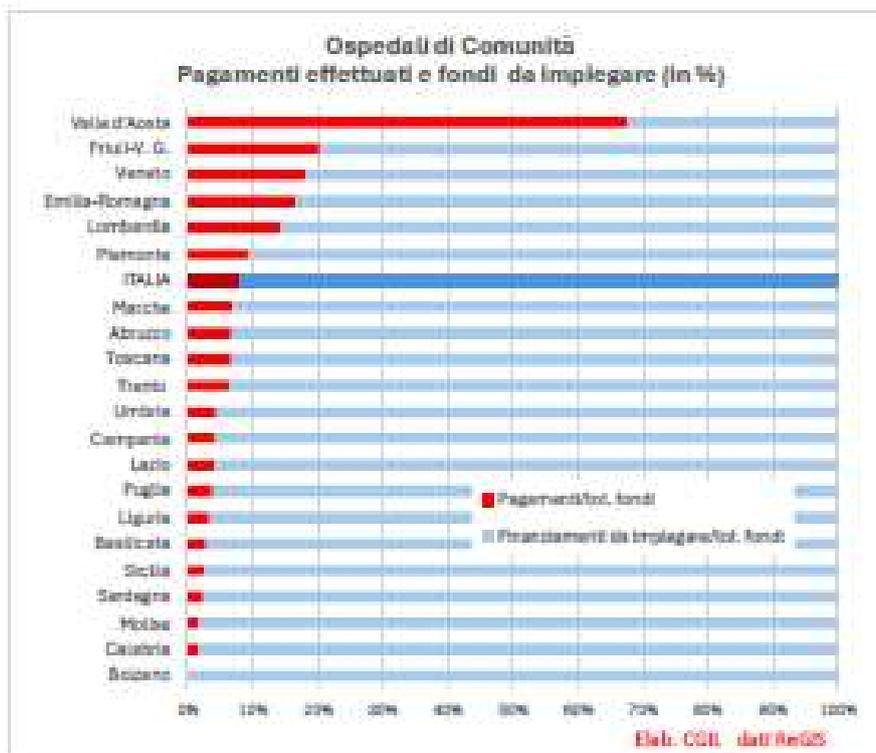
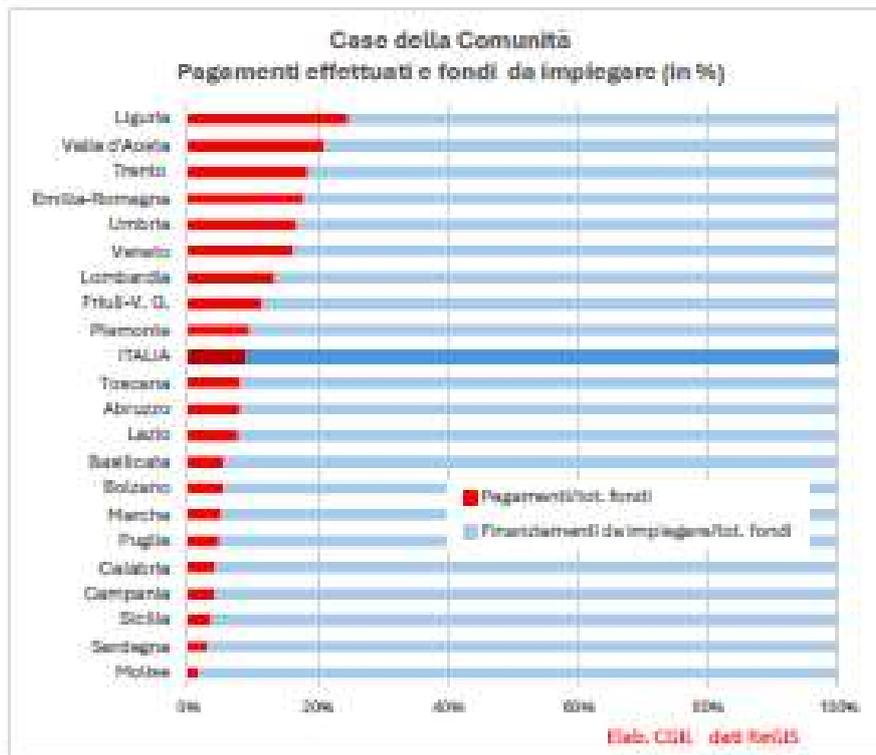
Case della Comunità

	Finanziamento totale (€)	Pagamenti effettuati (€)	% pagamenti/finanziam. totale
Piemonte	140.040.008	13.451.912	9,6%
Valle d'Aosta	3.490.032	731.678	21,0%
Liguria	52.329.553	12.939.940	24,7%
Lombardia	489.290.625	62.922.708	13,4%
Bolzano	85.284.709	3.505.087	5,4%
Trento	31.225.600	5.735.363	18,4%
Veneto	241.547.225	39.448.520	16,5%
Friuli-V. G.	89.319.357	10.152.700	11,4%
Emilia-Romagna	158.888.888	28.230.979	17,8%
Toscana	184.220.888	14.979.155	8,1%
Umbria	28.229.211	4.412.090	15,8%
Marche	58.428.289	3.050.337	5,2%
Lazio	182.780.275	14.075.141	7,7%
Abruzzo	63.414.171	5.119.321	8,1%
Molise	15.497.008	255.171	1,6%
Campania	353.209.397	14.068.325	4,0%
Puglia	204.448.822	9.844.601	4,8%
Basilicata	38.384.353	2.149.158	5,6%
Calabria	112.671.580	4.685.910	4,2%
Sicilia	249.179.760	8.657.685	3,5%
Sardegna	88.053.540	2.650.992	3,0%
ITALIA	2.827.883.877	261.052.649	9,2%

Elab. CGIL - Dat. REGIS 13.12.2024 e aggiorn. 17.2.2025

Ospedali di Comunità

	Finanziamento totale (€)	Pagamenti effettuati (€)	% pagamenti/finanziam. totale
Piemonte	75.805.058	7.094.850	9,4%
Valle d'Aosta	1.905.585	1.289.047	67,6%
Liguria	30.938.500	1.059.758	3,4%
Lombardia	189.688.888	23.978.143	14,1%
Bolzano	28.022.918	-	0,0%
Trento	10.029.983	646.064	6,5%
Veneto	62.956.401	14.985.862	18,1%
Friuli-V. G.	35.303.171	7.200.783	20,4%
Emilia-Romagna	83.290.971	13.807.348	16,6%
Toscana	70.398.830	5.349.671	8,7%
Umbria	13.805.187	606.304	4,4%
Marche	28.300.187	1.980.128	7,0%
Lazio	108.165.795	4.357.054	4,1%
Abruzzo	27.837.559	1.891.581	6,8%
Molise	6.741.968	115.250	1,7%
Campania	162.239.587	8.905.851	4,3%
Puglia	90.690.348	3.448.425	3,8%
Basilicata	14.273.247	408.415	2,8%
Calabria	59.732.975	992.012	1,7%
Sicilia	118.620.188	2.027.429	2,5%
Sardegna	48.291.557	1.133.674	2,4%
ITALIA	1.270.237.065	100.172.757	7,9%





PNRR M6 - Missione Salute

In sintesi

Il PNRR, nella Missione 6 Salute (M6), prevede importanti riforme e investimenti destinati al Servizio Sanitario Nazionale e da realizzare entro il 2026.

Obiettivi della missione sono quelli di ridisegnare la rete di assistenza sanitaria territoriale con professionisti e prestazioni disponibili in modo capillare su tutto il territorio nazionale, per una sanità che sia vicina e prossima alle persone, e innovare il parco tecnologico ospedaliero, digitalizzare il Servizio sanitario nazionale, investire in ricerca e formazione del personale sanitario per una sanità più sicura, equa e sostenibile.

In quest'ottica gli interventi della Missione Salute sono divisi in due Componenti, ognuna delle quali prevede una Riforma e specifici investimenti:

M6C1 – Reti di prossimità, strutture e telemedicina per l'assistenza sanitaria territoriale

- 1.1 Case della Comunità e presa in carico della persona
- 1.2 Casa come primo luogo di cura e telemedicina:
 - 1.2.1 Casa come primo luogo di cura (ADI);
 - 1.2.2 Implementazione delle Centrali operative territoriali (COT)
 - 1.2.3 Telemedicina per un migliore supporto ai pazienti cronici
- 1.3 Rafforzamento dell'assistenza sanitaria intermedia e delle sue strutture (Ospedali di Comunità).

M6C2 – Innovazione, ricerca e digitalizzazione del Servizio Sanitario

- 1.1 Ammodernamento del parco tecnologico e digitale ospedaliero
- 1.2 Verso un ospedale sicuro e sostenibile
- 1.3 Rafforzamento dell'infrastruttura tecnologica e degli strumenti per la raccolta, l'elaborazione, l'analisi dei dati e la simulazione
- 2.1 Valorizzazione e potenziamento della ricerca biomedica del SSN
- 2.2 Sviluppo delle competenze tecniche-professionali, digitali e manageriali del personale del sistema sanitario.

Il monitoraggio, la rendicontazione e il controllo delle misure e dello stato di avanzamento dei progetti finanziati dal PNRR viene garantito dal sistema [ReGIS](#), al quale le Amministrazioni centrali e territoriali, gli uffici e le strutture coinvolte nell'attuazione dei progetti, sono tenute all'invio dei dati.

Dai dati forniti da ReGIS, aggiornati a dicembre 2024 e relativi alle due componenti della Missione 6 Salute, risultano finanziati **10.084 progetti per 19,2 miliardi di euro** di finanziamenti complessivi. Sono stati spesi finora **3,5 miliardi di euro**, ovvero meno di un quinto dei fondi disponibili (18,1%).

Le fonti di finanziamento di questi progetti sono rappresentate dal PNRR per 14,5 miliardi di euro, risorse statali per 2,9 miliardi di euro, 448 milioni di euro da FOf (Fondo opere indifferibili), 79 milioni di euro da FPOF (Fondo prosecuzione opere pubbliche), 13 milioni di euro da PNC (Piano nazionale complementare) e 9 milioni di euro da altre risorse europee. Alle risorse pubbliche si aggiungono altri **11 milioni di risorse da privati**.

Di **8.871 progetti** è possibile osservare il monitoraggio dell'iter di attuazione da cui risultano ritardi preoccupanti. In particolare, emerge che a dicembre 2024 **solo 3.108 progetti**, pari al 35,0% del totale dei progetti monitorati, **risulta concluso**, 5.256 progetti, pari al 59,2% risulta rispettare tutte le fasi nel quale si articola l'iter di attuazione dei progetti, mentre 3.615 progetti, pari al 40,8%, presenta ritardi in almeno una delle fasi di attuazione.

Finanziamento - Missione 8

	€	%
PNRR - Piano Nazionale Ripresa e Resilienza	14.572.428.956	75,0%
UE	8.688.919	0,0%
PNC - Piano nazionale complementare	12.870.591	0,1%
Stato	2.885.901.543	15,0%
FOI - Fondo opere indivisibili	447.897.280	2,3%
FPOF - Fondo prosecuzione opere pubbliche	79.069.040	0,4%
Enti pubblici	1.199.540.432	6,2%
Tot. Pubblica	19.206.497.761	99,0%
Privato	11.097.503	0,1%
da reperire	45.000	0,0%
Totale	19.217.640.263	100,0%

Tab. CGE - DelFedeS 13.12.2024 estratti il 7.2.2025

PNRR - Missione 8

		Progetti finanziati	Finanziamento totale (€)	Pagamenti effettuati (€)	% pagamenti / finanz. totale	Progetti monitorati			
						Progetti	Progetti completati	Tutti gli step nei tempi	Almeno uno step in ritardo
M6C1 Reti di prossimità, strutture e telemedicina per assistenza territoriale	Care Comunità	1.416	2.827.883.877	261.052.640	9,2%	1.413	25	528	665
						100,0%	1,8%	37,4%	62,6%
	Ospedali Comunità	427	1.270.237.068	100.172.757	7,9%	427	10	163	264
						100,0%	2,3%	38,2%	61,8%
	Casa primo luogo di cura e telemedicina	911	5.707.354.631	861.735.489	15,1%	902	688	719	163
						100,0%	75,0%	79,7%	20,3%
M6C1 Innovazione, ricerca e digitalizzazione del SSN	Verso un ospedale sicuro e sostenibile	244	1.659.184.961	264.168.223	15,9%	234	33	110	124
						100,0%	14,1%	47,0%	53,0%
	Ammodernamento parco tecnologico e digitale ospedaliero	4.699	4.342.175.924	1.162.079.526	26,8%	4.601	2.351	2.810	1.791
						100,0%	51,1%	61,1%	30,9%
	Rafforzamento infrastruttura tecnologica e strumenti raccolta dati	263	1.375.416.455	120.539.459	8,8%	257	3	93	164
					100,0%	1,2%	36,2%	63,8%	
	Rafforzamento e potenziamento ricerca biomedica SSN	1.858	528.510.964	674.508.725	127,6%	771	1	682	89
						100,0%	0,1%	88,5%	11,5%
	Sviluppo competenze tecniche e professionali personale SSN	266	1.506.876.386	11.231.989	0,7%	266	0	151	115
						100,0%	0,0%	56,8%	43,2%
Totale		10.084	19.217.640.263	3.434.268.696	18,1%	8.871	3.108	5.256	3.615
%						100,0%	35,0%	59,2%	40,8%

Tab. CGE - DelFedeS 13.12.2024 estratti il 7.2.2025

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

Franco Pesaresi | 13 maggio 2024

Le criticità del SAD

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

Primo, la scarsità dell'offerta. I Comuni italiani, nel 2020 (più recenti dati disponibili)^[note]^[stat, 2023, interventi e servizi sociali dei Comuni singoli e associati - anno 2020, Roma, Istat.]^[note], hanno assistito con il Sad una percentuale di anziani pari solo all'1,4%. Si tratta evidentemente di un valore ben lontano da quanto necessario.

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

Terzo, l'estrema eterogeneità territoriale. Tra le diverse Regioni, e anche all'interno di una stessa Regione, s'incontrano ampie differenze nelle percentuali di anziani seguiti così come nei modelli organizzativi utilizzati.

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

Quinto, la difficoltà ad aggiornare il modello. In gran parte del Paese, il Sad non ha saputo evolvere, mantenendo sostanzialmente la configurazione definita tra la fine degli anni '80 e l'inizio del decennio successivo, che prevede l'erogazione di prestazioni (alzata, igiene personale, vestizione, aiuto nei pasti, mobilizzazione, pulizia della casa, ecc.) di durata oraria limitata (in media 78 ore annue), di supporto in specifici momenti critici della giornata e di funzioni domestiche. La staticità del servizio e la sua scarsa capacità di incidere nell'organizzazione familiare ne hanno ridotto l'appetibilità^[note] Per maggiori approfondimenti si vedano Pesaresi, F., Gori, C., 2021, Sad anziani: diventi livello essenziale, 28 settembre, Paper tecnico - Patto per un nuovo welfare sulla non autosufficienza, disponibile in www.cartoonautosufficienza.it; Tidoli, R., 2017, La domiciliarità, in NNA (a cura di) "L'assistenza agli anziani non autosufficienti - 6° Rapporto, il tempo delle risposte", 2017, Rimini, Maggioli, pp. 77-100.^[note]

L'avvio di una nuova fase

A fronte del quadro assai critico riassunto sopra, alcuni recenti atti innovativi hanno costruito le condizioni per un'inversione di rotta. La Legge di Bilancio 2022^[note] Legge 30 dicembre 2021, n. 234, Bilancio di previsione dello Stato per l'anno finanziario 2022 e bilancio pluriennale per il triennio 2022-2024.^[note] e il successivo Piano nazionale per la non autosufficienza 2022-2024^[note] Legge 30 dicembre 2021, n. 234, Bilancio di previsione dello Stato per l'anno finanziario 2022 e bilancio pluriennale per il triennio 2022-2024.^[note], infatti, hanno inserito l'assistenza domiciliare sociale e quella integrata con i servizi sanitari tra i Livelli essenziali delle prestazioni (Leps). Questa sostanziale novità si colloca all'interno di una più ampia progettualità tesa ad attribuire un nuovo ruolo agli interventi sociali nel territorio rivolto agli anziani non autosufficienti. Il Piano per la Non Autosufficienza 2022-2024 (PNNA) precisa, inoltre, che i Leps relativi alla non autosufficienza sono finanziati attraverso il Fondo nazionale per le non autosufficienze. La già menzionata Legge di Bilancio 2022 ne ha incrementato le risorse dedicate per un ammontare pari a 200 milioni di euro per l'anno 2023, a 250 milioni di euro per l'anno 2024 e a 300 milioni di euro a decorrere dall'anno 2025, in quest'ultimo anno, di conseguenza, il Fondo nazionale raggiungerà la cifra di 963 milioni.

Un ulteriore aspetto di rilievo, da evidenziare in prospettiva della riforma, riguarda la tipologia degli interventi previsti. Mentre sino ad oggi le risorse del Fondo sono state utilizzate perlopiù per il trasferimento di contributi economici, se ne prevede un progressivo riporientamento verso i servizi alla persona^[note] Pesaresi, F., 2023, [Leps II, l'assistenza domiciliare sociale](#)^[note].

Definire gli obiettivi di servizio

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

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

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

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

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

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

I problemi attuali del Sad non sono solo quantitativi, ma anche qualitativi. Per esempio, troppo modesta è l'integrazione del Sad con i servizi domiciliari sanitari (AdS): si tratta, d'altra parte, di uno degli obiettivi qualificanti della riforma approvata con la L. 33/2023 e non ancora attuata. Si potrebbe stabilire un obiettivo di servizio che preveda la presenza di un accordo formale del comune/ATS con l'Asl per l'erogazione dell'assistenza domiciliare integrata con i servizi sanitari. Questo elemento non determina di per sé un aumento dell'integrazione ma crea le condizioni perché questo possa avvenire. Si tratta del primo indispensabile passo, tenuto conto che la maggioranza dei Comuni (51%) oggi non eroga questa prestazione integrata.

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

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

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

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

OBIETTIVI DI SERVIZIO DELL'ASSISTENZA DOMICILIARE

SOCIO-ASSISTENZIALE

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

Stime di spesa e di impatto

Un livello minimo pari all'attuale media nazionale

L'ipotesi di base degli obiettivi di servizio, indicata nella tabella 2, punta a far raggiungere a tutte le Regioni almeno un livello minimo pari alla media nazionale di anziani attualmente assistiti dal Sad. Gli ultimi dati del 2020 fissano, come già indicato, nell'1,4% il valore gli anziani che sono assistiti dal Sad a livello nazionale. Rispetto a questa percentuale, sono 12 le Regioni che dovrebbero far crescere il numero di assistiti dato che il loro valore è inferiore. L'adeguamento alla percentuale minima dell'1,4% di queste 12 Regioni, ipotizzando che le altre Regioni mantengano le attuali percentuali di anziani assistiti, farebbe crescere il numero degli assistiti a domicilio di 43.334 unità, portando il totale degli anziani assistiti con il Sad a 241.068, con un aumento dello 0,3% rispetto al 1,4% da cui si parte. Con questi dati la percentuale degli assistiti salirebbe all'1,7%.

Un "costo standard" per il Sad

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

L'ulteriore crescita delle Regioni sopra la media

A questo punto sorge però un altro quesito: è ipotizzabile che lo Stato nel perseguire l'obiettivo dell'attuazione del livello essenziale dell'assistenza domiciliare socio-assistenziale finanzia solo le Regioni che offrono meno servizi della media nazionale, penalizzando i territori più attenti alle esigenze degli anziani? No, non è ipotizzabile. Non sarebbe né giusto né sopportabile dalle Regioni che hanno già raggiunto l'obiettivo di servizio dell'1,4% di anziani assistiti a domicilio. Un'ipotesi ben più equa, ma evidentemente molto più costosa per lo Stato, potrebbe essere quella di finanziare tutte le prestazioni di assistenza domiciliare necessarie per raggiungere il livello minimo dell'1,4% senza far differenze fra prestazioni già erogate o

da incrementare per raggiungere il livello minimo. In questo caso il costo complessivo dell'operazione sarebbe di 328.238.000 euro utilizzando la spesa media nazionale per singolo caso. Da tale importo andrebbero detratte le entrate dei Comuni da compartecipazione alla spesa da parte degli utenti, che ammontano intorno al 10-15% del totale della spesa. In questa ipotesi la spesa per lo Stato sarebbe quindi di circa 300 milioni di euro da ripartire in modo proporzionale fra tutte le Regioni in base al numero di anziani presenti. Per le Regioni sopra la media dovrebbe essere indicato il vincolo che le risorse dovranno comunque essere utilizzate per aumentare il livello delle prestazioni (incremento degli assistiti e/o dell'intensità dell'assistenza).

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

L'assistenza integrata socio-sanitaria

Oggi, come già visto, i Comuni assistono a domicilio solo 63.917 anziani integrando le prestazioni domiciliari sociali con quelle sanitarie. L'attuazione dell'obiettivo di servizio che prevede che tutti i Comuni siano in grado di fornire assistenza domiciliare integrata a quella sanitaria, illustrata nel paragrafo precedente, dovrebbe portare ad un aumento molto significativo di utenti, dato che oggi solo il 39% dei Comuni fornisce assistenza domiciliare integrata con quella sanitaria. Allargando questa possibilità a tutti i Comuni/Ambiti sociali, il numero di anziani da assistere in modo integrato può crescere in modo significativo dando a chiunque la possibilità di assistenza integrata, indipendentemente dal suo luogo di residenza.

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

Gli anni successivi al 2025

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

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

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

	2025	2026	2027
Anziani (atzima)	14.489.000	14.675.000	14.881.000
Obiettivo di servizio	1,4	1,7	2,0
Anziani assistiti con l'obiettivo di servizio	121.784	Almeno 278.825	Almeno 395.468
Finanziamento dell'obiettivo di servizio	328.238.000	400.075.000	470.676.000
Finanziamento erogato detratto del 10% di compartecipazione (con arrotond.)	300.000.000	360.000.000	420.000.000
Anziani con il Sad nel 2020	197.734	197.734	197.734

Anziani assistiti complessivamente (2020 + ob. di servizio)	319.518	Almeno 476.559	Almeno 525.116
Stima copertura servizio	1,7%	Almeno 1,9%	2,2-2,5%

Le modalità di finanziamento

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

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

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

Ospedale che cambia

quotidianosanità.it

Medici e infermieri, il “dilemma degli istrici”

Ivan Cavicchi

Gentile direttore,

Venerdì scorso, sono stato invitato a Bologna da FADOI-ANIMO (Medici internisti e infermieri di medicina) dell'Emilia Romagna, a parlare di quei conflitti che, anziché unire le due più grosse categorie della cura (medici e infermieri), di fatto, le dividono, al punto, non solo da contrapporre, una contro l'altra, ma anche se consideriamo i contesti problematici, in cui esse si trovano, da impedire loro di accordarsi su una qualsiasi ipotesi di contro prospettiva.

Istrici quindi istrologie

Per riflettere sui loro problemi vorrei servirmi di una storia di Schopenhauer nota, come “dilemma dei porcospini”.

Nella versione in tedesco, essa, in realtà riguarda gli istrici (stachelschweine) non i porcospini, parlerò quindi di istrici e, ricorrendo al calembour, parlerò di “istrologie” un termine inventato per descrivere, tanto i medici che gli infermieri, per mezzo dei loro comportamenti. La storia racconta che, un giorno, per non morire di

freddo, i nostri istrici (medici e infermieri) per riscaldarsi provarono a stringersi dappresso, ma ogni volta finivano solo per pungersi.

A dispetto dei medici

Per legge, come è noto, gli infermieri hanno superato da tempo l'idea di ausiliarità che li subordinava giuridicamente ai medici, ed è, altrettanto noto, che, nonostante la stretta relazione di interdipendenza che ha sempre unito queste due professioni, complementari, il superamento dell'ausiliarità fu fatto nel '99 per iniziativa degli infermieri, con un governo di centro sinistra che come è noto, considerava gli infermieri, come i veri proletari da tutelare e i medici null'altro che una specie di loro controparte.

La sinistra, se penso alla Cgil medici, ancora oggi ha problemi a considerare i medici dei lavoratori come gli altri.

Quindi non meraviglia se il superamento dell'ausiliarità e del mansionario fu una operazione fatta praticamente a dispetto dei medici e comunque senza il loro consenso e senza nessun accordo preliminare. Una specie di colpo di mano.

Post ausiliarità

Ma le cose non sono andate come speravano gli infermieri e la sinistra. Dopo la legge 42 gli infermieri hanno provato di tutto per rompere il legame storico che li legava ai medici (competenze avanzate, incarichi di funzione, specializzazioni, contendibilità dei ruoli ecc) ma fondamentalmente senza mai riuscire nel loro intento. Per la gran parte degli infermieri i mansionari restarono sia nel pubblico che nel privato. Nella realtà i medici e gli infermieri continuavano ad essere di fatto interdipendenti e complementari ma con sempre più crescenti contraddizioni. Ogni tanto come dimostrano FADOI e ANIMO e, poche altre iniziative simili, gli istrici riprovano a stringersi tra loro, ma alla fine tornavano immancabilmente a pungersi come sempre. È quello che, anni fa, ho definito "post ausiliarità". Praticamente due professioni interdipendenti e complementari ma che finiscono per essere paradossalmente quasi dei separati in casa e prigionieri dei propri ruoli.

Istrologie contrapposte

Allo stato attuale è possibile distinguere due "istirologie" contrapposte:

- quella dei medici, recentemente confermata, in occasione delle elezioni Fnomceo, ma ribadita da tutti i sindacati e da tutte le società scientifiche, che è di difesa di ciò che si è stati fino ad ora, cioè è pura apologia di una vecchia idea di professione, peraltro già compromessa da un pezzo, da tanti tipi diversi di cambiamenti, quindi semplicemente pura indisponibilità nei confronti del cambiamento
- quella degli infermieri che, al contrario, è di disponibilità verso il cambiamento, ma anche velleitarismo dal momento che, gli infermieri, si illudono di cambiare la storia di due professioni tanto importanti, per mezzo di pochi escamotage giuridici o contrattuali quindi senza fare i conti con le complessità vere che esistono e che nella realtà vengono sempre fuori.

Essere velleitari vuol dire avere delle ambizioni destinate a fallire per l'incapacità a creare le condizioni sufficienti e necessarie per la loro realizzazione. La legge 42 a parte alcune cose come la formazione e certi sbocchi di carriera, ma solo per una minoranza, è il primo esempio. Resta un paradosso e una contraddizione dare la laurea all'infermiere e però farlo lavorare come se si fosse diplomato in un "regio" convitto.

Anacronismi e velleità

I medici, secondo me, sono "anacronistici" perché essi sono semplicemente in aperto contrasto con i cambiamenti profondi di questa società fino a cadere in una trappola mortale che è la pretesa che sia il mondo ad adattarsi ai loro problemi e non il contrario. Il loro ideale, come si evince dai loro documenti ufficiali, alla fine è quello di avere come Capitan America della Marvel Comics un "grande scudo" che li protegga e li preservi come se fossero un bene dell'umanità.

Gli infermieri, secondo me, sono velleitari perché alla fine la fanno troppo semplice nel senso che la loro pretesa è definire un ruolo professionale in una relazione quella tra medico e infermiere come se la relazione non ci fosse. Ma la relazione c'è ed è normata da complessi apparati concettuali e, in ogni caso, andrebbe comunque riformata. Gli infermieri ancora oggi, sono convinti che sia sufficiente il riconoscimento della loro autoreferenzialità per riformare la loro relazione con i medici. Ma questo è davvero troppo semplice

Ausiliarietà reciproca

Siccome i ruoli si basano sulla reciprocità (il ruolo del medico è definito dal ruolo dell'infermiere e il contrario) essi, naturalmente si possono cambiare, anzi secondo me oggi essi andrebbero certamente riformati, ma cambiando le relazioni tra le loro prassi e quindi cambiando la loro storica divisione del lavoro. E questo è più difficile da fare. Molto più che affermare ideologicamente la propria autoreferenzialità

Personalmente, come è noto, ho sempre sostenuto che, in una relazione inter professionale, come è quella dei medici e degli infermieri, in realtà non si sarebbe dovuto abolire l'ausiliarietà dell'infermiere ma, al contrario, si sarebbe dovuto affermare, quella che, tanto tempo fa, proposi di chiamare "ausiliarietà reciproca". Cioè ammettere anche l'ausiliarietà del medico. Senza ausiliarietà è come se la relazione interprofessionale non ci fosse. Nella realtà, è inutile negarlo, i medici sono "ausili" degli infermieri e viceversa. Se non fossero "ausili" essi rischierebbero di diventare semplicemente una antinomia e una dicotomia o peggio una opposizione. Semplici separati in casa.

Essere nel casino senza saperlo

Secondo me, i medici e gli infermieri, avrebbero dovuto riformare la reciprocità tra ruoli, intendendo per reciprocità una sorta di parità garantita per mezzo dell'ausiliarietà e che collega ruoli diversi ma del tutto complementari. L'idea non piacque a nessuno. Ma l'ausiliarietà, di fatto nella realtà è restata facendo sopravvivere i mansionari. Del resto senza di essa, nella pratica, non si riesce ad essere ne medici e ne infermieri.

L'equivoco della "ausiliarietà reciproca" non è mai stato chiarito e gli infermieri nonostante ammettano anche loro l'esistenza di tante contraddizioni, sono ben lontani dall'idea di riscrivere la legge 42. Per cui è ovvio che gli istrici continuino a pungersi.

Tutto ciò avviene dentro processi che, comunque, stanno trasformando, secondo me in peggio, i nostri istrici, senza che essi abbiano nessuna possibilità di avere garanzie circa il futuro da negoziare.

Questo per me è il grande equivoco. I nostri amici istrici stanno rischiando molto e pur tuttavia continuano senza sosta a pungersi.

Limiti come possibilità

Personalmente, in questi anni, ai miei amati istrici, quindi sia ai medici che agli infermieri, ho proposto svariate tesi da discutere ma tutte per i noti "ovvi motivi di sempre" sono state ignorate e negate, ma mai, dico mai, compulsate e valutate, in subbietta materia, con l'unica eccezione di coloro che, anziché, affogare nel senso comune hanno il vizio di voler pensare con la loro testa. A costoro prima fra tutti, FADOI Animo, va la mia sincera gratitudine. Non ho recriminazioni da fare. Conosco troppo bene, sia per i medici che per gli infermieri, come funziona il gioco della rappresentanza. So che le possibilità di ognuno degli istrici sono relative certamente alle complessità dei problemi ma sono relative anche ai loro limiti culturali. Non sempre sia i medici che gli infermieri, di fronte alle complessità hanno tirato fuori le idee giuste per fare le cose giuste. Anzi quasi mai.

Alla ricerca di una idea comune

Possibilità e limiti, come si sa, sono tra loro inversamente proporzionali e i limiti oggi come ci insegna la complessità a certe condizioni possono diventare delle possibilità e comunque come diceva Toto "Ogni limite ha una pazienza!" (Totò a colori, 1952)

Quindi usando la circostanza, secondo me preziosa, offertaci da FADOI ANIMO dell'Emilia Romagna si tratta di partire dai limiti per esplorare le possibilità di una relazione interprofessionale che non può essere cancellata ma che va riformata, nelle complessità date.

Non vorrei ripetere proposte già fatte vorrei limitarmi a dare, come si usa dire, "un'idea" delle cose che farei se io fossi un istrice e in ordine a tre argomenti precisi: quello della coevoluzione degli istrici, quello della capacità di essere una comunità di istrici e infine quello della loro dignità.

Coevoluzione

Nella situazione in cui si trova la sanità oggi secondo me è un errore pensare come istrici di risolvere i nostri

problemi ciascuno per conto proprio, cioè limitandoci a pungerci tra di noi, ma soprattutto è un errore pensare che i medici e gli infermieri, in una relazione di reciprocità interdipendente, possano risolvere i loro problemi negando questa innegabile relazione ed è anche un errore ignorare che i suoi problemi derivino tutti da un contesto regressivo comune.

Quindi pongo con forza la questione della coevoluzione.

Nella relazione di reciprocità data, sia ai medici che agli infermieri oggi conviene molto di più evolvere insieme unendo le forze in una proposta di riforma comune per ottenere entrambi la salvaguardia del proprio futuro professionale.

Fare come i cretesi

In sanità, sia i medici che gli infermieri, pur di fronte ad un pericolo o ad una minaccia, non riescono a fare come i cretesi quindi ad essere "sincretici". Cioè a mettersi insieme senza pungersi nei fianchi a disposizioni tutti di un interesse superiore. "Sincretismo" infatti non vuol dire altro che "mettere insieme i cretesi". Esso altro non è se non la convergenza di elementi ideologici normalmente inconciliabili, (quelli dei medici e degli infermieri) cioè una convergenza di punti di vista e di interessi diversi, attuata in vista di esigenze pratiche e per ragioni superiori con lo scopo di evitare il peggio.

Questa convergenza tra medici e infermieri oggi è possibile ricontestualizzando i loro ruoli anche per mezzo di una nuova definizione giuridica delle rispettive professioni.

Resto affezionato alla mia idea di "autore" e alla necessità di superare l'idea burocratica di "compito" con una nuova idea di impegno. Basta litigare sugli atti sui compiti sulle autonomie è arrivato il momento di parlare di "opera" e di parlare di "opere integrate" ridefinendoci tutti sui "risultati" quindi sugli esiti del processo di cura e come hanno scritto di recente Vianella Agostinelli e Giuliana Morsiani in un bel libro, ridefinendoci tutti a partire da una nuova idea di "caring".

La dignità perduta

Oggi è arrivato il momento di tornare a parlare di dignità professionale. A partire dalle aziende la dignità professionale in sanità degli operatori è un valore che è perfino sparito non solo dalle loro piattaforme, dai loro codici deontologici e dai loro discorsi. Oggi la dignità sembra un rottame di altri tempi e nessuno di coloro che rappresentano gli operatori si sognerebbe di fare mai un convegno sulla dignità delle professioni. Del resto quando operatori e cittadini finiscono tutti i giorni in tribunale è difficile parlare di dignità. E i tentativi di recuperarla per mezzo di leggi, scudi, sanzioni (penso alla lite temeraria), appaiono alla fine semplicemente ridicoli

Da quello che si fa a quello che si è

Oggi si ai medici che gli infermieri, non chiedono mai di salvaguardare la loro dignità ma chiedono mettendosi tra loro in competizione di definire atti, competenze, incarichi, convinti che la "dignità" coincida con "quello che si fa" non con "quello che si è" e ignorando che, almeno da Heidegger in poi, è esattamente il contrario a decidere il gioco, perfino quello della scienza e soprattutto quello della medicina.

La dignità ha lo stesso significato di "assioma". Essa garantisce il rispetto verso chi lavora considerandolo come un valore evidente in sé" e ne misura, circoscrivendolo, il valore complessivo, quindi sia il valore sociale e giuridico e infine anche contrattuale. Non ho mai visto operatori pagati bene e rispettati senza una dignità sociale riconosciuta. i Senza dignità si vale sempre poco. Sempre meno di quello che in realtà si è.

A noi tocca la responsabilità di proporre un cambiamento

Le professioni dei nostri istrici sono rimaste indietro i cambiamenti le stanno spiazzando e le controriforme fatte dalla politica negli anni 90 le stanno trasformando, per cui senza una contro-prospettiva, senza un pensiero di riforma, è difficile recuperare quella che Eugenio Borgna scomparso di recente chiamava la "dignità ferita". Le nostre professioni stanno sempre più perdendo dignità e credibilità E di "contro-prospettive" e di riforme, per ovviare a questo inconveniente, personalmente non ne vedo.

Se potessi promuoverei una vertenza nazionale contro le politiche che stanno uccidendo la dignità professionale degli operatori riunendo tutti gli istrici prima in una proposta di riforma poi portando tutti gli

istrici uniti in una grande piazza. Con più di un milione di istrici mi presenterei alla politica e le chiederei cosa intende fare dal momento che quel milione non è disposto a perdere la propria dignità. Oggi la salvaguardia della dignità non vuol dire tornare a ciò che eravamo ma vuol dire assumersi la responsabilità come operatori in una relazione sociale con gli altri del proprio cambiamento.

Conclusione

Se gli istrici, vogliono salvare il futuro delle loro professioni, devono finirla di pungersi ai fianchi. L'unico modo è accordarsi, su ciò che deve necessariamente cambiare. Lo scopo, nelle complessità date, nei cambiamenti in atto, nei processi in corso, quindi in questo tempo indubbiamente difficile, è ricostruire la loro dignità di istrici considerandola quale valore sociale. Se privi di dignità per i nostri istrici sarebbe oltremodo difficile difendere i diritti costituzionali dei nostri malati.

https://www.quotidianosanità.it/lettere-al-direttore/articolo.php?articolo_id=127873

quotidianosanità.it

Nell'ultimo decennio tagliati 10 mila posti letto e chiusi oltre 70 ospedali. Cresce il privato e la medicina del territorio è sempre più in affanno

Luciano Fassari

Sono alcuni dei numeri che emergono dal nuovo Annuario del Ssn relativo al 2023 appena pubblicato dal Ministero della Salute che confrontato con il medesimo report di 10 anni prima evidenzia come il Servizio sanitario abbia lentamente mutato volto con un'assistenza territoriale in difficoltà e sostenuta in gran parte dal privato. Progressi nell'Assistenza domiciliare integrata. [ANNUARIO 2023](#) – [ANNUARIO 2013](#)

Sempre meno ospedali, sempre più strutture private e un territorio sempre più povero di medici di famiglia, pediatri e medici di continuità assistenziale. Inoltre, sono stati tagliati 10mila posti letto. Al palo anche i consultori e i centri di salute mentale. In calo anche gli accessi al Pronto soccorso. È questa la fotografia che emerge dal nuovo annuario statistico del Ssn del Ministero della Salute relativo al 2023. E così andando a confrontare il medesimo rapporto relativo al 2013 emerge nitidamente la dieta forzata cui i vari Governi che si sono succeduti nello scorso decennio hanno sottoposto il Ssn che in 10 anni si è ritrovato con 74 ospedali in meno, un peso del privato sempre più forte e un'assistenza territoriale pubblica al palo con progressi solo nell'Assistenza domiciliare integrata.

Sempre meno ospedali. In 10 anni ne sono stati chiusi 74, ben il 7%. Nel 2013 tra pubblici e privati erano 1.070 mentre nel 2023 sono scesi a 996, con un taglio più marcato per quelli pubblici (50 in meno in 10 anni). In calo anche le strutture per l'assistenza specialistica ambulatoriale: erano 9.214 nel 2013 e sono scese a 9.121 dieci anni dopo. In crescita, ma solo grazie al privato quelle di assistenza Territoriale Residenziale che a fronte delle 6.834 strutture presenti nel 2013 ne conta 8.114 nel 2023 (pubbliche sono appena il 15%). Stesso trend per quanto riguarda le strutture di assistenza territoriale semi residenziale che vede crescere le strutture: erano 2.886 nel 2013 e sono 3.192 nel 2023. Stesso dicasi per la Riabilitativa che da 1.067 strutture è passata 1.203. In crescita anche i numeri per l'altra assistenza territoriale in questo caso con il pubblico a farla da padrone

Ma ciò che più fa effetto è che i tagli hanno riguardato il settore pubblico che nel 2023 annovera il 42% delle strutture totali contro il 44,5% di 10 anni prima.

Posti letto: Rispetto a 10 anni fa tra pubblico e privato ne sono stati tagliati oltre 10.000. Nel 2013 ce n'erano 226.387 contro i 215.827 del 2023.

In discesa anche il numero dei Consulitori: ne sono stati chiusi 1 su 10 (erano 2.430 nel 2013 contro i 2.140 del 2023). **Giù anche il numero dei Centri di Salute mentale** (erano 1.603 dieci anni e fa sono diventati 1.334 nel 2023).

Meno medici convenzionati. I medici di famiglia dai 45.203 che erano nel 2013 sono diventati 37.983 nel 2023 (-7.220). In calo anche i pediatri (-999 in 10 anni per un totale nel 2023 di 6.706 unità). In frenata anche i medici di continuità assistenziale (ex guardia medica) che dagli 11.533 che erano nel 2013 sono diventati 10.050 nel 2023 (-1.483).

Dieta amministrativa. Le Asl sono passate dalle 143 del 2013 alle 110 del 2023.

Cresce l'assistenza domiciliare integrata (Adi). In 10 anni sono praticamente raddoppiate le persone assistite: dai 732.780 pazienti del 2013 nel 2023 esse sono state 1.645.234. A peggiorare però sono le ore dedicate a ciascun paziente: nel 2013 erano 18 contro le 15 ore del 2023.

Pronto soccorso. Nel 2023 si registrano 18.353.118 accessi nei pronto soccorso (311 accessi ogni 1000 abitanti), ovvero circa 2 mln in meno di accessi rispetto al 2013 quando erano stati 20.551.053 con una media di 338 accessi ogni 1.000 abitanti. Nel 2023 sono stati 1.397.358 accessi nei pronto soccorso pediatrici (154 accessi ogni 1000 abitanti fino a 18 anni), un numero poco inferiori rispetto al 1.609.287 di accessi di 10 anni prima (in media 158 accessi ogni 1.000 abitanti).

https://www.quotidianosanita.it/studi-e-analisi/articolo.php?articolo_id=127597

quotidianosanità.it

Medici e infermieri “a gettone” in crescita: nel 2024 spesi 457 milioni di euro. Il rapporto Anac

Per quanto riguarda i “medici a gettone”, la spesa previsionale complessiva nel 2024 è stata pari a 42,3 milioni di euro, con un incremento del 20,1% rispetto al 2023. Anche la spesa effettiva, pari a 42,3 milioni di euro, ha registrato un incremento nel 2024 rispetto al 2023 del 7,3%. Per gli “infermieri a gettone” si rileva un consistente aumento nella spesa previsionale del 48,7% per un valore di 5,8 milioni; la spesa effettiva si colloca su un valore di 8,7 milioni, registrando però un decremento rispetto all'anno precedente.

Dal 2019 al 2024 ammonta a due miliardi e 141 milioni di euro la spesa previsionale deliberata in Italia per medici e infermieri “a gettone”. Era pari a 1 miliardo e 827 milioni a fine 2023, con un incremento previsionale di 314 milioni nel 2024. Se guardiamo alla spesa effettiva messa a bilancio dalle varie Asl, nel solo 2024 **la spesa per i “gettonisti” nella sanità italiana è stata pari a 457,5 milioni messi a bilancio.**

Nonostante la fine della pandemia (dichiarazione ufficiale della Organizzazione Mondiale della Sanità del 5 maggio 2023) e il decreto legge 30 marzo 2023, N.34 (uso dei “gettonisti” solo come estrema ratio), il fenomeno si conferma quindi in crescita. E' quanto emerge dal [Rapporto Anac](#) sulla “domanda del Servizio sanitario nazionale di servizi di fornitura di personale medico e infermieristico, i cosiddetti gettonisti”.

Per quanto riguarda i “medici a gettone”, la spesa previsionale complessiva nel 2024 è stata pari a 42,3 milioni di euro, con un incremento del 20,1% rispetto al 2023. Anche la spesa effettiva, pari a 42,3 milioni di euro, ha registrato un incremento nel 2024 rispetto al 2023 del 7,3%. Per gli “infermieri a gettone” si rileva un consistente aumento nella spesa previsionale del 48,7% per un valore di 5,8 milioni; la spesa effettiva si colloca su un valore di 8,7 milioni, registrando però un decremento rispetto all'anno precedente.

La ripartizione per regioni dei “gettonisti” nel 2024 vede il Piemonte fare la parte del leone, con un quarto dei medici e infermieri gettonisti di tutt'Italia; seguito dalla Lombardia con 105 milioni e il 22,95% del totale, seguita a ruota da Toscana e Sardegna.

Se guardiamo ai soli medici gettonisti nel 2024, Veneto e Sicilia dominano la classifica. Quella degli infermieri “a gettone” vece invece in testa la Lombardia, seguita da Abruzzo e Piemonte.

Contratti + AQ/Convenzioni							
CPV	2019	2020	2021	2022	2023	2024	Totale 2019-2024
Medici	9,6	11	30,3	36,9	35,2	42,3	165,3
Infermieri	37,3	76,1	22,5	2,2	3,9	5,8	147,8
Generico	429,3	101,8	269,5	238,1	523,7	265,9	1.828,3
Totale complessivo	476,2	188,9	322,3	277,2	562,8	314	2.141,4
Contratti + Adesioni ad AQ/Convenzioni							
CPV	2019	2020	2021	2022	2023	2024	Totale 2019-2024
Medici	9,6	10,4	20,8	21,2	39,4	42,3	143,7
Infermieri	22,3	52,8	20,8	14,3	11	8,7	129,9
Generico	151,3	119,9	242,3	179,5	158	406,5	1.257,5
Totale complessivo	183,2	183,1	283,9	215	208,4	457,5	1.531,1

Tabella spesa 2019 - 2024 - Fonte: ANAC su dati BDNCP

Regione	Importo complessivo (€)	Importo %
Piemonte	115.215.944,96	25,18%
Lombardia	104.999.558,35	22,95%
Toscana	56.738.137,22	12,40%
Sardegna	47.999.040,52	10,49%
Valle D'Aosta	46.636.843,45	10,19%
Emilia-Romagna	29.000.000,00	6,34%
Veneto	15.006.920,00	3,28%
Sicilia	12.894.617,56	2,82%
Lazio	9.569.023,99	2,09%
Basilicata	5.327.163,60	1,16%
Friuli V.G.	3.776.482,87	0,83%
PA Trento	2.129.600,00	0,47%
Liguria	2.120.210,00	0,46%
Abruzzo	1.775.626,80	0,39%
Calabria	1.728.855,81	0,38%
Marche	1.686.268,60	0,37%
Umbria	777.450,80	0,17%
Puglia	171.384,19	0,04%
ITALIA	457.553.128,72	100%

Tabella – Servizio di fornitura di personale, di personale medico e di personale infermieristico. Contratti + Adesioni ad AQ/Convenzioni per Regione nell’anno 2024. Importo complessivo in valori assoluti in euro e percentuali - Fonte: ANAC su dati BDNCP

Per quanto riguarda le procedure di scelta del contraente, anche nel 2024 si conferma la procedura negoziata senza previa pubblicazione per l’approvvigionamento degli infermieri a gettone. Del tutto marginale è invece il ricorso alla procedura aperta. Per i “medici a gettone” la procedura negoziata per affidamenti sottosoglia comunitaria e affidamento diretto costituisce la modalità prevalente di scelta.

Regione	Servizio di fornitura di personale medico	%	Servizio di fornitura di personale infermieristico	%	Servizio di fornitura di personale	%
Piemonte	8.310.420,00	19,65%	1.029.900,00	11,80%	105.875.624,96	26,04%
Lombardia	483.174,00	1,14%	4.925.229,04	56,42%	99.591.155,31	24,50%
Toscana					56.738.137,22	13,96%
Sardegna			844.497,72	9,67%	47.154.542,80	11,60%
Valle D'Aosta					46.636.843,45	11,47%
Emilia-Romagna					29.000.000,00	7,13%
Basilicata	79.200,00	0,19%			5.247.963,60	1,29%
Lazio	4.981.763,99	11,78%			4.587.260,00	1,13%
Sicilia	10.347.920,00	24,47%			2.546.697,56	0,63%
PA Trento					2.129.600,00	0,52%
Liguria					2.120.210,00	0,52%
Calabria					1.728.855,81	0,43%
Marche					1.686.268,60	0,41%
Umbria			155.000,00	1,78%	622.450,80	0,15%
Friuli V.G.	3.357.483,87	7,94%			418.999,00	0,10%
Veneto	14.733.820,00	34,84%			273.100,00	0,07%
Puglia					171.384,19	0,04%
Abruzzo			1.775.626,80	20,34%		
ITALIA	42.293.781,86	100%	8.730.253,56	100%	406.529.093,30	100%

Tabella – Servizio di fornitura di personale, di personale medico e di personale infermieristico. Contratti + Adesioni ad AQ/Convenzioni per Regione nell’anno 2024. Importo in valori assoluti e percentuali.

CPV MEDICI ANNO 2024

Regione	Importo €	Importo %
Veneto	14.733.820,00	35%
Sicilia	10.347.920,00	24%
Piemonte	8.310.420,00	20%
Lazio	4.981.763,99	12%
Friuli V.G.	3.357.483,87	8%
Lombardia	483.174,00	1%
Basilicata	79.200,00	0,2%
Totale	42.293.781,86	100%

CPV INFERMIERI ANNO 2024

Regione	Importo €	Importo %
Lombardia	4.925.229,04	56%
Abruzzo	1.775.626,80	20%
Piemonte	1.029.900,00	12%
Sardegna	844.497,72	10%
Umbria	155.000,00	2%
Totale	8.730.253,56	100%

“Come Anac siamo intervenuti, fra i primi, anche di fronte al Parlamento e al governo, a segnalare il fenomeno dei cosiddetti medici a gettone, la crescente esternalizzazione del personale sanitario, caratterizzata da contratti particolarmente onerosi per le amministrazioni, in cambio di servizi non adeguati, spesso con rischi per la salute dei pazienti”, afferma il Presidente di Anac, **Giuseppe Busia**. “Si tratta di un progressivo impoverimento degli organici, perché medici ed infermieri in più casi preferivano lasciare il proprio impiego, attratti dalle più elevate remunerazioni riconosciute per le prestazioni di carattere interinale. Tutto questo, dando vita ad un circolo vizioso, a causa di una irragionevole concorrenza fra le diverse Asl, come emerge dalla nostra indagine conoscitiva. Ospedali e Asl pubbliche dispongono di eccellenti risorse professionali che, tuttavia, in molti casi non sono adeguatamente valorizzate e, anzi, sono spesso spinte verso altri approdi, privando le amministrazioni del loro patrimonio più prezioso”.

https://www.quotidianosanita.it/studi-e-analisi/articolo.php?articolo_id=127939

Gli ospedali del futuro

Concetto Battiato, *Direttore UOC Ortopedia e Traumatologia AST Ascoli Piceno*

Gentile direttore,

si parla sempre più di come l'IA possa rivoluzionare il campo medico e chirurgico. Poco si riflette invece su quanto potrebbe impattare in maniera molto più importante su quello che più specificamente è proprio di sistemi elaborati basati su algoritmi: la gestione amministrativa degli Ospedali.

Infatti una fetta sempre più grossa di risorse umane viene impiegata per la direzione e la gestione amministrativa degli Ospedali nonché, quasi epistemologicamente, per il controllo di gestione stesso. Ebbene, da sempre, proprio questo, risulta essere il nodo dolente per cui la Sanità pubblica sta catastroficamente agonizzando: la mala gestio.

Esistono già modelli attuali che riescono ad uniformare e razionalizzare alcune attività che normalmente richiedono notevole utilizzo di risorse umane non sanitarie e quindi, facilmente sostituibili con l'IA.

Il ruolo dell'intelligenza artificiale nello snellimento delle operazioni sanitarie è evidente in vari aspetti, solo per citarne alcuni, dalla programmazione dei pazienti alla gestione della catena di approvvigionamento.

Un'applicazione degna di nota è la programmazione degli appuntamenti e la conseguente allocazione delle risorse sanitarie. I sistemi basati sull'intelligenza artificiale utilizzano l'analisi predittiva per ottimizzare la programmazione degli appuntamenti, riducendo i tempi di attesa e migliorando il flusso dei pazienti. Questo non solo aumenta la soddisfazione dei pazienti, ma massimizza anche l'utilizzo delle strutture sanitarie. L'intelligenza artificiale sta trasformando la gestione della catena di approvvigionamento nel settore sanitario. Prevedendo tali esigenze sulla base di dati in tempo reale, l'AI assicura che le strutture sanitarie mantengano livelli di inventario ottimali, riducendo gli sprechi ed i costi emergenti.

Questa applicazione è particolarmente cruciale nella gestione delle scorte di forniture mediche essenziali, garantendone la disponibilità nei momenti critici.

L'impatto dell'AI nell'allocazione delle risorse e nella pianificazione delle capacità all'interno delle strutture sanitarie è stato trasformativo. L'utilizzo dell'AI per una distribuzione ottimale delle risorse è fondamentale per gestire le crescenti richieste dei sistemi sanitari.

Gli algoritmi di intelligenza artificiale possono analizzare le tendenze di ammissione dei pazienti, la disponibilità del personale e le capacità delle strutture per fornire raccomandazioni sull'allocazione delle risorse. Questo non solo garantisce un funzionamento efficiente delle strutture sanitarie, ma riduce anche in modo significativo i costi operativi.

Un esempio ulteriore dell'efficienza dell'AI in questo campo è rappresentato dalla gestione dei posti letto negli ospedali. I sistemi di intelligenza artificiale prevedono le dimissioni e le ammissioni dei pazienti, consentendo agli ospedali di pianificare in modo efficace la disponibilità dei posti letto. Ciò si traduce in una riduzione dei tempi di attesa dei pazienti e in una migliore erogazione delle cure.

La capacità dell'AI di elaborare e analizzare grandi quantità di dati ha portato a una significativa riduzione degli errori di fatturazione e a un'accelerazione dei processi di richiesta di risarcimento assicurativo.

Alcune aziende hanno sviluppato soluzioni che automatizzano il processo di fatturazione medica, riducendo il carico amministrativo del personale sanitario e minimizzando gli errori. Questi sistemi sono in grado di interpretare codici di fatturazione complessi e di elaborare le richieste di rimborso con un elevato grado di accuratezza, il che porta a rimborsi più rapidi e a una riduzione delle discrepanze finanziarie.

Inoltre, l'intelligenza artificiale sta svolgendo un ruolo cruciale nel rilevamento delle frodi nel settore assicurativo. Analizzando schemi e anomalie nelle richieste di risarcimento, i sistemi di intelligenza artificiale possono identificare attività potenzialmente fraudolente, proteggendo sia i pazienti che i fornitori di assicurazioni da perdite finanziarie.

Esiste in Canada un sistema in grado di gestire un Ospedale. Si chiama "Command center": sfrutta una gran mole di informazioni (big data), si avvale dell'Intelligenza artificiale (Ia), e lascia che il continuo utilizzo di questi dati migliorino le prestazioni (machine learning): simile a una torre di controllo del traffico aereo, il Command center è capace di gestire un intero ospedale. In Canada, a Toronto, nell'Humber River Hospital, è già realtà. Il sistema è stato sviluppato dal colosso Ge HealthCare. In questo "Centro" è possibile guardare in

tempo reale, grazie all'la, il funzionamento di interi reparti: la lista di pazienti, gli esami che stanno eseguendo, la gestione dei letti; il Command center ci avverte anche se un paziente, concluso il percorso diagnostico o terapeutico, necessita della dimissione e conseguentemente dei farmaci in post-dimissione. Ancora, ci aiuta a massimizzare gli appuntamenti e a ridurre i casi in cui i pazienti non si presentano a una visita. Il PNRR appare l'occasione d'oro per attuare questo salto culturale ed organizzativo.

La Missione 6 del PNRR punta al potenziamento e al riorientamento del SSN, a partire da alcune delle criticità emerse nel corso della emergenza pandemica, in maniera da metterlo in grado di migliorare l'efficacia della risposta ai bisogni di cura e di assistenza dei cittadini.

In particolare, la Missione 6 promuove:

- il rafforzamento della prevenzione, della assistenza territoriale e della integrazione tra servizi sanitari e sociali;
- il miglioramento delle garanzie di accesso alle cure;
- l'ammodernamento della dotazione strutturale del SSN (capitale umano, risorse digitali, strumentali e tecnologiche);
- l'investimento in ricerca scientifica nell'ambito biomedico e sanitario.

La Missione si articola in due Componenti:

- Componente 1: Reti di prossimità, strutture intermedie e telemedicina per l'assistenza sanitaria territoriale;
- Componente 2: Innovazione, ricerca e digitalizzazione del servizio sanitario nazionale.

https://www.quotidianosanita.it/lettere-al-direttore/articolo.php?articolo_id=127553

Medicina territoriale



Noi, medici di famiglia, vi spieghiamo perché siamo favorevoli a diventare dipendenti

Senza il ripensamento dell'intera medicina territoriale a cui sta lavorando il ministro della Salute Schillaci si rischierebbe seriamente la tenuta del Ssn

Maria Francesca Falcone, Cecilia Ruggiero, Laura Viotto

Apprendiamo con grande soddisfazione [dall'articolo pubblicato il 20 febbraio dal Sole 24 Ore](#) che il ministro Schillaci coraggiosamente e senza tentennamenti sta procedendo sulla via della riforma della medicina del territorio, basata sull'attivazione delle nuove moderne infrastrutture sanitarie, le Case della Comunità (CdC), e sull'introduzione del nuovo istituto contrattuale della dipendenza per i medici di medicina generale (Mmg), soluzioni atte a restituire solidità ed efficienza a questo fondamentale pilastro del Servizio sanitario nazionale (Ssn).

Andare oltre modelli cristallizzati a 50 anni fa

Come medici afferenti al "Movimento medici di medicina generale per la Dirigenza" vorremmo far giungere al ministro, attraverso questa testata, tutto il nostro sostegno, entusiasmo e compiacimento per la determinazione e la forte motivazione a procedere verso il cambiamento di una medicina generale retta ormai

solo dal senso di responsabilità dei medici, ma a questo punto inadeguata per l'impalcatura complessiva, cristallizzata a quasi 50 anni orsono.

Confidiamo nel suo impegno e nella sua coerenza nel portare a termine un compito difficile quanto indispensabile che riviene tanto dal mandato europeo del Pnrr quanto dall'impegno politico assunto nei confronti dei cittadini, che hanno il diritto di avere una medicina del territorio più efficiente e recettiva dei bisogni sia di salute che socio-assistenziali, a maggior ragione dopo l'esperienza drammatica della recente pandemia che ha svelato a tutti indistintamente i punti deboli dell'attuale organizzazione delle cure territoriali.

Integrare i Mmg nel Ssn con pari doveri e tutele oggi mancanti

Dice bene il ministro quando afferma che ci vuole coraggio per affrontare il cambio di passo della medicina generale e soprattutto chiede la collaborazione di tutti nell'essere recettivi e proattivi nell'aderenza e nella partecipazione al nuovo progetto: l'ambizioso obiettivo di cambiamento che iniziando dal percorso di formazione dei mmg, che diventerebbe universitario e omogeneo su tutto il territorio nazionale, diversamente da quanto accade oggi perché gestito dagli ordini professionali con ampie differenze da regione a regione, prosegue con l'assunzione dei mmg alle dipendenze del Ssn come dirigenti, coordinati in équipe multiprofessionali e multidisciplinari all'interno delle CdC, ottenendo la realizzazione di un sistema meglio organizzato, più efficiente e posto all'interno del Servizio sanitario nazionale, come parte integrante di esso. Non ci sfugge che è interesse primario del ministro quello di rendere le cure primarie un servizio veramente pubblico, fruibile meglio e al minor costo da parte di tutti i cittadini, ma oggi affidato ad una categoria di liberi professionisti privati in convenzione con il Ssn e pertanto non facenti parte a tutti gli effetti di esso, pur rappresentando la porta d'ingresso al sistema cui i cittadini si rivolgono per primi per poter accedere alle cure. Sarebbe pertanto più giusto che questi professionisti, alla base della piramide del sistema di salute pubblica, fossero integrati nel Ssn con pari doveri ma anche con pari diritti e tutele (che oggi non hanno) rispetto ai colleghi ospedalieri o dei diversi dipartimenti.

Tassello cruciale nel ridisegno dell'assistenza territoriale

Non ci sfugge altresì che i detrattori della riforma del ministro Schillaci, paventando la perdita della libera scelta del medico di fiducia da parte del cittadino e la perdita di capillarità dell'assistenza sul territorio per effetto dell'introduzione di quell'ulteriore status giuridico del mmg non fanno il bene del Ssn.

Tali affermazioni non trovano alcun riscontro in quei modelli sanitari europei, Spagna e Portogallo su tutti, dove i governi hanno fatto la scelta di rendere dipendenti tutti i professionisti delle cure primarie o comunque di affiancare anche tale tipo di inquadramento contrattuale a quello in convenzione.

In questo momento c'è bisogno di tutti gli strumenti e le strategie possibili per poter ridisegnare l'organizzazione delle cure territoriali tanto a misura delle nuove esigenze dei cittadini che di quelle dei medici, obiettivi entrambi irraggiungibili con il mantenimento dello "status quo" che il ministro sta giustamente cercando di modificare.

Alla luce di quanto detto la loro martellante campagna mediatica contro il progetto del ministro e delle Regioni non trova più alcuna giustificazione, attesa per di più la possibilità di scelta del regime contrattuale più confacente almeno per i Mmg già in servizio.

Senza questo consistente ripensamento dell'intera medicina territoriale, che per come è ora risulta inadeguata alla transizione sanitaria, demografica, sociale e tecnologica in corso, e oltretutto sempre meno attrattiva per i giovani medici che la stanno sempre più disertando alimentando già oggi il fenomeno della desertificazione sanitaria delle aree periferiche ed ultraperiferiche legata ai pensionamenti, si rischierebbe seriamente la tenuta dell'intero Ssn.

Vada avanti il ministro, al quale non faremo mai mancare la nostra collaborazione

https://www.ilsole24ore.com/art/noi-medici-famiglia-vi-spieghiamo-nostro-si-progetto-dipendenza-AGnlnX7C?cmpid=nl_sanita24

INSIEME PER UN SERVIZIO SANITARIO A DIMENSIONE DEI CITTADINI



CARO CITTADINO,

Vogliono togliervi il vostro medico di fiducia.

Perché ? Perché siamo l'ultimo argine alla privatizzazione del sistema sanitario nazionale.

Come Voi, anche noi medici di famiglia siamo stanchi e preoccupati. La situazione della sanità pubblica è ormai insostenibile e il diritto alla salute sembra un privilegio riservato a pochi.

Le liste d'attesa per una prestazione sanitaria sono diventate insostenibili e troppo spesso siete costretti a pagare di tasca vostra per farmaci o esami che un tempo erano a carico del sistema sanitario. Mentre i costi per i cittadini aumentano, i fondi destinati alla sanità pubblica sono dirottati verso strutture private, ospedali e farmacie, lasciando i medici di famiglia a fronteggiare in solitaria i problemi dei pazienti.

Non ci ascoltano, eppure abbiamo tante proposte e soluzioni:

- **ESAMI DI PRIMO LIVELLO DAL MEDICO DI FAMIGLIA:**

Da tempo chiediamo esami di primo livello direttamente nei nostri studi, senza ulteriori costi: spirometria, ECG, monitoraggio 24h della pressione arteriosa, tamponi, ecografie, etc. Quanto potremmo alleggerire il sistema e sfoltire le liste d'attesa ?

I fondi sono già stanziati, eppure non ci permettono di partire, preferendo dirottare le prestazioni (a pagamento!) su privati e farmacie.

- **LAVORO IN TEAM:**

Vorremmo estendere l'organizzazione delle Unità di Cure Primarie (UCP), con un medico presente dalle 10 alle 19 dal lunedì al venerdì per le urgenze fuori orario di ricevimento, a tutti i medici di famiglia del Lazio, cosa che ora non è e non ci è permessa. Una risposta strutturata per ridurre gli accessi al Pronto Soccorso.

- **INVESTIMENTI SUL TERRITORIO:**

Vorremmo investimenti reali sulla qualità dell'assistenza: ad oggi, il finanziamento per la presa in carico globale del paziente al di fuori dell'ospedale è di 3,51 euro al mese (!!!), mentre per un ricovero ospedaliero vengono spesi migliaia di euro. Hanno dato alla tua salute il valore di una colazione al bar.

- **SBUROCRATIZZAZIONE:**

Vorremmo una reale sburocratizzazione: prescrizioni, certificazioni, moduli, modelli, codicilli, rimandi... Avrai notato che ormai per qualsiasi cosa sei costretto a contattare il tuo medico per chiedere carte e controcarte. Sono tutti atti poi così necessari oppure restano in piedi per giustificare un obsoleto apparato burocratico? Lasciateci fare i medici.

- **VACCINAZIONI:**

Vorremmo **implementare il servizio vaccinale**: come avrete notato al momento possiamo somministrare **solamente i vaccini COVID, antinfluenzali e anti-pneumococco**. Possiamo fare di più: i vaccini per il **fuoco di sant'Antonio (Herpes Zoster)**, il **Papillomavirus (HPV)**, il **virus respiratorio sinciziale e tanti altri** sarebbero sicuramente più accessibili e accettati se fossero somministrati in un ambiente familiare dal vostro medico di fiducia.

E INVECE REGIONE LAZIO E MINISTERO DELLA SALUTE CHE FANNO ?

Accorciano la durata delle prescrizioni (da un anno a 6 mesi) costringendovi ad un andirivieni per rinnovare le vostre ricette scadute.

Cambiano il catalogo regionale delle prescrizioni durante le feste di Natale, per poi farselo sospendere dal TAR, e costringevi a discussioni per le prenotazioni nei CUP.

Comprano pochi vaccini e li distribuiscono pure male.

NON HANNO IL TEMPO DI FARE, MA TROVANO IL TEMPO DI ATTACCARE – guarda caso – sulla spesa “inappropriata”

DOVE ??? SUI FARMACI CHE NOI USIAMO PER CURARTI E SULLE PRESTAZIONI PER MIGLIORARE LA TUA SALUTE.

Tutto questo solo per prendere i soldi del PNRR e con la scusa del contratto a 38 ore settimanali ci vorrebbero **trasferire tutti nelle Case di Comunità a fare chissà cosa**, dimenticando che **un vero medico di famiglia** (purtroppo, ma anche per fortuna) **lavora molto più di 38 ore settimanali!!!**

Il saldo netto negativo chi lo pagherà ?

Te, in qualità e quantità di assistenza. Vogliono farci fare i dipendenti per poterci controllare meglio, ad esempio per **decidere loro quali farmaci prescrivere e quali no. Quali visite o accertamenti prescriverti e quali no.** Il tutto organizzato con la stessa sapienza e capacità con cui stanno gestendo le liste d'attesa!

È il momento di far sentire la nostra e la vostra voce,

non si può rimanere in silenzio. Vogliamo un **Sistema Sanitario pubblico che metta al centro le persone, non le logiche di bilancio**, non gli **interessi dei gruppi privati** che vedono la sanità territoriale come il prossimo affare, e dei **piccoli e grandi ras della politica** locale e nazionale che pensano ai loro bacini elettorali.

Insieme possiamo fare la differenza.

Con determinazione,

IL TUO MEDICO DI FAMIGLIA

Connettere e coalizzare le risorse per rilanciare il Ssn: un percorso collaborativo Alleanza per la Riforma delle Cure Primarie in Italia

10 FEB -

Gentile Direttore,

in questi giorni si è accesa la discussione in molte sedi su un punto rilevante delle politiche sanitarie quale l'introduzione della possibilità della dipendenza per i MMG al fine di poter rispondere alle esigenze organizzative delle nuove Case della Comunità. Si tratta di un passaggio importante, che coinvolge una fondamentale categoria di professionisti, ma che deve essere inquadrato in una reale e profonda trasformazione delle cure primarie e del SSN che sono i "beni comuni" primari da salvaguardare.

Molte voci si sono levate in questi ultimi anni e anche di recente per sottolineare la necessità di una profonda riforma del SSN, oggi in estrema sofferenza. Per questo l'*Alleanza per la Riforma delle Cure Primarie in Italia* - che raggruppa 19 istituti, associazioni e movimenti - ha elaborato un invito aperto alle varie realtà che ritengono urgenti questi obiettivi affinché ci si coalizzi per chiedere interventi incisivi che vadano in questa direzione, a partire da un incremento del finanziamento.

Da parte nostra abbiamo riscontrato diversi punti comuni presenti in diversi documenti e prese di posizione comparse negli ultimi anni e proponiamo a tutte le realtà professionali-scientifiche-sociali-sindacali-associative interessate e disponibili ad impegnarsi per la difesa e il rilancio del SSN - attraverso l'[Appello allegato](#) - un percorso finalizzato alla creazione di una piattaforma di proposte condivise.

https://www.quotidianosanita.it/lettere-al-direttore/articolo.php?articolo_id=127611

Riforma della medicina generale. Il 'cortocircuito' tra destra e sinistra

Saverio Proia e Roberto Polillo

Un unico rapporto di lavoro dei medici dipendenti del Ssn era un obiettivo storico della sinistra ma nessun governo di Centro-Sinistra lo ha mai ipotizzato. A proporlo potrebbe essere un governo di Destra-Centro che nell'immaginario collettivo avrebbe dovuto difendere e mantenere l'impianto convenzionale. Riuscirà Schillaci a portare a termine questa storica riforma e le forze di sinistra a ritornare alle idee dell'impianto riformatore della legge 833/78.

07 FEB - "Ma cos'è la destra, cos'è la sinistra", era il ritornello di una delle tante belle canzoni di **Giorgio Gaber** che ben si addice alla strana vicenda dell'ipotesi di passaggio alla dipendenza dei medici di famiglia.

Vediamo perché:

- Un unico rapporto di lavoro dei medici dipendenti del SSN era un obiettivo storico della sinistra e nel suo DNA tant'è che il compromesso tra i padri della riforma sanitaria nel 1978 fu che il rapporto dei medici di famiglia poteva essere sia di dipendenza che a convenzione, il termine di dipendenza veniva prima rispetto a quello a convenzione; la riforma Balduzzi delle cure primarie a fronte di un impianto di collaborazione istituzionalizzata non solo tra i medici di famiglia (AFT) ma anche interprofessionale (UCCP) sia con gli altri dirigenti medici e sanitari del SSN ma anche con tutti, nessuno escluso, i professionisti della salute sia le professioni sanitarie infermieristiche, tecniche, della riabilitazione, della prevenzione e la professione di ostetrica nonché la professione sociosanitaria di assistente sociale, accettò la modifica dell'art.48 della legge

833/78. Il rapporto di lavoro dei medici di famiglia restò esclusivamente di tipo convenzionale essendo regolato con accordi collettivi nazionali distinti dai contratti collettivi nazionali dei dirigenti medici, senza produrre effetti di rilievo ed infatti di questa riforma non mi pare che ci sia un bilancio di attuazione generalizzata e positiva;

- Nessun Governo ove fossero presenti partiti di sinistra o di centrosinistra neanche ipotizzò l'eventualità del passaggio alla dipendenza dei medici di famiglia nonostante le richieste e le pressioni delle Regioni, che allora erano in maggioranza di centrosinistra e nonostante che il maggiore sindacato italiano, la CGIL, nelle cui stanze negli anni 60 e 70 era nato e sviluppato il pensiero di come realizzare la riforma sanitaria universale, pubblica e solidaristica, anche con il contributo determinante della sua rappresentanza di categoria, la FP-CGIL Medici, lo avesse teorizzato e rivendicato, ottenendo degli iniziali successi quali il passaggio alla dipendenza, a domanda, di specialisti convenzionati interni e medici della c.d. medicina dei servizi. Un risultato questo ottenuto grazie al lavoro dell'allora Ministro della Salute Rosy Bindi

- Il primo Governo di Destra-Centro che nell'immaginario collettivo avrebbe dovuto difendere e mantenere l'impianto convenzionale rispondendo ai richiami del maggiore sindacato della categoria e all'invasioni di campo della FNOMCeO (un ordine per legge non si può interessare di questioni sindacali) invece sta proponendo una riforma profonda non solo del rapporto di lavoro ma della stessa formazione post laurea dei medici di famiglia in modalità analoga agli attuali dirigenti medici del SSN, mentre i suoi Presidenti di Regione, ad iniziare da quello del Lazio non solo si esprimono a favore con dovizia di particolari ma ipotizzano anche lo spostamento di tutta la contrattazione per i professionisti sanitari presso il Ministero della Salute;

- Per il maggiore sindacato italiano, la CGIL, il passaggio alla dipendenza dei medici di famiglia è un avamposto per la tutela e il rilancio della sanità pubblica;

- Per il maggiore sindacato di famiglia, la FIMMG, il passaggio alla dipendenza dei medici di famiglia è il grimaldello per la privatizzazione della medicina di base, nuova terra di conquista per le assicurazioni private. Un assunto quest'ultimo privo di qualsiasi elemento che ne possa dimostrare la fondatezza

Riuscirà il Ministro Schillaci a portare a termine questa storica e profonda riforma delle cure primarie, che come insegnano gli Stati come quelli iberici che l'hanno realizzata e mantenuta con Governi di sinistra ha dato ottimi risultati e non intaccato il principio della libera scelta, nonostante che una delle componenti di maggioranza, Forza Italia, abbia già presentato una proposta di legge che invece mantiene lo status quo e che il solo sindacato di categoria che non solo è d'accordo ma è nel suo DNA costitutivo, sia la CGIL?

Riusciranno, invece, le forze politiche di sinistra a ritornare alle idee forza dell'impianto riformatore della legge 833/78 riaffermando la necessità che per essere più funzionale alla ricostruzione e potenziamento della medicina e della sanità territoriale sia solo funzionale ma strategico che i medici di famiglia siano soggetti protagonisti a tutti gli effetti e questo non si può che realizzare divenendo dirigenti medici come gli altri colleghi già dirigenti nei distretti e negli ospedali e come essi divenendo specialisti con un vero corso di formazione universitaria non con un corso regionale?

Ma, siccome la tutela e la promozione della salute individuale e collettiva è un diritto e un principio della nostra Costituzione e non è un concetto né di destra né di sinistra bensì universale, una riforma così profonda come il rapporto di lavoro dei medici di famiglia debba essere realizzato attraverso la comprensione, la condivisione e la concertazione tra tutte le forze politiche presenti in Parlamento riprendendo, attualizzandolo e contestualizzandolo lo spirito altamente riformatore che ha permesso alla quasi totalità degli eletti nella Camera e nel Senato di approvare la legge istitutiva del Servizio Sanitario Nazionale 23.12.1978 n.833.

Serve dunque in questo caso anteporre gli interessi generali a quelli di parte e adottare uno spirito costruttivo per uscire da una situazione drammatica in cui entro pochi anni milioni di cittadini resteranno totalmente privi di assistenza di base

https://www.quotidianosanita.it/studi-e-analisi/articolo.php?articolo_id=127546

Medicina generale. Siamo ad un punto di svolta nella politica sanitaria di questo Paese?

Saverio Proia e Roberto Polillo

È stata resa pubblica la bozza di un documento del Ministero della salute in cui si prevede il passaggio a dipendenza dei medici di medicina generale. Qualora confermata, segnerebbe dunque un punto di svolta nella politica sanitaria del Paese che dovrebbe essere oggetto di un dibattito pubblico. Nel nuovo rapporto di lavoro da dipendente il principio della libera scelta da parte del cittadino non viene meno, anzi è confermato

Torniamo sulla questione del rapporto di lavoro dei medici di medicina generale perché sulla stampa nazionale è stata resa pubblica la bozza di un documento del Ministero della salute in cui si prevede il passaggio a dipendenza dei medici di medicina generale.

Nel documento si prevede un orario di servizio di 38 ore per tutti i MMG e se ne dispone una diversa articolazione tra attività distrettuali e attività ambulatoriali in funzione del numero di assistiti in carico a ciascun professionista:

- Per i titolari di un numero di scelte compreso da 400 a 1000, 12 ore verrebbero dedicate all'ambulatorio e 26 alle esigenze della programmazione territoriale
- Per i titolari di un numero di scelte compreso da 1000 a 1200, 18 ore verrebbero dedicate all'ambulatorio e 20 alle esigenze della programmazione territoriale
- Per i titolari di un numero di scelte compreso da 1200 a 1500, 21 ore verrebbero dedicate all'ambulatorio e 17 alle esigenze della programmazione territoriale
- Per i titolari di un numero di scelte superiore a 1500, 24 ore verrebbero dedicate all'ambulatorio e 14 alle esigenze della programmazione territoriale

Una proposta che riprende in larga misura quanto da noi sostenuto da anni in numerosi interventi [pubblicati su QS](#) (anche con il contributo di Nicola Preiti, Gregorio Cosentino e Mara Tognetti) e che andrebbe ulteriormente approfondita prevedendo il superamento della continuità assistenziale come attività separata dall'assistenza primaria e un abbassamento del massimale per rafforzare il peso delle attività distrettuali.

Nel documento si propone inoltre un nuovo modello di formazione superando le attuali scuole regionali per l'accesso alla medicina generale per istituire un vero e proprio corso di specialità universitario con docenti qualificati e non più indicati dai sindacati di cui i corsi sono diretta emanazione.

Anche su questo argomento siamo intervenuti più volte sostenendo la necessità di questo cambio di passo aprendo un dibattito che si è arricchito con il contributo di altri autorevoli interventi.

Possiamo dunque dire senza peccare di presunzione che le proposte contenute in questa bozza riservata non aggiungono nulla a quanto da anni stiamo sostenendo ai numerosi governi che si sono succeduti nel tempo e che hanno invece sempre preferito cedere alle istanze corporative dei sindacati tradizionali della medicina generale che nulla vogliono innovare.

Ora la situazione è cambiata perché le nuove generazioni di MMG non solo non trovano vantaggio nel mantenimento del rapporto di convenzione che ha invece garantito posizioni di prestigio nelle casseforti della professione (ENPAM e Ordini professionali e FNOMCeO) ai vecchi titolari di convenzione, ma ne subiscono in toto gli effetti negativi: isolamento professionale, eccessivo carico burocratico, mancanza di prospettive di carriera reali, mancanza di ferie e di altri istituti di protezione.

Il passaggio a dipendenza e un reale inserimento nelle attività del distretto con il supporto di altro personale pubblico da quello amministrativo a quello infermieristico a quello specialistico è visto come un reale miglioramento delle condizioni di lavoro da parte di quote crescenti delle nuove generazioni di MMG.

Nelle nostre proposte avevamo anche previsto il mantenimento come diritto acquisito del rapporto di convenzione per tutti coloro che avessero maturato una certa anzianità del ruolo perché siamo convinti che le grandi riforme non debbano essere imposte con la forza ma rendendone palesi i vantaggi, tale deroga sembra esser stata ripresa anche nella bozza di documento Ministero della Salute e Regioni.

Purtroppo, quelle proposte da noi - ma non solo da noi - sinora sono rimaste lettera muta e di questo siamo profondamente addolorati perché nella profonda riforma delle cure primarie avviata con il DM 77 e il PNNR avviata nella precedente legislatura su questo punto non ha mostrato il coraggio di prevedere questo passaggio epocale, che poi in parte è un riprendere le idee forza della stessa legge 833/78 scegliendo, invece, di allinearsi con la parte più conservatrice della professione

Una mancanza di coraggio che ha poi impedito, di conseguenza, che il progetto di case delle comunità prendesse avvio concretamente apportando in una reale miglioramento dell'assistenza territoriale.

La bozza qualora confermata segnerebbe dunque un punto di svolta nella politica sanitaria del paese che dovrebbe essere oggetto di un dibattito pubblico in cui i cittadini e le nuove generazioni di medici di famiglia possano attivamente partecipare e con loro tutti quei medici di famiglia che vogliono realmente innovare il rapporto di lavoro e con esso la modalità e la nuova potenzialità di erogazione delle prestazioni.

Vorremo, infine, precisare che nel nuovo rapporto di lavoro non più convenzionale ma da dipendente il principio della libera scelta da parte del cittadino, come testimoniano i servizi sanitari degli Stati che l'hanno realizzato, per esempio Spagna e Portogallo, non viene meno anzi è confermato.

https://www.quotidianosanita.it/studi-e-analisi/articolo.php?articolo_id=127479

quotidianosanità.it

Le proposte delle donne medico dirigenti per una effettiva riforma della medicina generale

Liliana Lora, Fabiola Fini e altre

Gentile Direttore,

in merito alla cosiddetta riforma della medicina territoriale, prima di discutere dello status giuridico del medico di medicina generale, toccherebbe rendere edotta la popolazione sul tipo di assistenza che si vuole offrire. Un servizio di capillarità e prossimità come erogano gli attuali studi di medicina generale?

Allora questo non può prescindere dalla possibilità che viene data al cittadino, così come stabilito dalla legge 833/78, di affidarsi ad un medico di sua fiducia.

Si vuole, in alternativa, offrire un'assistenza in una struttura territoriale che funzioni h 24 e che offre servizi vari, oltre l'assistenza di base? Tipo ospedale per intenderci. In questo caso non è la cura che si fa prossima al cittadino, ma il cittadino che deve recarsi nel luogo di cura.

Entrambi i modelli presentano i loro vantaggi e svantaggi. Stabilito il modello possiamo discutere dello status giuridico dei medici di medicina generale.

È chiaro che nella Casa di Comunità viene meno il rapporto fiduciario, considerato che la propria prestazione professionale si eroga ad una platea indistinta così come succede in ospedale.

Allora il medico di medicina generale deve essere inquadrato ad ore, dirigente o convenzionato che sia, tipo gli specialisti ambulatoriali che oggi lavorano nei distretti sanitari.

Se, invece, si mantengono gli studi periferici, circa 40.000 in Italia, è chiaro che il tipo di rapporto non può essere altro che libero professionale convenzionato o parasubordinato che sia.

Il Governatore della Regione Lazio che vuole tutti i medici dipendenti 'perché li paga lui e lui deve poterli spostare dove servono' cominciasse a porsi il problema di reperire 3500 studi periferici dove farli lavorare, perché i medici dipendenti sicuramente non metteranno i propri studi privati, con spese connesse, a disposizione di un sistema che li considera come tappabuchi nulla facenti.

Come è irricevibile, anche, la proposta di FI che vuole i medici di famiglia 20 ore negli studi e 18 ore nelle Case di Comunità.

Infatti, i giovani medici che, secondo il vigente ACN, dovevano assumere il ruolo unico per gli incarichi attribuiti da gennaio 2025 in poi, sono restii ad accettare.

Lavorare 38 h in Casa di Comunità e obbligatoriamente aprire uno studio in periferia per la presa in carico di pazienti si sfiorano i tetti sugli orari di lavoro e il Sindacato Medici Italiani, aveva proposto in sede di contrattazione, per il tramite del suo Segretario Generale, di adottare il part time (riduzione ore/ scelte) e di valorizzare lo straordinario ore lavorate in più oltre le 38).

Proposte naturalmente cadute nel vuoto, ma che sarebbero state sicuramente un incentivo.

Non si convincono i giovani ad accettare di lavorare nel ruolo unico e allora che si fa?

Si intruppano all' interno delle Case di Comunità un'intera popolazione di professionisti cambiando le regole di ingaggio a colpi di decreti legge

Siccome il pragmatismo è donna e poiché le donne sono quelle che al 70% erogano le cure ai cittadini di questo paese, forse è il momento che abbiano più voce in capitolo e ripetita iuvant le soluzioni da mettere in campo sono:

- Bandi di assunzione per lavorare all'interno delle Case di Comunità con contratto ad ore di dipendenza o convenzione come quello degli specialisti ambulatoriali e relative tutele (maternità, malattia, ferie, infortunio).

- Modifica dell'art 8 della legge 592/92 per riassumere all' interno delle ASL e Case di Comunità i medici dei servizi, convenzionati ad ore che potrebbero assolvere parte degli impegni nelle Case di Comunità.

- Chiedere ai medici che lavorano a rapporto fiduciario di assumere un secondo incarico ad ore (con relative tutele) compatibile con il numero di scelte che hanno in carico, secondo l'attuale ACN ma con possibilità di limitare scelte/ore (part time).

Non ce la facciamo più a lavorare dalle 45 alle 60 ore a settimana, il riposo e le ferie non sono che un miraggio ed appena abbiamo un problema personale e familiare la nostra vita si complica a dismisura come, ha detto la collega Ilaria Rossiello, specializzata in medicina generale, 34 anni, che ha dato le dimissioni, annunciandole sui social, dalla medicina generale perché il pensiero di andare a lavoro era più angosciante del tumore di cui era affetta.

https://www.quotidianosanita.it/lettere-al-direttore/articolo.php?articolo_id=127614

quotidianosanità.it

Strutture socio-assistenziali e socio-sanitarie, diminuiscono i posti letto ma aumentano i pazienti. Forte divario tra Nord e Sud. I dati Istat

Al 1° gennaio 2023 i presidi residenziali attivi nel nostro Paese erano 12.363, contro i 12.576 censiti nel 2022. Se l'offerta era passata da circa 414mila posti letto a 408mila, al contrario gli ospiti erano cresciuti da 356.556 nel 2022 a 362.859 nel 2023 (circa tre quarti sono anziani). Stabile a 7 il numero di posti letto ogni 1000 residenti, ma al Nord-Est l'offerta di era di 10 posti letto e al Sud 3.

13 FEB -

Al 1° gennaio 2023 i presidi residenziali attivi nel nostro Paese sono 12.363, in calo rispetto alle 12.576 censiti nel 2022. L'offerta è di circa 408mila posti letto, anche stavolta meno della rilevazione precedente (414 mila circa) anche se il numero di posti letto ogni 1.000 persone residenti si mantiene costante a sette. Costante resta anche il divario – forte – tra Nord e Sud. L'offerta, infatti, si conferma maggiore nel Nord-est, con 10 posti letto ogni 1.000 residenti, nel Sud del Paese scende a tre posti letto ogni 1.000 residenti. A riferirlo sono i dati del rapporto "Le strutture residenziali socio-assistenziali e socio-sanitarie - Anno 2023" pubblicato dall'Istat.

Gli ospiti delle strutture, nel complesso, crescono da 356.556 nel 2022 a 362.859 nel 2023, circa tre quarti sono anziani. Il personale impiegato nelle strutture nel 2023 ammonta a quasi 337mila lavoratori, ai quali va sommata una componente di quasi 33mila volontari e poco più di 3.700 operatori del servizio civile (nel 2022 erano 341mila, poi oltre 31.500 volontari e poco più di 4mila operatori del servizio civile).

Entrando nel dettaglio, più del 75% degli ospiti è ultra-sessantacinquenne, il 19% ha un'età tra i 18 e i 64 anni e il restante 5% circa è composto da minori.

Nei 12.363 presidi residenziali operano 14.977 "unità di servizio" (distinte per tipo di assistenza). Quelle che erogano assistenza socio-sanitaria sono 8.924, per un ammontare di quasi 319mila posti letto (il 78% dei posti letto complessivi). Le unità di servizio che erogano, invece, assistenza di tipo socio-assistenziale ammontano a 6.053 e dispongono in totale di 89.195 posti letto (il 22% dei posti letto complessivi).

Le unità di servizio socio-sanitarie assistono prevalentemente utenti anziani non autosufficienti, destinando a questi ospiti il 77% dei posti letto disponibili, mentre agli anziani autosufficienti e alle persone con disabilità ne vengono destinati, rispettivamente, l'8% e il 7%. Il restante 8% è dedicato ad adulti con patologie psichiatriche (5%), dipendenze patologiche (2%) e minori (1%).

Le unità di tipo socio-assistenziale sono prevalentemente orientate a fornire accoglienza e tutela a persone con varie forme di disagio. In particolare, il 41% dei posti letto è indirizzato all'accoglienza abitativa e il 41% è dedicato alla funzione socio-educativa e ospita principalmente minori di 18 anni. Le unità che assolvono in prevalenza una funzione tutelare – volta a supportare l'autonomia dei propri ospiti (anziani, adulti con disagio sociale, minori) all'interno di contesti protetti – assorbono il 12% dei posti letto. Il restante 6% offre accoglienza in emergenza.

L'offerta residenziale socio-assistenziale e socio-sanitaria sul territorio è molto differenziata rispetto alle categorie di utenti assistiti. Nelle regioni del Nord prevalgono i servizi rivolti agli anziani non autosufficienti (71,3% nel Nord ovest e 74,5% nel Nord est), il doppio rispetto al Mezzogiorno. Al Sud si trova una percentuale più alta di posti letto dedicati agli anziani autosufficienti, alle persone con disabilità e agli immigrati.

https://www.quotidianosanita.it/studi-e-analisi/articolo.php?articolo_id=127691

LE STRUTTURE RESIDENZIALI SOCIO-ASSISTENZIALI E SOCIO-SANITARIE | 1° GENNAIO 2023

Persiste il divario Nord-Sud nell'offerta di presidi residenziali



Al 1° gennaio 2023 i presidi residenziali attivi nel nostro Paese sono **12.363**. L'offerta è di circa **408mila posti letto**, sette ogni 1.000 persone residenti.

A livello territoriale l'offerta è maggiore nel **Nord-est**, con 10 posti letto ogni 1.000 residenti, nel **Sud** del Paese scende a tre posti letto ogni 1.000 residenti.

Gli ospiti ammontano a **362.850**, dei quali circa tre quarti sono anziani.

Il personale impiegato nelle strutture ammonta a quasi **337mila lavoratori**, ai quali va sommata una componente di quasi **33mila** volontari e poco più di **3.700** operatori del servizio civile.

12%

Quota di stranieri tra il personale retribuito (due su tre sono cittadini extraeuropei)

Due su tre con cittadinanza extraeuropea

36%

Ospiti con meno di 18 anni accolti per problemi economici, incapacità educativa o problemi psico-fisici dei genitori

81%

Quota degli ospiti anziani non autosufficienti

Circa 174mila anziani sono ultrottantenni

www.istat.it

UFFICIO STAMPA
tel. +39 06 4673.2243/44
ufficiostampa@istat.it

CONTACT CENTRE
contact.istat.it



www.quotidianosanita.it/allegati/allegato1739440600.pdf

Po
er
t
à
e
disu
qua
gli
anze (<https://www.welforum.it/area/poverta-e-disuguaglianze/>)

Sistema integrato per la presa in carico e la progettazione personalizzata

Un'ipotesi di lavoro

Federico Grassi | 4 febbraio 2025

ALLEGATO A



Regione Toscana

Piano Sanitario Sociale Integrato Regionale
2024-2026

PARTE PRIMA

INDICE	1
ELEMENTI IDENTIFICATIVI DEL PIANO SANITARIO SOCIALE INTEGRATO REGIONALE 2024-2026	3
LA STRATEGIA ONE HEALTH	10
LA SOSTENIBILITÀ DEI SISTEMI SANITARI: UN PROBLEMA GLOBALE	13
1. SEZIONE CONTENUTISTICA	16
QUADRO DI RIFERIMENTO NORMATIVO – PROGRAMMATICO	16
QUADRO CONOSCITIVO	30
2. LE SFIDE DEL MODELLO TOSCANO PER UN’ASSISTENZA SANITARIA, SOCIOSANITARIA E SOCIALE PUBBLICA E UNIVERSALISTICA	73
OBIETTIVI GENERALI	
1-Promuovere la salute in tutte le politiche: "Health in all policies".....	74
2-L’assistenza territoriale.....	78
3-Rafforzare l’integrazione sociale e sociosanitaria e le politiche di inclusione.....	86
4-Promuovere e realizzare la circolarità tra i servizi territoriali in rete, le cure di transizione, la rete specialistica ospedaliera e il sistema integrato delle reti cliniche.....	91
5-Appropriatezza delle cure e governo della domanda.....	98
6-La trasformazione digitale nel sistema sanitario, sociosanitario e sociale.....	105
7-Transizione ecologica e politiche territoriali.....	109
3. FATTORI DI CRESCITA E AZIONI TRASVERSALI	111
1-Formazione e rapporti con le università.....	112
2-Promozione della ricerca e della sperimentazione clinica: più salute con la ricerca	118
3-Bioetica: la medicina incontra le ragioni e i valori della persona.....	120
4-La partecipazione e orientamento ai servizi.....	121
5-Supportare le politiche per la salute attraverso il rafforzamento delle attività internazionali.....	122
6-Controllo di gestione e misure di efficienza energetica.....	123
7-Investimenti sanitari.....	124
4. CENTRI ED ORGANISMI REGIONALI	128
1-Organismo toscano del governo clinico.....	129
2-Organizzazione toscana trapianti.....	131
3-Centro gestione rischio clinico e sicurezza del paziente.....	131

4-Centro regionale salute e medicina di genere.....	132
5-Centro regionale medicina integrata.....	132
6-Centro regionale sangue.....	133
7-Centro di salute globale.....	134
8-Centro regionale criticità relazionali.....	134
9-Centro regionale di riferimento per la verifica esterna di qualità.....	135
QUADRO FINANZIARIO DI RIFERIMENTO PLURIENNALE.....	136
 PARTE SECONDA	
OBIETTIVI SPECIFICI in riferimento a:	
Obiettivi Generali.....	140
Fattori di crescita e azioni trasversali.....	209
Centri ed Organismi regionali.....	220
 PARTE TERZA	
5. SEZIONE VALUTATIVA.....	236
VALUTAZIONE DI COERENZA ESTERNA.....	236
VALUTAZIONE DI COERENZA INTERNA.....	250
ANALISI DI FATTIBILITA' FINANZIARIA.....	256
VALUTAZIONE DEGLI EFFETTI ATTESI.....	258
SISTEMA DI MONITORAGGIO.....	259
6. PARTECIPAZIONE, CONFRONTO ESTERNO, CONCERTAZIONE.....	263
AGGIORNAMENTO DEL CRONOPROGRAMMA.....	265

https://www.consiglio.regione.toscana.it/upload/11/CM75/sedute/odg_agg4138.pdf

Le cure domiciliari per anziani in Italia

LE CURE DOMICILIARI RAPPRESENTANO UN MODELLO ASSISTENZIALE CHE PUÒ GARANTIRE UNA MIGLIORE QUALITÀ DELLA VITA ALLE PERSONE CHE ABBIANO SUBITO UNA COMPROMISSIONE DELL'AUTOSUFFICIENZA, EVITANDO O RIDUCENDO ALTRESÌ IL RISCHIO DI RICOVERI. TRA QUESTE, L'ADI VA CONSIDERATA COME LA FORMA PIÙ IMPORTANTE DI ASSISTENZA A DOMICILIO, MA LA SUA ORGANIZZAZIONE E DIFFUSIONE SONO ANCORA INADEGUATE.

Le cure domiciliari consistono in trattamenti medici, infermieristici e riabilitativi, di aiuto alla persona e governo della casa, prestati da personale qualificato per la cura e l'assistenza alle persone non autosufficienti e in condizioni di fragilità, per contrastare le forme patologiche in atto, il declino funzionale e migliorare la qualità della vita.

Oggi, le cure domiciliari possono assumere modalità organizzative diverse e sono classificate dalle Regioni, in base alle diverse prestazioni erogate, nel modo seguente:

- Assistenza domiciliare programmata (Adp), che consiste nelle prestazioni erogate dal Medico di medicina generale (Mmg) al domicilio di un proprio assistito, previa autorizzazione del servizio sanitario pubblico e secondo un programma ben definito;

- Assistenza domiciliare integrata (Adi), che consiste nell'integrazione delle prestazioni e degli interventi di natura sanitaria e di natura sociale da erogare in modo coordinato e unitario secondo il Piano assistenziale individualizzato;

- Ospedalizzazione domiciliare (OD), che consiste nell'erogazione di forme assistenziali al domicilio dell'assistito da parte di professionisti e di tecnologie di esclusiva pertinenza ospedaliera (Marceca, 2003);

- altre tipologie, che prevedono l'erogazione di singole prestazioni sanitarie da parte, soprattutto, di professioni non mediche come l'Assistenza infermieristica domiciliare (Marche), l'Assistenza riabilitativa domiciliare (Marche, Umbria, Veneto), l'Assistenza domiciliare di tipo esclusivamente sanitario (Basilicata), l'Assistenza domiciliare ai malati in fase critica (Basilicata), le

Franco Pesareci *

* Dirigente Servizi sociali e sanitari, Comune di Ancona. Presidente Anas *

Prestazioni infermieristiche estemporanee (Piemonte), ecc.

L'ADI NELLE REGIONI ITALIANE

In questo paragrafo presteremo particolare attenzione a quella che, per complessità organizzativo-gestionale e potenzialità nel soddisfacimento dei molteplici bisogni assistenziali, va considerata come la forma più importante di assistenza a domicilio, cioè l'Adi, che è anche il termine più frequentemente impiegato dalle Regioni italiane.

L'assistenza domiciliare integrata è il modello assistenziale che si propone di promuovere l'integrazione delle competenze professionali sanitarie con quelle sociali, per realizzare programmi di cura e assistenza orientati a soggetti di qualsiasi età, che necessitano di un'assistenza continuativa o limitata nel tempo, erogabile al loro domicilio e sostenibile dal nucleo familiare, favorendo il recupero delle capacità residue di autonomia e di relazione ed evitando il ricorso improprio al ricovero in ospedale o in strutture residenziali.

I principali obiettivi dell'Adi sono:

- dare una risposta assistenziale a specifici bisogni di salute;
- evitare ricoveri non giustificati in ospedali e strutture residenziali;
- mantenere il paziente nel proprio ambiente di vita;
- contribuire alla realizzazione della continuità e dell'integrazione dell'assistenza;
- coinvolgere attivamente i caregiver informali del paziente (familiari, amici, volontari);
- perseguire la sostenibilità assistenziale, massimizzando i benefici di salute per i pazienti (Marceca, 2003).

Occorre aggiungere che il termine Adi viene usato impropriamente da alcune Regioni per riferirsi all'integrazione tra prestazioni di natura esclusivamente sanitaria, facenti capo a discipline diverse, ma in cui non sono presenti le prestazioni socio-assistenziali. Secondo queste Regioni, in sostanza, è l'eventuale complessità del caso che richiede un mix di prestazioni sanitarie differenziate, a definire l'Adi anche laddove non sussistano esigenze di natura socio-assistenziale" (Marceca, 2003).

L'Adi è rivolta a soggetti in condizione di non autosufficienza o ridotta autosufficienza temporanea o protratta, derivante da condizioni personali critiche ancorché non patologiche, o specificatamente affetti da patologie croniche a medio-lungo decorso o da patologie acute trattabili a domicilio che necessitano di assistenza da parte di un'equipe multiprofessionale.¹

L'Adi, pur essendo erogata a soggetti di tutte le età (tra cui malati oncologici, disabili fisici e psichici, immunodepressi, ecc.), di fatto, è prevalentemente utilizzata per rispondere ai bisogni di salute di soggetti anziani.

La responsabilità assistenziale è attribuita, in genere, al medico di medicina generale, la sede organizzativa è nel distretto e la sua realizzazione richiede la definizione di piani personalizzati di assistenza, in relazione ai bisogni della persona. L'Adi garantisce al domicilio prestazioni di medicina generale, di medicina specialistica, infermieristiche, di riabilitazione, di igiene della persona e di aiuto domestico.

L'organizzazione

L'organizzazione dell'Adi è stata poco indagata in Italia, dove peraltro rilevanti sono le differenze fra una Regione e l'altra. Di norma, si accede all'Adi con la valutazione multidimensionale effettuata dalle unità valutative multidimensionali che, per ogni paziente, predispongono il Piano assistenziale individualizzato (Pai).

Quasi tutte le Regioni hanno regolamentato in modo dettagliato l'organizzazione dell'Adi e la maggioranza di queste ha attivato anche un sistema di rilevazioni annuali, o un sistema informativo dell'Adi, per seguirne le dinamiche e lo sviluppo.

Tutte le Regioni, esclusa la Lombar-

Note

* Associazione nazionale operatori sociali e socio-sanitari.

¹ Per esempio, le ipotesi di attivazione dell'intervento si possono riferire a malati terminali, incidenti vascolari acuti, gravi fratture in anziani, forme psicotiche acute gravi, riabilitazione di vasculopatici, malattie acute temporaneamente invalidanti dell'anziano e dimissioni protette da strutture ospedaliere.

dia, hanno previsto un modello organizzativo basato sull'erogazione diretta delle prestazioni da parte del distretto sanitario. Il modello organizzativo della Regione Lombardia punta invece sulla diffusione del *voucher* sociosanitario.

Quasi metà delle Regioni ha classificato le varie prestazioni di Adi in due o tre livelli, in base all'intensità assistenziale. Il gruppo più ampio di Regioni (Emilia-Romagna, Piemonte, Veneto, Toscana e Sicilia) ha classificato le prestazioni in tre livelli: Adi a bassa intensità sanitaria domiciliare; Adi a media intensità sanitaria domiciliare; Adi ad alta intensità sanitaria domiciliare.² Anche la Lombardia ha previsto tre livelli, ma il terzo è dedicato a una condizione sanitaria specifica (profilo di base, pazienti complessi e pazienti terminali). Le Marche hanno invece classificato le prestazioni in due livelli (bassa e alta intensità assistenziale).

Quando sale l'intensità dell'assistenza, è richiesto un maggior impegno sanitario. Per esempio, si richiede un elevato impegno medico, attraverso più accessi settimanali, nonché, congiuntamente, l'apporto infermieristico o di altri operatori sanitari, il tutto da garantire in un quadro di pronta disponibilità diurna medica e infermieristica.

Inoltre, la maggior parte delle Regioni ha previsto varie tipologie di Adi specialistica, indirizzate alla cura di pazienti con patologie ben individuate e che richiedono un'organizzazione specifica (la tavola 1 fornisce un panorama non esaustivo di tale organizzazione nelle varie Regioni).

Questa organizzazione dell'Adi, insieme all'ospedalizzazione domiciliare prevista da diverse Regioni (Emilia-Romagna, Lombardia, Marche, Piemonte, Sicilia, Umbria, Veneto) ha dimostrato di poter erogare, con piena sicurezza per il paziente e pari efficacia di altri ambiti assistenziali, prestazioni complesse e considerate di alta intensità, quali la ventilazione meccanica, la nutrizione artificiale enterale e parenterale, il trattamento di piaghe da decubito di 3° e 4° stadio e le terapie palliative a soggetti terminali.

Gli anziani assistiti

Pur essendo rivolta a tutta la popolazione, l'Adi assiste soprattutto la popolazione anziana. Infatti, nel 2005, il totale degli assistiti con l'Adi è stato di 396.757 persone (373.414 nel 2004) e, di queste, 334.069 erano anziani, pari all'84,2% circa del totale. La popolazione anziana assistita con l'Adi è cresciuta costantemente in questi ultimi anni, raddoppiando nel periodo 1997-2005, con eccezione del 2003, anno in cui si è registrata una

TAVOLA 1 Tipologie di Adi specialistica

Tipologie di Adi specialistica	Regioni
Nutrizione artificiale domiciliare (Nad)	Bolzano, Friuli V.G., Lazio, Liguria, Lombardia, Marche, Molise, Piemonte, Puglia, Toscana, Trento, Umbria, Valle d'Aosta, Veneto
Adi-cure palliative/per pazienti terminali	Emilia Romagna, Lazio, Lombardia, Piemonte, Sicilia, Trento, Veneto
Riabilitazione domiciliare	Marche, Umbria, Veneto (integrata con intervento sociale)
Adi per pazienti con demenza/alzheimer	Molise, Veneto
Trattamento a domicilio (Tad) per le persone con Aids	Emilia Romagna, Lazio
Ossigeno liquido terapia domiciliare a lungo termine (Otti) o assistenza domiciliare ventilatoria	Marche, Veneto
Dialisi peritoneale domiciliare	Marche
Assistenza domiciliare infermieristica con intervento sociale	Veneto

Fonte: Bibliografia.

lieve flessione (-0,3% rispetto al 2002) del numero di anziani assistiti.

Seppure il livello di copertura sia in crescita, il numero di anziani assistiti è ancora molto basso, collocandosi attorno al 2,9% degli anziani, rispetto a una platea di anziani bisognosi di assistenza calcolato fra l'11% e il 20%. Le differenze fra le Regioni italiane sono enormi, passando dalla Valle d'Aosta, che sembrerebbe assistere solo lo 0,1% di anziani, al Friuli Venezia Giulia, che ne assiste l'8,0%. Questi dati, in verità, non sarebbero perfettamente rappresentativi dell'impegno delle singole Regioni se, oltre al numero dei casi trattati, non aggiungessimo anche il numero medio di ore erogate per singolo caso trattato, perché talune Regioni potrebbero puntare su un alto numero di assistiti, cui dare mediamente poche ore di assistenza domiciliare. Da questo punto di vista, il *trend* di questi ultimissimi anni non è positivo, perché le ore di assistenza in Adi, dopo essere aumentate fino al 2001, si sono costantemente ridotte nel triennio successivo. Infatti, le ore medie annue dedicate a ogni assistito sono passate da 16 a 27 dal 1997 al 2001, per poi scendere a 23 ore nel 2004 e 2005. Nel 2005, la media italiana era di 16 ore (erano 15 nel 2004) erogate dagli infermieri professionali, 4 ore erogate dai terapisti della riabilitazione e 3 ore da altre figure. Colpiscono soprattutto i dati della Valle d'Aosta, che erogava 331 ore di assistenza per utente, ma al numero più basso di anziani (37 anziani, pari a 0,1 ogni 100 anziani) e dove l'assistenza infermieristica rappresenta solo l'11% del totale erogato (cfr. tavola 2).

Risulta evidente la strategia più recente delle Aziende sanitarie che hanno puntato sull'assistenza a un maggior numero di anziani, riducendo

per contro il numero, già basso, di ore medie di assistenza per singolo caso trattato; anche se occorre riconoscere che il numero complessivo di ore di assistenza domiciliare erogate è costantemente cresciuto, riuscendo più che a raddoppiare dal 1999 al 2005.

Il dato di sintesi fra numero di assistiti in Adi e numero medio di ore per assistito, in attesa di un indicatore più preciso, può essere fornito dalla spesa media per abitante destinata all'Adi. L'ultimo dato disponibile, relativo al 2002, attesta una spesa annua di 13,7 euro per abitante, una somma ancora non molto elevata. Tra le Regioni che spendono di più troviamo il Friuli Venezia Giulia (56,1 euro), l'Abruzzo (22,9), il Veneto (22,8) e l'Umbria (22,8), mentre tra quelle che spendono di meno registriamo la Campania (1,6), la Basilicata (2,4) e la Puglia (8,0) (cfr. tavola 2). Le regioni del Sud, ancora una volta, sono quelle che investono meno nella costruzione della rete dei servizi, anche domiciliari.

LA RIPARTIZIONE DEI COSTI DELL'ASSISTENZA DOMICILIARE INTEGRATA

Per l'assistenza domiciliare integrata (Adi), la normativa nazionale (Dpcm 29/11/2001) prevede che il Servizio sanitario si faccia carico, per i soli anziani (e non per le altre categorie di assistiti), di tutte le prestazioni, con eccezione delle prestazioni di aiuto infermieristico e assistenza tutelare alla persona, che invece vengono coperte solo per il 50%. Ma che cosa si intende con la terminologia ambigua dell'"aiuto infermieristico"? E proprio un organismo istituito dalla Conferenza Stato-Regioni che lo chiarisce: infatti, il Tavolo di monitoraggio e verifica sui Lea³ ha stabilito

TAVOLA 2 L'Adi per anziani non autosufficienti nelle Regioni italiane (2005)				
Regioni	Anziani trattati	Anziani trattati per 1000 residenti anziani	Ore di assistenza erogata per caso trattato	Spesa pro capite (per residente) (2002)
Piemonte	17.446	18,1	23	8,10
Valle d'Aosta	37	1,5	331	11,21*
Lombardia	58.776	32,7	20	14,14
Botzano	239	3,1	8	8,21
Trento	778	8,5	21	17,51*
Veneto	44.923	50,8	10	22,84
Friuli V. G.	21.464	80,3	12	58,11
Liguria	13.407	31,7	28	8,60*
Emilia-Rom.	50.882	54,1	24	17,51
Toscana	17.273	20,8	20	10,63
Umbria	8.312	41,8	15	22,77
Marche	11.459	33,7	32	19,64
Lazio	33.204	33,5	21	16,80
Abruzzo	4.825	17,8	40	22,90
Molise	4.275	61,0	17	12,62*
Campania	12.115	13,9	42	1,57
Puglia	14.105	20,5	47	8,04
Calabria	5.941	16,4	27	10,12*
Basilicata	4.589	39,2	46	2,41
Sicilia	7.123	8,0	37	9,51
Sardegna	3.123	11,0	82	10,12
Italia	334.069	29,4	23	13,68

NOTE: * Dati stimati sulla base del costo complessivo dell'assistenza domiciliare (Adi e Adp a favore di anziani non autosufficienti e di altri utenti).
Fonte: Rielaborazione su dati del Ministero della Salute (2007) e Monitor n.10.

unitariamente che "le prestazioni di aiuto infermieristico, indicate alla lett. e nell'ambito dell'assistenza programmata a domicilio, non coincidono con le prestazioni proprie dell'infermiere professionale (indicate alla lett. c come prestazioni infermieristiche a domicilio), ma rappresentano prestazioni eseguite da operatori diversi che, svolgendo compiti di assistenza tutelare, collaborano con l'infermiere professionale". Per cui i Comuni e/o gli utenti non partecipano alla spesa dell'assistenza infermieristica, ma intervengono solo per l'assistenza tutelare e nella misura del 50%.

La misura della suddivisione dei costi fra il sociale e il sanitario delle prestazioni sociosanitarie è proposta dal Dcpm del 14/2/2001 e dal Dcpm del 29/11/2001, ma spetta alle singole Regioni assumere le determinazioni definitive sulla materia, anche allontanandosi dai citati decreti. Dal 2001 a oggi, solo 7 Regioni (di cui due in modo incompleto) hanno provveduto a stabilire le regole della suddivisione dei costi fra sociale e sanitario, apportando delle modificazioni rispetto al testo normativo nazionale.

Secondo le 7 Regioni, non ci sono dubbi sul fatto che le prestazioni tipicamente sanitarie, come quelle di medici-

na generale, di medicina specialistica, di assistenza infermieristica, di riabilitazione e recupero funzionale, sono totalmente a carico del Sen. Così come non ci sono dubbi sul fatto che le prestazioni educative/organizzative fornite come sostegno all'organizzazione familiare e/o al contesto domiciliare sono a totale carico del Comune e del beneficiario (per la quota che il Comune stesso vorrà stabilire). L'unica prestazione il cui onere va suddiviso fra sanitario e sociale è costituito dall'assistenza tutelare alla persona, che è posta a carico del Servizio sanitario fino al 60% nelle Regioni Calabria, Veneto e Toscana, mentre in Sardegna e Umbria è determinata nel 50%. A questo proposito, il Piemonte ha voluto precisare che la quota del 50% vale solo per la fase di lungoassistenza (che decorre dal 61° giorno dall'inizio dell'assistenza in fase acuta), perché in quelle intensive ed estensive le prestazioni di assistenza tutelare alla persona sono totalmente a carico del Servizio sanitario (Pesaresi, 2006).

NUOVA CARATTERIZZAZIONE DELL'ASSISTENZA DOMICILIARE

Alla fine del 2006, la Commissione nazionale per la definizione e l'aggiorn-

amento dei Livelli essenziali di assistenza ha approvato un documento dal titolo "Nuova caratterizzazione dell'assistenza territoriale domiciliare e degli interventi ospedalieri a domicilio", che provvede a una nuova caratterizzazione dei profili di cura domiciliari, all'individuazione delle principali prestazioni domiciliari per profilo e figura professionale, alla definizione dei criteri omogenei di eleggibilità, nonché alla valorizzazione economica mensile dei profili di cura.

Cambia anche la terminologia: per l'assistenza sanitaria si dovrà utilizzare la denominazione "cure domiciliari", anziché "assistenza domiciliare", per distinguere in modo esclusivo le cure sanitarie e sociosanitarie integrate dalle forme di assistenza domiciliare di natura socio-assistenziale e tutelare. Di seguito si sintetizzano i principali contenuti del documento ministeriale.

Definizione e profili di cura

Le cure domiciliari consistono in trattamenti medici, infermieristici, riabilitativi, prestati da personale qualificato per la cura e l'assistenza alle persone non autosufficienti e in condizioni di fragilità, con patologie in atto o esiti delle stesse, per stabilizzare il quadro clinico, limitare il declino funzionale e migliorare la qualità della vita quotidiana. Nell'ambito delle cure domiciliari integrate, risulta fondamentale l'integrazione con i servizi sociali dei Comuni.

Le cure domiciliari, in relazione ai bisogni degli assistiti, si distinguono nei seguenti profili di cura:

1. "Cure domiciliari prestazionali", caratterizzate da prestazioni sanitarie occasionali o a ciclo programmato; esse costituiscono una risposta prestazionale, professionalmente qualificata, a un bisogno puntuale di tipo medico, infermieristico e/o riabilitativo che, anche qualora si ripeta nel tempo, non presuppone la presa in carico del paziente, né una valutazione multidimensionale e l'individuazione di un piano di cura multidisciplinare. Sono richieste dal medi-

Note

2 "Basse intensità": in genere, interventi infermieristici di tipo prestazionale a carico di persone che non possono recarsi presso le opportune strutture ambulatoriali. "Media intensità": in genere, gli interventi di tipo infermieristico e riabilitativo e di aiuto domestico il cui scopo è di intervenire precocemente sulle riacutizzazioni, consentendo la permanenza a domicilio, o di completare trattamenti più complessi eseguiti in ospedale, per favorire le dimissioni. "Alta intensità": in genere, cure domiciliari alternative al ricovero ospedaliero o in struttura residenziale, rivolte a persone in condizioni di relativa acuità o instabilità clinica, che non richiede un monitoraggio continuativo in sede ospedaliera.

3 L'interpretazione formale è stata approvata nella riunione del 17/7/2002 e riportata nella Relazione conclusiva sullo stato dei lavori del tavolo di monitoraggio e verifica sui Lea.

co, responsabile del processo di cura del paziente e sono volte a soddisfare un bisogno sanitario semplice, nei casi in cui il paziente presenti limitazioni funzionali che rendono impossibile l'accesso ai servizi ambulatori (cfr. tavola 3).

2. "Cure domiciliari integrate di primo, secondo e terzo livello". Le cure di primo e secondo livello assorbono quelle già definite come AdI, si rivolgono a malati che, pur non presentando criticità specifiche o sintomi particolarmente complessi, hanno bisogno di continuità assistenziale e interventi programmati, prevedono un ruolo centrale del Mmg, che assume la responsabilità clinica condivisa dei processi di cura e partecipa alla definizione degli obiettivi e dei processi assistenziali attraverso la valutazione multidimensionale e la necessaria redazione del Pai; quando l'equipe che eroga le cure domiciliari è di provenienza ospedaliera, è in ogni caso superata la denominazione "Ospedalizzazione domiciliare" dato che la stessa è assorbita dalle cure domiciliari di terzo livello. Le cure domiciliari di terzo livello consistono in interventi professionali rivolti a malati che presentano dei bisogni con un elevato livello di complessità, in presenza di criticità specifiche, come malati portatori di malattie neurologiche degenerative/progressive in fase avanzata (Sla, distrofia muscolare), fasi avanzate e complicate di malattie croniche, pazienti con necessità di nutrizione artificiale parenterale, pazienti con

necessità di supporto ventilatorio invasivo e pazienti in stato vegetativo e stato di minima coscienza; presupposti di base rimangono la valutazione multidimensionale, la presa in carico del paziente e l'individuazione di un piano di cura con intervento di tipo multidisciplinare.

3. "Cure domiciliari palliative a malati terminali", che assorbono l'assistenza territoriale domiciliare rivolta a pazienti nella fase terminale" e l'ospedalizzazione domiciliare per cure palliative (OD-CP) e sono caratterizzate da una risposta intensiva a bisogni di elevata complessità, definita dal Pai ed erogata da un'equipe in possesso di specifiche competenze; presupposti di base rimangono la valutazione multidimensionale, la presa in carico del paziente e l'individuazione di un piano di cura con intervento di tipo multidisciplinare (cfr. tavola 3).

Valorizzazione economica dei profili di cura

Il documento (Ministero della Salute, 2006), infine, avvia una riflessione anche sulla valorizzazione economica dei profili standard di cura attraverso l'identificazione di percorsi di cura iso-costi. L'individuazione di gruppi di pazienti omogenei ha consentito di stimare delle tariffe per ciascun gruppo attraverso criteri classificativi legati al valore della Giornata effettiva di assistenza (Gea), all'intensità assistenziale (Cia) e alla durata del piano di cura

(Gdc). Le valorizzazioni economiche sono state definite in base al Costo medio mensile (Cmm) dei percorsi di cura (ottenuto moltiplicando il Cia per il valore Gea per 30), che interpreta congiuntamente l'intensità assistenziale e la complessità. Sono stati creati allo scopo 6 gruppi tariffari comprensivi di tutti i costi assistenziali (Ministero della Salute, 2006).⁴

Di fronte all'estrema variabilità dell'organizzazione e della terminologia usata dalle Regioni italiane per le cure domiciliari, l'approfondimento proposto dalla Commissione Lea appare assai utile per garantire dei livelli assistenziali domiciliari adeguati, omogenei e comparabili. Colpisce invece negativamente che, insieme alla scomparsa terminologica dell'AdI, scompaia nel documento ministeriale ogni riferimento organizzativo all'integrazione delle cure domiciliari con l'assistenza domiciliare sociale di competenza comunale. Nessuna utile indicazione viene data sulle modalità di organizzazione e di promozione dell'integrazione dei due servizi e questo appare un passo indietro significativo, che avrà sicuramente delle negative ricadute a livello locale.

VALUTAZIONI

Le cure domiciliari rappresentano un modello assistenziale che può garantire una migliore qualità della vita alle persone che abbiano subito una compromissione temporanea o per-

TAVOLA 3 Profili di cura e standard qualificanti delle cure domiciliari

Profilo di cura	Natura del bisogno	Intensità Cia=Gea/Gdc*	Durata media	Complessità	
				Mix delle figure professionali/impegno assistenziale**	Operatività del servizio (fascia oraria 8-20)
CD prestazionali (occasionalità o cicliche programmate)	Clinico funzionale			Infermiere (15-30') Professionisti della riabilitazione (30') Medico (30')	5 giorni su 7 8 ore die
CD integrate di primo livello (già AdI)	Clinico funzionale sociale	Fino a 0,30	180 giorni	Infermiere (30') Professionisti della riabilitazione (45') Medico (30') Operatore sociosanitario (60')	5 giorni su 7 8 ore die
CD integrate di secondo livello (già AdI)	Clinico funzionale sociale	Fino a 0,50	180 giorni	Infermiere (30-45') Professionisti della riabilitazione (45') Dietista (30') Medico (45') Operatore sociosanitario (60-90')	6 giorni su 7 10 ore die da lunedì a venerdì 6 ore il sabato
CD integrate di terzo livello (già OD)	Clinico funzionale sociale	Superiore a 0,50	90 giorni	Infermiere (60') Professionisti della riabilit. (60') Dietista (30') Psicologo (60') Medico e/o specialista (60') Operatore sociosanitario (60-90')	7 giorni su 7 10 ore die da lunedì a venerdì 6 ore il sabato e festivi pronta disponibilità medica ore 8/20
Cure palliative malati terminali (già OD-CP)	Clinico funzionale sociale	Superiore a 0,60	60 giorni	Infermiere (60') Professionisti della riabilit. (60') Dietista (30') Psicologo (60') Medico e/o specialista (60') Operatore sociosanitario (60-90')	7 giorni su 7 10 ore die da lunedì a venerdì 6 ore il sabato e festivi pronta disponibilità medica 24 ore

Note: * Cia=Coefficiente intensità assistenziale; Gea=Giornata effettiva di assistenza; Gdc=Giornate di cura (durata Pai).
** Figure professionali previste in funzione del Pai e tempo medio in minuti per accesso domiciliare.

Fonte: Ministero della Salute (2006).

manente dell'autosufficienza, evitando o riducendo altresì il rischio di ricoveri in strutture residenziali o in ospedali.

La diffusione dei servizi domiciliari sociali e sanitari per gli anziani (cfr. tavola 4) è assai diversificata nei vari Paesi europei; la media non ponderata è del 7,8% degli anziani (nel 2003).

Al livello più alto troviamo le nazioni del Nord Europa (Danimarca, Svezia, ecc.), che assistono al domicilio un alto numero di anziani, con servizi di qualità che prevedono prestazioni integrate sociali e sanitarie, erogate 24 ore su 24, e con l'utilizzo di moderne tecnologie telematiche e informatiche. Tra le nazioni che assistono a domicilio un grande numero di anziani troviamo anche l'Austria (19,3%) e la Svizzera (9,4%). A un livello intermedio troviamo Paesi come il Regno Unito e la Germania, che assistono un numero di anziani compreso fra il 6 e il 7%, e interessate a dare efficienza e qualità al settore attraverso la costruzione di mercati sociali, pur senza essere ancora riuscite a integrare il settore sociale con il sanitario. I Paesi del Sud Europa presentano, invece, una bassa percentuale di anziani assistiti al domicilio, che non supera il 4,4%, anche se tutti hanno recentemente approvato programmi che ne prevedono lo sviluppo.

L'Italia, con una percentuale di anziani assistiti al domicilio pari al 4,5% (2,9% AdI + 1,6% Sad nel 2005), si colloca al livello più elevato dei Paesi del Sud Europa. Nel 2003, tale percentuale era al 4,1%. Un livello crescente, ma ancora troppo basso, molto lontano anche dalla media dei Paesi valutati nella tavola 4. All'interno del dato complessivo (sociale più sanitario), la quota relativa alle cure domiciliari per anziani è stata del 2,3% nel 2003 e del 2,9% nel 2005.

Se pensiamo alla straordinaria differenza di offerta di cure domiciliari delle varie Regioni italiane (cfr. tavola 2), non possiamo fare a meno di riflettere sull'inadeguatezza del Decreto Lea con il quale il Governo ha inteso garantire uguali livelli sanitari di base in tutte le Regioni italiane. Tale Decreto, infatti, dispone che tutte le Regioni garantiscano l'assistenza domiciliare integrata, ma non fornisce alcun elemento quantitativo sui livelli da raggiungere, per cui sono egualmente rispettosi dei Lea sia il Friuli Venezia Giulia, con i suoi 80 anziani su mille assistiti a domicilio, sia la Sicilia, con i suoi 8 anziani assistiti su mille. Su questo fronte, è quindi necessario uno sforzo regionale ben maggiore, magari sottraendo risorse ad altri settori (come il livello ospedaliero), per assistere a casa un numero superiore di persone e per garantire equità di acces-

TAVOLA 4 Anziani assistiti a domicilio in alcuni Paesi Ocse (2003)

Nazione	% anziani assistiti a domicilio
Danimarca	21,5
Austria	19,3
Svizzera	9,4
Svezia	9,3
Giappone	8,4
Belgio	7,5 (2004)
Nuova Zelanda	7,0
Finlandia	6,9
Regno Unito	6,9
Germania	6,2
Australia	5,9
Francia	4,4
Lussemburgo	4,4
Italia	4,1
Spagna	2,1 (2001)
Grecia	0,5 (2002)

Fonte: Eurostat (2005); Ministero della Politiche sociali (2006); Istat (2006); Oecd (<http://www.eurostat.fr/OCDEFRA/80.html>).

so ai servizi sociosanitari, con un'offerta di servizi domiciliari che, nella sua dimensione minima, sia però assicurata in tutto il territorio nazionale.

Anche le ore di cura domiciliare sono poche per assistere adeguatamente un anziano non autosufficiente. Colpisce la media di 23 ore di assistenza annua di AdI per anziano che risulta addirittura inferiore alle ore medie erogate con il Sad per singolo caso trattato.

L'assistenza domiciliare integrata è ancora un servizio "giovane" nella rete dei servizi sanitari. La sua organizzazione è ancora ben lungi dall'essere standardizzata con modelli di riferimento importanti e la sua diffusione è ancora inadeguata. Grandissime differenze permangono fra le varie Regioni sia sul fronte organizzativo sia su quello del numero di anziani assistiti. Se è vero che la positiva tendenza di questi ultimi anni è stata quella di un aumento del numero di anziani assistiti in AdI, è però anche vero che l'integrazione delle prestazioni sanitarie e sociali rimane un obiettivo ancora lontano dall'essere raggiunto. Sad e AdI continuano a riferirsi a comparti separati tra loro e sono ancora una piccola percentuale i casi che vengono trattati congiuntamente. Infatti, su 334.069 anziani trattati in AdI nel 2005, sono stati solo 60.409 quelli (0,5% di tutti gli anziani residenti) che hanno effettivamente ricevuto cure sanitarie e servizi socio-assistenziali domiciliari, pari al 18% di tutti gli assistiti a domicilio (Istat, 2007). L'unica integrazione realizzata è stata quella che ha coinvolto solamente le varie figure sanitarie, ma che non è ancora

sufficiente a definire davvero integrata l'assistenza domiciliare. Occorre un'integrazione vera tra i due servizi, che deve essere promossa e realizzata a livello regionale e locale.

Affinché l'integrazione sociosanitaria si sviluppi davvero e si possa erogare un'assistenza domiciliare integrata sociale e sanitaria occorre creare le condizioni perché ciò si realizzi. Oggi queste condizioni non ci sono in tutto il territorio nazionale. Sono ancora una minoranza le Regioni che hanno stabilito le regole dell'integrazione con la definizione della ripartizione degli oneri fra il sociale e il sanitario per i servizi sociosanitari e, in particolare, per l'assistenza domiciliare. Senza regole definite e condivise prevale l'incertezza e, di conseguenza, gli enti coinvolti non investono sull'integrazione. Anche in questo caso, il problema è risolvibile con l'impegno delle Regioni ancora inadempienti.

I dati a disposizione ci dicono che più dell'80% degli utenti dell'AdI sono soddisfatti del servizio (83% nella ricerca di Cittadinanzattiva, 2006,⁴ e il 97,5% degli utenti dell'Emilia-Romagna, 2005⁵). Si tratta di un dato estremamente positivo che non deve, però, far dimenticare le criticità rilevate nelle stesse ricerche che sono:

- La scarsa diffusione della terapia del dolore; il 40% dei malati che hanno segnalato stati dolorosi non ha ricevuto alcuna terapia specifica (Cittadinanzattiva, 2006).
- La continuità assistenziale non è garantita adeguatamente; particolarmente problematico risulta il momento di passaggio dall'ospedale all'assistenza domiciliare, verificato che le procedure per attuare le dimissioni protette, anche se previste, spesso non vengono attuate; la maggioranza delle famiglie, inoltre, non ha potuto contare su una reperibilità 24 ore su 24 del personale sanitario (Cittadinanzattiva, 2006; Asr Emilia-Romagna, 2005).
- L'insufficiente coinvolgimento del paziente e della famiglia nella definizione, nella realizzazione e nella verifica (con questionario di soddisfazione)

Note

⁴ Sono stati esclusi la spesa farmaceutica, la protesica, la diagnostica di laboratorio, i costi aggiuntivi per l'assistenza domiciliare dei Mmg e il ribaltamento dei costi aziendali. I nei gruppi tariffari prevedono il seguente Costo medio mensile (Cmm) in euro: A=2.386; B=1.597; C=1.325; D=651; E=455; F=172.

⁵ Cittadinanzattiva (2005) ha recentemente concluso un primo rapporto sull'assistenza domiciliare integrata, che ha interessato 38 Asl in 14 Regioni e 467 familiari di utenti dell'AdI.

⁶ Il dato è ancor di più elevato in Emilia-Romagna, dove una ricerca sulla soddisfazione degli utenti che ha coinvolto 1.345 assistiti ha registrato che sono soddisfatti o molto soddisfatti del servizio il 97,5% degli utenti dell'AdI (Asr Emilia-Romagna, 2005).

del piano terapeutico personalizzato; l'avvio di un percorso di assistenza domiciliare deve essere accompagnato da una completa informazione (supportata anche da documenti scritti) circa le modalità di funzionamento, i tempi di consegna dei presidi e dei farmaci, la composizione delle équipe e le competenze previste (Cittadinanzattiva, 2006; Asr Emilia-Romagna, 2005).

• La qualità dell'assistenza domiciliare è buona, ma è migliorabile; la presenza di lesioni da decubito nei pazienti assistiti ne è una conferma; la ricerca di Cittadinanzattiva (2006) rileva che il 12% degli assistiti ha lesioni da decubito, ma che il fenomeno sia presente è confermato anche dai dati della Regione Marche, dove il fenomeno coinvolge il 14% degli assistiti (Asr Marche, 2004) e, in misura minore, anche in Emilia-Romagna, dove sono coinvolti il 4,2% degli assistiti (Asr Emilia-Romagna, 2005).

• Una richiesta di assistenza psicologica non soddisfatta da parte dei pazienti e delle loro famiglie; la ricerca di Cittadinanzattiva (2006) ha verificato che l'assistenza psicologica è prevista dal 63,2% delle Asl ed effettivamente ricevuta soltanto dall'8,1% delle famiglie (Cittadinanzattiva, 2006; Asr Emilia-Romagna, 2005).

Inoltre, le famiglie, pur apprezzando l'Adi, rilevano che l'erogazione dell'assistenza domiciliare non riduce i costi dell'assistenza che rimangono a carico delle famiglie. Il 48,6% di esse ha avuto la necessità di integrare le prestazioni fornite con ulteriori servizi a pagamento. Nello specifico, le situazioni più critiche si registrano per l'acquisto di farmaci, con costi che giungono fino a 1080 euro (nel 31% dei casi) e per l'assunzione di un assistente familiare (nel 23% dei casi) che integri le prestazioni assistenziali fornite. In questi casi, i costi arrivano fino a 1500 euro mensili. Questo ultimo rilievo presente nella ricerca di Cittadinanzattiva (2006) è in qualche modo confermato dalla rilevazione effettuata dall'Agenzia sanitaria dell'Emilia-Romagna (2005), i cui utenti hanno richiesto un'estensione dell'assistenza in grado di coprire anche le ore notturne e i giorni festivi e più sostegno per l'igiene personale degli assistiti.

Una serie di elementi vecchi e nuovi determinano dunque una situazione di movimento che va orientata e governata. Si tratta essenzialmente della necessità di sviluppare e qualificare ulteriormente le cure domiciliari e di implementare nel sistema regionale le nuove linee guida nazionali e il "matteone" ministeriale sulle cure domiciliari (che dovrebbe mettere a disposizione

un flusso informativo nazionale ricco e omogeneo). Tutto questo rende probabilmente necessario ripensare all'organizzazione delle cure domiciliari e all'omogeneizzazione della classificazione delle prestazioni domiciliari, per permettere uno sviluppo del settore in un quadro di forte condivisione organizzativa e informativa. Questo lavoro non può essere lasciato al caso o alla buona volontà delle singole Regioni, ma deve essere sostenuto e coordinato dal Ministero della Salute, per svilupparsi velocemente e in modo coordinato. Questa attività è ancora possibile anche in tempo di federalismo e può essere anche efficace, soprattutto se pensiamo a quello che il Ministero può fare con atti normativi relativi alla migliore definizione dei Lea, con il supporto tecnico che può essere fornito dall'Agenzia per i servizi sanitari regionali (Assr) e con una puntuale opera di monitoraggio sull'attività regionale.

Bibliografia

- Asr (Agenzia sanitaria regionale) Emilia-Romagna. *La qualità del servizio di assistenza domiciliare integrata: il punto di vista degli utenti*, Bologna, 2005.
- Asr (Agenzia sanitaria regionale) Marche, in collaborazione con Cris Università Politecnica della Marche, *L'assistenza domiciliare nelle Marche. Anno 2003*, Ancona, 2004.
- Cittadinanzattiva, *Rapporto sull'Assistenza domiciliare integrata. Prima edizione 2005-2006*, Roma, 2006.
- Istat, *La seconda indagine censuaria sugli interventi e i servizi sociali dei Comuni. Anno 2004*, www.istat.it, 2007.
- Marco M., "Assistenza domiciliare", *Cure*, 5, 2005.
- Ministero della Salute, *Attività gestionali ed economiche delle Asl e Aziende ospedaliere. Anno 2005*, Roma, 2007.
- Ministero della Salute, 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*, Roma, 2006.
- Ministero della Salute, Gruppo di lavoro sulla Nutrizione artificiale domiciliare, *Relazione sulla situazione attuale della Nutrizione artificiale domiciliare (Nad) in Italia*, Roma, 2004.
- Pezzeri F., "La suddivisione dei costi tra servizi sociali e servizi sanitari", in Gori C. (a cura di), *La riforma dell'assistenza ai non autosufficienti*, Il Mulino, Bologna, 2006.

APPUNTAMENTI

Il Laboratorio di Politiche Sociali del Politecnico di Milano
in collaborazione con l'Istituto per la Ricerca Sociale (IRS)
organizza la II edizione del

"Master in Social Planning"

Il Master si rivolge a coloro che ricoprono o intendono ricoprire ruoli professionali qualificati nel campo delle politiche sociali, sociosanitarie e di sviluppo locale ed è indirizzato a persone già inserite o che mirano ad inserirsi in realtà pubbliche, private e del Terzo Settore.

Il percorso formativo mira a sviluppare competenze per l'analisi, la programmazione, la progettazione e la valutazione delle politiche sociali e ha l'obiettivo di formare figure professionali, all'incrocio tra funzioni di carattere progettuale e funzioni connesse all'organizzazione e gestione degli interventi e delle politiche sociali, in grado di interpretare i cambiamenti in atto e di formulare politiche innovative.

Struttura del Master

Il Master di I livello in Social Planning ha la durata di un anno e permette di acquisire 60 crediti formativi (CFU). Il percorso avrà inizio il 22 febbraio 2008 e si articolerà in:

- 340 ore di lezioni in aula, nelle giornate di venerdì e sabato con cadenza bisettimanale;
- 160 ore di formazione a distanza (FAD);
- 300 ore di stage eventualmente anche presso la stessa organizzazione in cui opera il partecipante.

La frequenza del Master è compatibile con le eventuali attività lavorative ordinarie dei partecipanti.

Requisiti di ammissione

Diploma Universitario, Laurea di I o II livello o Laurea v.o. in discipline economiche e statistiche, sociologia, scienze politiche, scienze dell'educazione, pedagogia, servizio sociale, giurisprudenza, architettura, pianificazione territoriale urbanistica e ambientale.

Possono essere ammessi candidati in possesso di diplomi di laurea in discipline diverse da quelle sopra elencate, purché compatibili con il percorso didattico del Master.

Scadenza iscrizioni: 14 gennaio 2007

Info: Politecnico di Milano - Laboratorio di Politiche Sociali
Dott.ssa Laura Di Maria
tel. 022399.5466 - fax 022399.5435
email: lps@polimi.it
www.mastersocialplanning.org
www.lps.polimi.it



VII Rapporto Farmacia



PREMESSA	3
NOTA METODOLOGICA	4
TARGET DELL'INDAGINE	5
Farmacie: tipologia e collocazione	6
Farmacie: coinvolgimento nella sperimentazione FdS	10
Cittadini: provenienza e fasce di età	13
Cittadini: scelta della farmacia	15
SERVIZI	16
Servizi offerti e fruiti in farmacia	17
Vaccinazioni	23
Prevenzione e screening	24
Medicina di genere	26
Telemedicina	28
ACCESSO AI FARMACI E CORRETTO USO DELLE TERAPIE	29
Farmaci equivalenti	30
Contrasto Antimicrobial Resistance (AMR)	43
Carenze e indisponibilità farmaci	47
Aderenza terapeutica	51
Canali distributivi e prossimità	55
TREND E CONCLUSIONI	59
PROPOSTE	64
RINGRAZIAMENTI	66

CORRISPONDENZA · Online prima, del 5 febbraio 2025 · Accesso Libero

L'Italia rafforza i diritti sanitari per le persone senza fissa dimora

Emanuele Di Simone^a, Erika Renzi^a, Fabio Fabbian^b, Nicolò Panattoni^c, Azzurra Massimi

Affiliazioni e note  Informazioni sull'articolo 

Le persone senza fissa dimora o che affrontano situazioni abitative ed economiche incerte incontrano notevoli sfide nella gestione di malattie acute e croniche, poiché le cattive condizioni di vita possono peggiorare i risultati sanitari. Lo stato di salute dipende dalle condizioni in cui le persone nascono, vivono e invecchiano, e il monitoraggio dei determinanti sociali della salute è essenziale per affrontare le disuguaglianze sanitarie, in particolare nel supportare le popolazioni socialmente vulnerabili come le persone senza fissa dimora e i migranti clandestini. [1](#)

Tra i principali elementi da monitorare rientrano il reddito e la protezione sociale, la situazione abitativa, l'inclusione sociale e l'accesso ai servizi sanitari. [2](#) Il divario tra i sistemi sanitari e socio-assistenziali evidenzia una carenza nella relazione tra strutture assistenziali e comunità, che non si verifica esclusivamente dopo la dimissione dai servizi assistenziali. [3](#)

Il Servizio Sanitario Nazionale (SSN) italiano è un sistema sanitario universale che garantisce la copertura per tutti i cittadini e le loro esigenze di salute. Questo servizio è stato fondato nel 1978 con l'approvazione della legge 833 e si basa su universalità, equità e solidarietà. [4](#) Sebbene descritto come un sistema efficiente, il SSN italiano presenta diverse carenze, alcune delle quali sono state esacerbate dalla pandemia di COVID-19. [5](#) Come in altri paesi, le persone socialmente vulnerabili in Italia incontrano difficoltà nell'accesso ai servizi sanitari, tranne in casi di emergenza. Le cure di emergenza sono spesso l'unico modo per le persone senza fissa dimora di ricevere assistenza sanitaria, poiché l'assistenza primaria è legata a un indirizzo di residenza e quindi non disponibile. Nel novembre 2024, il governo italiano ha introdotto una nuova legge che ha modificato l'accesso delle persone ai medici di base, che era legato all'iscrizione nei registri comunali, evitando l'esclusione delle persone senza fissa dimora dagli ambulatori (legge 833, articolo 19). [6](#) Questa legge, che ha un periodo di prova di 2 anni, mira a garantire progressivamente i diritti all'assistenza sanitaria per le persone che hanno difficoltà abitative, come le popolazioni senza fissa dimora. Inoltre, in previsione di future pandemie, questa legge è un'opportunità per monitorare le condizioni di salute delle popolazioni socialmente vulnerabili e consentire una tempestiva raccolta di dati. Affrontare l'esclusione delle persone senza fissa dimora dall'assistenza primaria è il primo passo per correggere le disparità sanitarie di migliaia di persone che vivono in condizioni difficili. Inoltre, questa legge è una conquista che dà a queste persone il diritto all'assistenza sanitaria, che è stato negato dal 1978.

[https://www.thelancet.com/journals/lanpub/article/PIIS2468-2667\(25\)00007-6/fulltext?dgcid=raven_jbs_aip_email](https://www.thelancet.com/journals/lanpub/article/PIIS2468-2667(25)00007-6/fulltext?dgcid=raven_jbs_aip_email)

Frena l'aspettativa di vita in Europa, rallenta anche in Italia

[Valeria Pini](#)

Secondo una ricerca pubblicata su The Lancet, si vive meno soprattutto per colpa degli stili di vita scorretti e del Covid-19. Per quanto riguarda il nostro paese, gli autori dello studio ritengono che il problema possa essere "associato a una riduzione della spesa in sanità pubblica e delle misure preventive". Fra i fattori di rischio obesità, ipertensione e colesterolo alto

L'aumento dell'aspettativa di vita ha rallentato in Europa a partire dal 2011, soprattutto per colpa degli stili di vita scorretti e ovviamente del Covid-19: la frenata più rilevante si è avuta in Inghilterra, ma anche l'Italia, un tempo ai primi posti in materia di longevità. Nel nostro paese si è registrato negli anni della pandemia uno dei cali più significativi, con una riduzione media annua di 0,36 anni.

Lo rivela lo studio pubblicato su ['The Lancet Public Health'](#) da un team internazionale guidato dall'Università dell'East Anglia nel Regno Unito. L'analisi ha preso in esame i dati del Global Burden of Disease 2021, la ricerca più ampia e completa per quantificare la perdita di salute, stilata dall'Institute of Health Metrics and Evaluation sulla base del lavoro di quasi 12.000 collaboratori in oltre 160 Paesi e territori.

Ciò significa, rilevano gli esperti, che se una volta speravamo di vivere più a lungo dei nostri genitori o nonni, oggi potremmo scoprire che stiamo morendo prima. Il team di ricercatori evidenzia come per prolungare gli anni della vecchiaia sia necessario dare priorità a stili di vita più sani fin dalla giovane età. Da qui l'invito ai governi a investire in coraggiose iniziative di salute pubblica. Infatti, dalla ricerca emerge che non c'è una frenata nell'aspettativa di vita solo in alcuni Paesi del Nord Europa, dove sono stati maggiori gli investimenti in sanità pubblica e prevenzione. Fra questi ci sono: Norvegia, Islanda, Svezia, Danimarca e Belgio

Lo studio

I ricercatori hanno confrontato in particolare i cambiamenti nell'aspettativa di vita, nelle cause di morte e nell'esposizione della popolazione ai fattori di rischio in tutta Europa tra il 1990 e il 2011, il 2011 e il 2019 e il 2021. "I progressi nella salute pubblica e nella medicina nel XX secolo hanno fatto sì che l'aspettativa di vita in Europa migliorasse anno dopo anno, ma non è più così", osserva il primo autore dello studio, Nick Steel dell'Università dell'East Anglia.

I dati dimostrano che l'aspettativa di vita in Europa è migliorata costantemente dal 1990 al 2011. Tuttavia, 14 Paesi hanno registrato netti cali tra il 2011 e il 2019. "Dal 1990 al 2011, la riduzione dei decessi per malattie cardiovascolari e tumori ha continuato a portare ad aumenti sostanziali dell'aspettativa di vita, ma decenni di miglioramenti costanti hanno infine rallentato intorno al 2011, con marcate differenze internazionali. Abbiamo scoperto che i decessi per malattie cardiovascolari sono stati il principale motore della riduzione dei miglioramenti dell'aspettativa di vita tra il 2011 e il 2019. Prevedibilmente, la pandemia di Covid è stata responsabile delle diminuzioni dell'aspettativa di vita osservate tra il 2019 e il 2021. Dopo il 2011 - continua l'esperto - i principali rischi come obesità, ipertensione e colesterolo alto sono aumentati o hanno smesso di migliorare in quasi tutti i Paesi. Migliori trattamenti per il colesterolo e la pressione sanguigna non sono stati sufficienti a compensare i danni causati dall'obesità e da diete povere".

In Italia si spende meno per la Sanità pubblica

I Paesi con la diminuzione più marcata della longevità sono Grecia, Inghilterra, Scozia, Italia, Irlanda del Nord, Portogallo, Galles, Francia, Austria, Paesi Bassi, Spagna, Germania, Lussemburgo e Finlandia. Per quanto riguarda il calo dell'Italia, in particolare, gli autori dello studio ritengono che possa essere "associato a una riduzione della spesa in sanità pubblica e misure preventive". Miglioramenti marginali si sono avuti invece in Irlanda, Norvegia, Islanda, Svezia e Danimarca, probabilmente per un mix di fattori tra cui politiche di sanità pubblica più incisive e maggiori investimenti nell'assistenza sanitaria.

Più longevi in Norvegia, Islanda, Svezia, Danimarca e Belgio

"Confrontando i Paesi - continua Steel - le politiche nazionali che hanno migliorato la salute della popolazione sono associate a una migliore resilienza agli shock futuri. Paesi come Norvegia, Islanda, Svezia, Danimarca e

Belgio hanno mantenuto una migliore aspettativa di vita dopo il 2011 e hanno visto una riduzione dei danni derivanti dai principali rischi per le malattie cardiache, aiutati dalle politiche governative".

Gli stili di vita restano un fattore di vita importante per prevenire molte malattie. L'alimentazione e l'esercizio fisico sono due strategie importanti per invecchiare in salute.

Secondo una ricerca, appena pubblicata su [Pubmed](#), il movimento è fondamentale per la longevità. Lo studio ha preso in esame 139 persone fra i 20 e i 93 anni. Fra loro c'erano persone attive e sedentarie. L'obiettivo era valutare gli effetti dell'invecchiamento e dell'esercizio fisico su composizione corporea e funzionalità muscolare. I risultati hanno rivelato che un settantenne in forma, che si muove e fa esercizio, può mostrare valori di massa grassa e massa magra pressoché equivalenti a quelli di un giovane 'pigro'.

https://www.repubblica.it/salute/2025/02/19/news/cala_aspettativa_vita_europa_italia_longe_vita-424013460/?ref=RHLM-BG-P20-S1-T1



Invecchiare in salute, l'Italia alla guida dello studio europeo

L'obiettivo del progetto è individuare i segnali biologici che portano a una senescenza accelerata e intervenire per rallentare questo processo

[Michela Moretti](#)

«Negli ultimi 50 anni, la nostra aspettativa di vita è aumentata enormemente, ma non la qualità degli anni finali», afferma Claudio Mauro, professore ordinario di Metabolismo e infiammazione all'Università di Birmingham e ideatore del consorzio europeo Union di cui è coordinatore per il Regno Unito. Union è un doctoral network internazionale, finanziato con 3,4 milioni di euro e 1,1 milioni di sterline attraverso il programma Marie Skłodowska-Curie Actions: riunisce esperti di fragilità, biologia dell'invecchiamento, immunometabolismo e cellule staminali che formeranno nei prossimi 4 anni 17 giovani dottorandi (13 in Eu e 4 in Uk) nell'ambito di progetti volti a identificare strategie per rallentare l'invecchiamento. Il problema, afferma Mauro, è che «se guardiamo i dati, gli ultimi 15-20 anni di vita sono spesso un disastro, sia per l'individuo che per il sistema sanitario».

«L'età è l'unico fattore di rischio che non si può modificare - ricorda Massimiliano Ruscica, professore associato di Patologia generale all'Università di Milano e coordinatore di Union per l'Eu - ma possiamo individuare i cosiddetti "red flag", quei segnali biologici che indicano che un organismo sta entrando in una fase di senescenza accelerata. Una volta individuato questo stato, possiamo intervenire per rallentare il processo».

Secondo Davide Vetrano, uno dei principal investigator di Union e professore associato in Geriatria ed epidemiologia dell'invecchiamento al Karolinska Institute di Stoccolma, il fulcro di questa sfida è la fragilità. «Il problema è la perdita progressiva di riserve fisiologiche e funzionali del nostro organismo, che porta a una condizione di fragilità, aumentando il rischio di malattie croniche. Comprendere i meccanismi che sottendono lo sviluppo della fragilità equivale a poter prevenire o ritardare la fragilità stessa».

I tre grandi assi della ricerca

Il progetto si sviluppa attraverso tre grandi assi di ricerca. Il primo si concentra sulla biologia molecolare dell'invecchiamento, analizzando cellule immunitarie e staminali per individuare i meccanismi che accelerano o rallentano il deterioramento dell'organismo. Il secondo riguarda le vescicole extracellulari, piccole particelle prodotte dalle cellule che trasportano segnali biologici, che potrebbero rivelarsi promettenti biomarcatori di

invecchiamento. Il terzo, infine, si focalizza su studi clinici e intelligenza artificiale, analizzando dati raccolti da pazienti anziani fragili e sperimentando strategie anti-aging.

Il sistema immunitario

Il sistema immunitario invecchia e diventa meno efficiente nel rispondere alle infezioni e nel rigenerare i tessuti, un fenomeno noto come immunosenescenza, fattore chiave nel declino generale dell'organismo. «Se riusciamo a mantenere giovane il sistema immunitario, possiamo cambiare radicalmente il modo in cui invecchiamo, perchè significa ridurre l'infiammazione cronica e prevenire molte delle malattie associate all'età - aggiunge Mauro -. Abbiamo dimostrato che alcuni metaboliti, come il lattato o alcuni acidi grassi, non sono semplici sottoprodotti del metabolismo, ma vere e proprie molecole di segnalazione che regolano la funzione delle cellule immunitarie e staminali». Vetrano guiderà due progetti specifici all'interno di Union, ciascuno con un dottorando dedicato. «Uno dei nostri obiettivi è comprendere il ruolo della multi-morbilità, ovvero la presenza di più malattie croniche contemporaneamente, nella progressione della fragilità fisica e cognitiva. Non tutte le combinazioni di malattie presentano gli stessi esiti avversi».

I biomarcatori

Il secondo progetto si concentra sui biomarcatori: «andremo a indagare i segnali biologici alla base di determinate combinazioni di malattie croniche – infiammazione, metabolismo, neurodegenerazione – per individuare potenziali target terapeutici». L'idea alla base si rifà alla geroscience hypothesis: «Gli stessi meccanismi che causano l'invecchiamento sono alla base delle malattie croniche. Se identifichiamo questi processi alla radice, potremmo rallentare l'invecchiamento e prevenire molte patologie legate all'età», spiega Vetrano.

Se la popolazione anziana è in crescita esponenziale, l'invecchiamento sano è destinato a diventare una priorità globale, e la ricerca italiana è molto attiva in quest'ambito. Basti pensare che nel progetto Union il 60% dei principal investigators sono italiani. Nel nostro Paese, oltre all'Università di Milano, sono molto attivi diversi gruppi di ricerca, tra cui spiccano l'Ospedale San Raffaele/Università Vita-Salute San Raffaele e l'Università del Salento.

https://www.ilsole24ore.com/art/invecchiare-salute-l-italia-guida-studio-europeo-AG5KQvyC?cmpid=nl_sanita24

The Resurgence Trust

Un manifesto per comunità compassionevoli

di [Julian Abel](#) e [Lindsay Clarke](#)

[Numero 307](#) Mar/Apr 2018 Una canzone per la primavera

Questo manifesto è un appello a tutte le persone. Riconoscendo la compassione come una qualità umana fondamentale presente in tutti noi, sia come potenziale che in vari stadi di realizzazione, è un appello alla creazione di più Comunità Compassionevoli.

Ci prendiamo cura dei nostri amici e familiari. Offriamo liberamente gentilezza e aiuto ai vicini e agli sconosciuti nei momenti difficili, e tale cura è la base dell'amicizia e della fiducia. Senza questa generosità di cuore, qualsiasi grado di società umana semplicemente non sarebbe possibile. Eppure, sempre più spesso, in tutto il mondo, vediamo società dominate da avidità, invidia, intolleranza,

violenza, repressione e paura. Tali sviluppi riflettono un fallimento della compassione e dell'alfabetizzazione emotiva, sia a livello individuale che nell'attività di gruppo organizzata e statale.

Questo manifesto è quindi un invito all'azione.

Pur invitando gli individui a sfidare e rifiutare ogni uso di violenza e aggressione, sia personale che pubblica, questo manifesto per comunità compassionevoli insiste sulla necessità di un movimento sociale che incarni forme di attività politica che incoraggino i valori fondamentali della compassione umana in tutti gli aspetti significativi della nostra vita: nell'istruzione, negli affari, nella sanità e nell'assistenza sociale, nella religione e nella politica a livello locale, nazionale e internazionale, e nella cura adeguata dell'ambiente naturale, che sostiene tutte le nostre vite.

Comunità compassionevole nella vita degli individui

Prendersi cura l'uno dell'altro è l'unica base sana della società umana. La gentilezza verso la nostra famiglia e i nostri amici, i nostri vicini e i membri della nostra comunità è la vera base per la qualità della vita, così come per la qualità della vita. Gli individui hanno una responsabilità verso le persone che li circondano e le Comunità compassionevoli ci invitano tutti a rispettare questa responsabilità. Ciò significa allontanarsi dalla violenza e dall'oppressione come soluzione ai problemi. Insiste sul fatto che le difficoltà devono essere risolte da un impegno al dialogo e alla cooperazione sostenuti dalla gentilezza umana.

Emozioni e desideri, siano essi fisici, sessuali o psicologici, esistono come realtà umana, ma atti di violenza e aggressione sono un fallimento della compassione e dell'alfabetizzazione emotiva, una qualità che deve essere coltivata dalla nascita alla morte in tutti noi. L'alfabetizzazione emotiva è un modo per rispettare la gamma spesso difficile delle emozioni umane senza essere alla loro mercé, ed è un elemento fondamentale nella vita di Compassionate Community. Prendendosi cura degli altri e trovando modi per esprimere le emozioni senza causare loro danni fisici, sessuali o psicologici, Compassionate Community rifiuta il razzismo, il sessismo e altre forme di repressione a livello individuale, celebrando al contempo la diversità di razza, genere, sessualità, politica e religione nella società più ampia.

Comunità compassionevole nell'istruzione

La vera istruzione va oltre l'acquisizione di conoscenze. Ha uno scopo morale e per questo motivo lo sviluppo della compassione deve essere incluso in tutti i programmi educativi. Ciò richiede un'istruzione nei valori dell'alfabetizzazione emotiva come modo maturo di gestire emozioni difficili evitando il danno che potrebbero altrimenti causare.

Le informazioni sono ora disponibili a tutti coloro che hanno accesso ai media elettronici, quindi la capacità di richiamare grandi quantità di conoscenze memorizzate non è più necessaria per formare società armoniose. Ciò che dobbiamo imparare è l'abilità nell'accedere a queste informazioni e la comprensione di come usarle saggiamente. La compassione è un atto di immaginazione simpatica, quindi l'uso creativo dell'immaginazione è un'abilità etica che i nostri figli devono acquisire se vogliono mostrare la giusta cura per gli altri, per le loro comunità e, infine, per i loro figli, mentre sviluppano sensibilità per l'ambiente naturale, che sostiene le loro vite.

Comunità compassionevole nelle aziende e nei media

Il profitto è un prerequisito per l'esistenza delle aziende. Tuttavia, la responsabilità delle aziende compassionevoli non è solo quella di generare profitto. Le aziende devono prendersi cura dei propri dipendenti. Devono garantire che le loro attività lascino il mondo in uno stato migliore per i nostri figli e i figli dei nostri figli. Ciò significa garantire che i metodi aziendali non danneggino la salute e il

benessere delle persone o l'ambiente naturale. Le comunità compassionevoli invitano tutte le aziende ad adottare e promuovere attività compassionevoli, tra cui le seguenti:

- Politiche compassionevoli sul posto di lavoro che garantiscano un'adeguata cura del benessere e del morale dei dipendenti, incluso il supporto in momenti di stress, cattiva salute e perdita.
- Tutela dell'ambiente per garantire che le attività aziendali sostengano il miglioramento dell'ambiente e agiscano in modo responsabile per evitare o riparare qualsiasi danno ambientale.
- Rifiuto della corruzione. La corruzione è la persuasione usata in assenza di compassione, indipendentemente dal suo impatto sugli altri. È una manifestazione di avidità sia nella persona che dà la tangente sia nella persona che la riceve. È un fallimento della compassione e dell'alfabetizzazione emotiva.

Per definizione, prodotti come quelli dell'industria bellica che causano danni agli esseri umani e all'ambiente non possono trovare posto nel mondo della Comunità Compassionevole.

Le comunità compassionevoli invitano tutti i mezzi di comunicazione di massa a promuovere i valori umani di equità, compassione e cura e ad astenersi dalla propagazione dello sfruttamento, del razzismo e dell'oppressione.

Pur riconoscendo che l'accumulo di ricchezza e potere è parte integrante della società umana, le Comunità Compassionevoli invitano tutti coloro che hanno accumulato tali vantaggi a utilizzare i propri beni e risorse per il bene presente e futuro del mondo che li circonda.

Comunità compassionevole nella religione

L'espressione spirituale è parte dell'evoluzione culturale umana. Le Comunità compassionevoli invitano tutte le religioni a rispettare la diversità di credo e ad abbracciare la compassione e la gentilezza come valori umani fondamentali che trascendono le differenze di credo e pratica. Senza questi valori la religione non è di alcun vero aiuto, né per gli individui né per le società. La Comunità compassionevole invita tutte le religioni a rifiutare la violenza di qualsiasi tipo e a cessare di costringere gli altri ad adottare e accettare le proprie credenze. Al posto di tale pratica aggressiva, insiste sulla tolleranza e il rispetto per la diversità come valori morali e spirituali fondamentali.

Comunità compassionevole in politica

La politica condotta senza compassione causa danni. La Comunità compassionevole invita tutte le attività politiche, dai livelli individuali a quelli nazionali e internazionali, a rifiutare ogni forma di violenza e oppressione. Invita gli individui a sfidare i governi ad adottare politiche compassionevoli e a promuovere una legislazione che migliori il benessere per tutti, indipendentemente da razza, diversità culturale, credo religioso o genere. I confini nazionali devono essere rispettati, ma non come fine a se stessi. Una Nazione compassionevole dà priorità alla qualità della vita dei suoi cittadini rispetto all'acquisizione da parte dello Stato di influenza, potere o ricchezza.

La politica compassionevole

- Rifiutare ogni tipo di violenza e oppressione.
- Tutela dei diritti e del benessere degli individui.
- Rifiutare la corruzione e l'avidità come mezzi e moventi accettabili per l'azione.

Poiché produttività, crescita e profitto da soli non sono sufficienti a garantire il benessere generale, un governo compassionevole emanerà leggi per consentire e promuovere la creazione di comunità compassionevoli nei quartieri, nei luoghi di lavoro e nelle istituzioni educative.

Abbraccerà le risorse rinnovabili come mezzo primario di produzione energetica.

Si prenderà cura dell'ambiente e del benessere più generale delle generazioni future.

Comunità compassionevole nella salute e nel benessere

L'assistenza sanitaria è fornita esclusivamente per il beneficio degli esseri umani e non a scopo di lucro. L'industria farmaceutica ha la responsabilità di garantire che i suoi prodotti non causino danni e non siano venduti solo per il profitto. La salute non riguarda solo il benessere. Riguarda anche la necessità di vivere in società compassionevoli. Per citare la Compassionate City Charter del professor Allan Kellehear,

"Le persone che vivono con una malattia cronica, una malattia pericolosa per la vita o che limita la vita, i loro assistenti e gli afflitti sono gruppi sociali segmentati, costretti a sperimentare stili di vita che sono comunemente nascosti socialmente e privati dei diritti dalla società più ampia. Al di fuori dei servizi sanitari che si occupano specificamente dei loro problemi immediati, queste popolazioni soffrono di una serie di altri problemi che sono separati ma collegati alle loro condizioni di salute o circostanze sociali: solitudine, isolamento, perdita del lavoro, stigma, depressione, ansia e paura e persino suicidio. Queste popolazioni soffrono anche di una serie di altri problemi di salute debilitanti spesso causati dai loro problemi sociali e psicologici: insonnia, aritmie cardiache, stanchezza cronica e mal di testa, ipertensione e disturbi gastrici e intestinali.

"Le città compassionevoli sono comunità che riconoscono pubblicamente queste popolazioni, e queste esigenze e problemi, e cercano di arruolare tutti i principali settori di una comunità per aiutarli a sostenere e ridurre l'impatto sociale, psicologico e medico negativo di gravi malattie, assistenza e lutto. Una città compassionevole è una comunità che riconosce che prendersi cura l'uno dell'altro in momenti di crisi sanitaria e perdita personale non è semplicemente un compito riservato esclusivamente ai servizi sanitari e sociali, ma è responsabilità di tutti".

Poiché queste esperienze faranno parte di tutte le nostre vite, supportare coloro che soffrono di cattiva salute e coloro che si prendono cura di loro è responsabilità di tutti. Una società compassionevole riconosce apertamente questo fatto sociale e cerca di supportare le persone in tempi difficili fornendo un'assistenza sociale adeguata. Tuttavia, ricevere supporto comporta una responsabilità. Che siano ricchi o poveri, gli individui in una società compassionevole hanno l'impegno di migliorare la qualità della vita di coloro che li circondano e di prendersi cura dell'ambiente in cui vivono.

Comunità compassionevole e ambiente

Il degrado ambientale è la nostra più grande minaccia. Il pericolo deriva dall'uso di combustibili fossili o altre fonti di energia che causano danni ambientali e dallo sfruttamento eccessivo delle risorse naturali, sia ora che in futuro. Le comunità compassionevoli si impegnano a utilizzare le energie rinnovabili come fonte primaria di tutta la produzione energetica. Evitare l'inquinamento e altre forme di danno che causano danni alla diversità ecologica è responsabilità di tutti gli individui, le aziende e gli stati. Tale responsabilità include la preoccupazione attiva per il benessere degli animali. Come gli esseri umani, altri animali provano emozioni e cercano la felicità. Abbiamo la responsabilità di vivere in armonia con la vita del nostro pianeta e delle sue specie, assicurandoci di trasmetterla ai nostri figli in uno stato migliore di come l'abbiamo trovata.

Un appello generale ad un'azione positiva alla luce di queste preoccupazioni

- Sensibilizzazione attraverso l'uso dei social media per diffondere il manifesto delle Comunità Compassionevoli a livello locale, regionale, nazionale e internazionale.
- Sfidare i dogmi e le pratiche politiche e aziendali esistenti chiedendosi in che modo le loro politiche e attività siano vantaggiose per tutti, ora e in futuro.
- Formazione di un partito politico delle Comunità Compassionevoli per accelerare i cambiamenti necessari e progettare politiche per la loro attuazione.
- Fare pressione sul governo affinché adotti il manifesto della Comunità compassionevole.

Questa esclusiva web accompagna l'articolo [La compassione è la migliore medicina](#) , di Julian Abel e Lindsay Clarke, pubblicato nel numero 307 della rivista Resurgence & Ecologist.

Julian Abel è un consulente in cure palliative. Lindsay Clarke è una scrittrice freelance.

<https://www.resurgence.org/magazine/article5069-a-manifesto-for-compassionate-communities.html>



La città che ha trovato una potente cura per la malattia – comunità

[Giorgio Monbiot](#)

Frome nel Somerset ha visto un drastico calo dei ricoveri ospedalieri d'urgenza da quando ha avviato un progetto collettivo per combattere l'isolamento. Ci sono lezioni per il resto del paese. Potrebbe, se i risultati reggono, essere una delle più drammatiche scoperte mediche degli ultimi decenni. Potrebbe trasformare i regimi di trattamento, salvare vite e far risparmiare una fortuna ai servizi sanitari. È un farmaco? Un dispositivo? Una procedura chirurgica? No, è un intervento nuovo di zecca chiamato comunità. Questa settimana i risultati di una sperimentazione nella città di Frome nel Somerset sono pubblicati informalmente sulla rivista [Resurgence & Ecologist](#). (Un articolo scientifico è stato inviato a una rivista medica ed è in attesa di revisione paritaria). Dovremmo essere cauti nell'accettare i dati prima che vengano pubblicati sulla stampa accademica e dobbiamo sempre evitare di trattare la correlazione come causalità.

Ma questo non dovrebbe impedirci di provare un brivido di eccitazione per le implicazioni, se i numeri si riveleranno robusti e l'esperimento potesse essere replicato.

Ciò che questi dati provvisori sembrano mostrare è che quando le persone isolate con problemi di salute sono supportate da gruppi comunitari e volontari, il numero di ricoveri d'urgenza in ospedale cala in modo spettacolare. Mentre in tutto il Somerset i ricoveri d'urgenza in ospedale sono aumentati del 29% durante i tre anni dello studio, a Frome sono diminuiti del 17%. Julian Abel, medico consulente in cure palliative e autore principale della bozza del documento, osserva: "Nessun altro intervento registrato ha ridotto i ricoveri d'urgenza in una popolazione".

Frome è un posto straordinario, gestito da un consiglio comunale indipendente [famoso per la sua innovazione democratica](#). C'è un fermento di socialità, un senso di scopo comune e un'atmosfera creativa ed eccitante che lo rendono molto diverso da molte città di mercato inglesi e, per quel che conta, molto diverso dal posto abbottonato e triste che ho trovato quando l'ho visitato per la prima volta, 30 anni fa.

Il [progetto Compassionate Frome](#) è stato lanciato nel 2013 da Helen Kingston, una GP del posto. Continuava a incontrare pazienti che sembravano sconfitti dalla medicalizzazione delle loro vite:

trattati come se fossero un insieme di sintomi piuttosto che un essere umano che aveva problemi di salute. Il personale del suo studio era stressato e abbattuto da quello che lei chiama "silo working". Quindi, con l'aiuto del gruppo NHS [Health Connections Mendip](#) e del consiglio comunale, il suo studio ha creato un elenco di agenzie e gruppi comunitari. Questo ha permesso loro di vedere dove c'erano le lacune, che poi hanno colmato con nuovi gruppi per persone con condizioni particolari. Hanno impiegato "health connector" per aiutare le persone a pianificare le loro cure e, cosa più interessante, hanno formato "community connector" volontari per aiutare i loro pazienti a trovare il supporto di cui avevano bisogno.

A volte questo significava gestire debiti o problemi di alloggio, a volte unirsi a cori o circoli di pranzo o gruppi di allenamento o laboratori di scrittura o [capannoni per uomini](#) (dove gli uomini creano e riparano cose insieme). Il punto era rompere un circolo vizioso di miseria: la malattia riduce la capacità delle persone di socializzare, il che a sua volta porta all'isolamento e alla solitudine, che poi esacerbano la malattia.

Questo ciclo è spiegato da una scienza affascinante, riassunta in [un recente articolo sulla rivista Neuropsychopharmacology](#). Le sostanze chimiche chiamate citochine, che funzionano come messaggeri nel sistema immunitario e causano infiammazione, cambiano anche il nostro comportamento, incoraggiandoci a ritrarci dal contatto sociale generale. Questo, sostiene l'articolo, è dovuto al fatto che la malattia, durante i periodi più pericolosi in cui si è evoluta la nostra specie ancestrale, ci ha reso vulnerabili agli attacchi. Ora si ritiene che l'infiammazione contribuisca alla depressione. Le persone depresse tendono ad avere livelli di citochine più elevati.

Ma, mentre ci separa dalla società nel suo complesso, l'infiammazione ci spinge anche ad avvicinarci di più a coloro che amiamo. Il che va bene, a meno che, come troppe persone [in quest'epoca di solitudine](#), non abbiate una persona del genere. Uno studio suggerisce che il numero di americani che affermano di non avere un confidente [è quasi triplicato in due decenni](#). A loro volta, continua il documento, le persone senza forti legami sociali o che soffrono di stress sociale (come rifiuto e relazioni interrotte), sono più inclini all'infiammazione. Nel passato evolutivo, l'isolamento sociale ci ha esposto a un rischio maggiore di predazione e malattia. Quindi il sistema immunitario sembra essersi evoluto per ascoltare l'ambiente sociale, aumentando l'infiammazione quando ci isoliamo, nella speranza di proteggerci da ferite e malattie. In altre parole, l'isolamento causa infiammazione e l'infiammazione può causare ulteriore isolamento e depressione.

Per quanto notevoli possano sembrare i risultati iniziali di Frome, non dovrebbero sorprendere. Un famoso articolo [pubblicato su PLOS Medicine nel 2010](#) ha esaminato 148 studi, che hanno coinvolto 300.000 persone, e ha scoperto che coloro che avevano forti relazioni sociali avevano il 50% in meno di probabilità di morire nel periodo medio di studio (7,5 anni) rispetto a coloro che avevano relazioni deboli. "L'entità di questo effetto", riporta l'articolo, "è paragonabile a quella dello smettere di fumare". Un celebre [studio del 1945](#) ha dimostrato che i bambini negli orfanotrofi morivano per mancanza di contatto umano. Ora sappiamo che la stessa cosa può valere per tutti noi.

Decine di articoli successivi rafforzano queste conclusioni. Ad esempio, i pazienti HIV con un forte sostegno sociale hanno [livelli di virus più bassi](#) rispetto a quelli senza. Le donne hanno maggiori possibilità di [sopravvivere al cancro del colon-retto](#) se hanno forti legami. I bambini piccoli che sono socialmente isolati [sembrano più inclini a soffrire](#) di coronaropatia e diabete di tipo 2 in età adulta. Ancora più sorprendentemente, i pazienti più anziani con una o due malattie croniche non hanno [tassi di mortalità più elevati](#) rispetto a quelli che non soffrono di malattie croniche, a patto che abbiano alti livelli di sostegno sociale.

In altre parole, le prove suggeriscono fortemente che il contatto sociale dovrebbe essere su prescrizione medica, come a Frome. Ma qui, e in altri paesi, i servizi sanitari sono stati lenti ad agire su tali risultati. Nel Regno Unito abbiamo un [ministro per la solitudine](#) e l'isolamento sociale è

una "[priorità sanitaria](#)" ufficiale . Ma l'effetto silos, i tagli al bilancio e un'atmosfera di paura e di ridimensionamento assicurano che sia stato fatto ben poco.

Helen Kingston riferisce che i pazienti che una volta chiedevano "Cosa farai per il mio problema?" ora le dicono "Ecco cosa sto pensando di fare dopo". In altre parole, non sono più un insieme di sintomi, ma persone con capacità di azione. Questo potrebbe portare, come suggeriscono i risultati preliminari, a un minor numero di ricoveri d'urgenza e a grandi risparmi per il bilancio sanitario. Ma anche se non fosse così, i benefici sono evidenti.

George Monbiot è un editorialista del Guardian

<https://www.theguardian.com/commentisfree/2018/feb/21/town-cure-illness-community-frome-somerset-isolation>



Il nostro modello

Avviato nel 2013, Health Connections Mendip ha lavorato in modo innovativo, dinamico e organico per creare un modello basato sulla fiducia e sul fare ciò che è giusto per/con le persone e la comunità. Cerchiamo opportunità e lavoriamo insieme alle persone per far luce sulle cose che le persone desiderano di più e vogliono condividere; e per aiutare a trarre energia e creatività in aree in cui le persone vogliono essere coinvolte nel trovare le proprie soluzioni a cose che sono importanti per loro. Essendo la colla e aiutando a creare connessioni, abbiamo mostrato l'impatto di un modello can-do basato su fiducia, gentilezza, creatività e connessioni.

Abbiamo visitatori da tutto il mondo con cui condividiamo il nostro modello. Abbiamo decine di articoli di stampa, notizie su radio e TV e documentari. A volte la stampa ha definito il nostro lavoro Compassionate Frome, noi ci chiamiamo Health Connections Mendip e per il lavoro Frome, The Frome Model o Frome Model of Enhanced Primary Care. Lavoriamo in tutta Mendip, non solo a Frome. Se vuoi saperne di più, contattaci e guarda i link qui sotto alle nostre conferenze.

<https://healthconnectionsmendip.org/our-model/>

Indagine OCSE sulle Cronicità: in Italia diseguaglianze di genere e di reddito

L'indagine ha raccolto dati da circa 107.000 pazienti di età pari o superiore a 45 anni e da 1.800 studi di medicina generale in 19 Paesi. L'Italia dimostra prestazioni eccellenti nell'assistenza ai pazienti, ma deve affrontare anche problemi di alfabetizzazione sanitaria digitale

Redazione

Secondo i risultati della prima indagine internazionale dell'OCSE sui pazienti con patologie croniche, la [Patient-Reported Indicator Surveys \(PaRIS\)](#), è urgente adattare i sistemi sanitari per soddisfare al meglio le esigenze del crescente numero di persone affette da patologie croniche.

L'indagine ha raccolto dati da circa 107.000 pazienti di età pari o superiore a 45 anni e da 1.800 studi di medicina generale in 19 Paesi. L'obiettivo è far luce sui risultati e sulle esperienze in materia di salute delle persone affette da patologie croniche, come ipertensione, artrite, diabete, malattie cardiache o cancro, gestite in contesti di assistenza sanitaria primaria.

L'82% degli utenti che hanno preso parte al progetto PaRIS soffre di almeno una patologia cronica, il 52% di almeno due patologie e il 27% di tre o più patologie. La maggior parte delle persone segnala esperienze di cura positive e risultati sanitari migliori, rispetto alla media OCSE, in Svizzera e negli Stati Uniti, concentrandosi sulla popolazione di età pari o superiore a 65 anni in Medicare. Anche in Australia, Repubblica Ceca, Francia e Norvegia, la maggior parte delle persone segnala esperienze e risultati di cura positivi. I paesi con punteggi inferiori alla media su più della metà degli indicatori sono Grecia, Islanda, Portogallo, Romania e Galles (Regno Unito).

“Le persone che vivono con patologie croniche segnalano una migliore salute fisica, mentale e benessere quando ricevono assistenza sanitaria incentrata sulle loro esigenze – ha affermato il Segretario generale dell'OCSE, **Mathias Cormann** -. PaRIS mostra anche che, mentre i paesi che spendono di più per la salute tendono a ottenere risultati sanitari migliori, è possibile ottenere ottime prestazioni anche con livelli inferiori di spesa sanitaria”.

PaRIS rileva che quattro pazienti su dieci non si sentono sicuri nella gestione della propria salute; inoltre, quattro su dieci non si fidano del loro sistema sanitario. Per garantire una salute migliore, l'assistenza sanitaria deve dedicare più tempo ai pazienti. Il 64% delle persone che dichiarano che il loro medico di base trascorre abbastanza tempo con loro si fidano del sistema sanitario, rispetto al 34% delle persone che affermano che il loro medico di base non trascorre abbastanza tempo con loro. L'assistenza sanitaria deve anche essere meglio adattata alle esigenze delle persone. Solo un quarto dei pazienti dichiara di avere un piano di assistenza preparato per loro dal loro medico.

Secondo il rapporto, l'assistenza sanitaria deve essere “senza problemi” e affidabile.

Il 45% delle persone che hanno vissuto un episodio negativo nel sistema sanitario che avrebbe potuto potenzialmente causare loro danni, come non ottenere un appuntamento quando necessario o ricevere una diagnosi o un trattamento sbagliato o tardivo, ha fiducia nel proprio sistema sanitario, rispetto al 70% delle persone che non hanno vissuto un episodio negativo del genere.

Ci sono grandi divari di genere nelle esperienze e nei risultati dei pazienti. Tra tutte le persone con patologie croniche, il 74% degli uomini è in buona salute fisica rispetto al 65% delle donne e l'86% degli uomini è in buona salute mentale rispetto all'81% delle donne. Ciò conferma il paradosso genere-salute: le donne tendono a vivere più a lungo degli uomini, ma riportano risultati peggiori in termini di salute. Le donne riportano anche di avere meno fiducia nell'assistenza sanitaria e hanno meno probabilità di sperimentare una buona qualità di cura.

La tecnologia digitale non viene sfruttata appieno nel suo potenziale nell'assistenza sanitaria.

Solo il 7% dei pazienti con patologie croniche dichiara di aver utilizzato una video-consulenza nell'assistenza primaria e il 17% dichiara di aver avuto accesso alla propria cartella clinica di assistenza primaria online.

Inoltre, solo il 43% dei pazienti con un basso livello di istruzione concorda sul fatto che il sito web del proprio medico di base sia facile da usare.

I dati sull'Italia

Il [Focus sul nostro Paese](#) sottolinea come più di sette persone su dieci (72%) che vivono con condizioni croniche in Italia riferiscono buone esperienze di coordinamento delle cure, 11 punti percentuali in più rispetto alla media OCSE PaRIS (59%).

Due terzi (66%) delle persone con patologie croniche in Italia riferiscono una salute fisica favorevole, 4 punti percentuali in meno rispetto alla media OCSE PaRIS (70%). La salute fisica si riferisce alla funzione fisica, al dolore e alla fatica.

Quasi due terzi (62%) delle persone con patologie croniche in Italia riferiscono un buon benessere, rispetto al 71% della media OCSE PaRIS. Il benessere misura quanto una persona si senta positiva in termini di umore, vitalità e realizzazione.

Meno di un quarto delle persone (23%) con due o più patologie croniche in Italia è gestito in studi di assistenza primaria che offrono follow-up e consultazioni regolari di oltre 15 minuti, 23 punti percentuali in meno rispetto alla media OCSE PaRIS (46%).

Più di tre persone su quattro (76%) con tre o più patologie croniche in Italia riferiscono che i loro farmaci sono stati rivisti da un operatore sanitario negli ultimi 12 mesi, in misura paragonabile alla media OCSE PaRIS (75%). Oltre tre persone su quattro (76%) affette da patologie croniche in Italia riportano un punteggio di salute mentale superiore a 40, la soglia che indica una buona salute mentale, un valore inferiore di 7 punti percentuali rispetto alla media OCSE PaRIS (83%). La salute mentale è misurata in termini di qualità della vita, disagio emotivo e salute sociale.

Quasi quattro persone su cinque (78%) con patologie croniche in Italia riferiscono un sostegno sociale buono, molto buono o eccellente, che misura la capacità di svolgere le attività e i ruoli sociali abituali. Questo dato è inferiore di 5 punti percentuali rispetto alla media OCSE PaRIS (83%).

In Italia, il 24% dei pazienti affetti da patologie croniche si sente molto fiducioso o fiducioso nella gestione della propria salute, rispetto a coloro che sono poco o per nulla fiduciosi. Questo dato è inferiore di 35 punti percentuali rispetto alla media OCSE PaRIS del 59% (range: 24-92%). Tuttavia, se il confronto viene fatto raggruppando le persone che sono molto fiduciose, fiduciose o un po' fiduciose nella gestione della propria salute rispetto a quelle che non lo sono affatto, il divario tra l'Italia e la media OCSE PaRIS è molto più ridotto (89% in Italia e 95% nella media OCSE PaRIS).

Solo il 5% delle persone affette da patologie croniche si dichiara fiducioso nell'utilizzo di informazioni sanitarie provenienti da Internet per prendere decisioni in materia di salute, una percentuale inferiore alla media OCSE PaRIS (19%).

Solo il 13% delle persone con patologie croniche è gestito in studi medici in grado di scambiare elettronicamente le cartelle cliniche, un dato inferiore di oltre 40 punti percentuali rispetto alla media OCSE PaRIS (rispettivamente 56% e 57%).

In Italia, la maggior parte delle persone con patologie croniche riferisce risultati positivi in termini di salute e di esperienze con l'assistenza primaria. Sebbene siano relativamente poche le persone con patologie croniche che si sentono sicure di gestire la propria salute, è incoraggiante il fatto che il 67% riferisca di aver ricevuto un supporto sufficiente per farlo. Questa discrepanza può essere in parte spiegata dalla percentuale relativamente più alta di pazienti con condizioni croniche più gravi nel campione italiano, che richiedono una gestione più complessa. Questa valutazione si basa sulle 10 misure chiave di outcome riportate dai pazienti (PROM) – salute fisica, salute mentale, funzionamento sociale, benessere e salute generale e sulle misure di esperienza riportate dai pazienti (PREM) – fiducia nell'autogestione, esperienza di coordinamento delle cure, esperienza di cure centrate sulla persona, esperienza di qualità delle cure e fiducia nel sistema sanitario.

Assistenza incentrata sulle persone: L'Italia dimostra prestazioni eccellenti nell'assistenza ai pazienti, ma deve affrontare problemi di alfabetizzazione sanitaria digitale

L'assistenza centrata sulle persone e i sistemi sanitari che rispondono ai bisogni delle persone sono un indicatore importante delle prestazioni dei sistemi sanitari e delle pratiche di assistenza primaria. I dati PaRIS dimostrano che un approccio incentrato sulle persone, che dia priorità a un forte coinvolgimento dei pazienti

e a un efficace coordinamento delle cure, è associato a migliori risultati di salute e a esperienze dei pazienti. Questo approccio è particolarmente vantaggioso nella gestione delle patologie croniche, in quanto consente ai pazienti di partecipare attivamente alle decisioni sulla propria salute.

Su diversi indicatori dell'assistenza centrata sulle persone, l'Italia mostra una performance mista:

- Due terzi (circa il 67%) delle persone con patologie croniche in Italia ricevono un supporto sufficiente per gestire la propria salute, 4 punti percentuali in più rispetto alla media OCSE PaRIS.

- Solo il 5% delle persone con patologie croniche dichiara di avere fiducia nell'utilizzo di informazioni sanitarie provenienti da Internet per prendere decisioni sulla salute, un dato inferiore alla media OCSE PaRIS (19%).

- Solo l'11% delle persone con patologie croniche è gestito in studi di assistenza primaria che dichiarano di essere ben preparati a coordinare le cure, oltre 40 punti percentuali al di sotto della media OCSE PaRIS (56%).

- Una piccola percentuale, il 13%, di persone con patologie croniche è gestita in ambulatori in grado di scambiare elettronicamente le cartelle cliniche, oltre 40 punti percentuali in meno rispetto alla media OCSE PaRIS (57%).

Questi risultati evidenziano i punti di forza dell'Italia nel fornire supporto ai pazienti affetti da patologie croniche, ma indicano sfide significative nell'alfabetizzazione sanitaria digitale, nel coordinamento delle cure e nell'adozione della cartella clinica elettronica nelle strutture di assistenza primaria.

Affrontare le disuguaglianze di genere e di reddito è un'area di miglioramento in Italia

Tra le persone affette da patologie croniche, in Italia si riscontrano differenze di genere per quanto riguarda il benessere e la fiducia nei sistemi sanitari; entrambi gli indicatori sono più bassi per le donne.

- In Italia, il punteggio medio di benessere degli uomini (60) è di 18 punti superiore a quello delle donne (51). Questo divario di genere è più ampio rispetto alla media OCSE PaRIS; il punteggio medio di benessere degli uomini (63) è di 8 punti superiore a quello delle donne (58). Il punteggio medio delle donne in Italia è appena al di sopra della soglia che indica un buon benessere. Ciò implica che una quota importante di donne con patologie croniche in Italia riferisce un benessere scarso. I livelli più bassi in entrambe le categorie possono essere in parte attribuiti ai pazienti relativamente più malati del campione italiano.

- Un divario di genere simile si riscontra in termini di fiducia nel sistema sanitario. Mentre circa il 67% degli uomini affetti da patologie croniche in Italia dichiara di avere fiducia nel sistema sanitario, solo il 58% delle donne lo fa. Si tratta di una differenza di 10 punti percentuali, paragonabile alla media OCSE PaRIS (67% per gli uomini e 58% per le donne).

<https://www.sanitainformazione.it/sanita/indagine-ocse-sulle-cronicita-in-italia-diseguaglianze-di-genere-e-di-reddito/>

L'indagine

Giovani più chiusi, soli e preoccupati per crisi e lavoro

Ricerca di Noto Sondaggi: malessere diffuso secondo l'81% degli under 25. Il 93% senza interesse per la politica, l'80% per il volontariato

Casadei, Mazzei, Uccello

Isolati e in fuga, così i giovani abbandonano società e politica

Noto Sondaggi. L'81% degli under 25: il malessere è una condizione diffusa. Il 70% si è sentito depresso negli ultimi 12 mesi. Pesa anche l'incognita lavoro

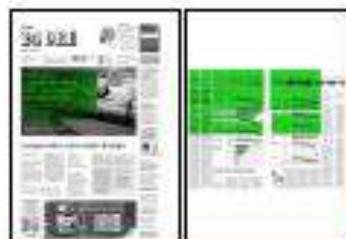
**Marta Casadei
Serena Uccello**

Una generazione che preferisce la dimensione personale a quella pubblica, angosciata da crisi economica, lavoro, emergenza climatica. È il quadro chiaro che un sondaggio realizzato per il Sole 24 Ore del Lunedì da Noto Sondaggi - tratteggia sul mondo giovanile.

L'obiettivo della rilevazione è provare a oggettivizzare il tema del malessere e dell'isolamento e le risposte forniscono una mappa complessa, in cui non mancano contraddizioni. Un

dato, tuttavia, è cristallino: la disaffezione dalla politica. Il 93% degli intervistati ha infatti dichiarato di non essere impegnato in politica; il 72% se domani ci fossero le elezioni non andrebbe a votare; l'80% nega l'impegno nel volontariato. Il rifiuto di un maggiore coinvolgimento potrebbe essere legato alla preoccupazione che il campione - 1.000 persone tra i 16 e i 24 anni: giovani in formazione, alla prima esperienza professionale o Net-Gen - ha verso due fattori in grado di influenzare in modo diretto il proprio futuro: la crisi economica, timore per quasi uno su due (49%), e il lavoro

(47%). Ambiti che, al livello di preoccupazione, staccano di netto altre emergenze al centro dell'agenda politica (sicurezza, immigrazione, guerra) ma non impattanti sulla sfera personale.



La centralità della dimensione individuale emerge anche dal sentimento di esclusione sociale diffuso: un giovane su cinque si sente tagliato fuori dalla società; il 58% oscilla tra inclusione ed esclusione. La relazione tra giovani e politica «è sempre stata critica - spiega Andrea Pini, professore ordinario di Sociologia dei fenomeni politici a Genova -, soprattutto nel nuovo millennio. Il bassissimo impegno in politica non sorprende: varrebbe la pena di chiedersi quanti non giovani si ritengono impegnati in politica. Se con questa espressione intendiamo, tradizionalmente, l'impegno in prima persona in un partito politico, probabilmente la percentuale dichiarata dagli intervistati (7%) risulterebbe più alta della percentuale del resto della popolazione. Si ritiene che la componente giovanile non sia più l'anomalia rispetto al resto della popolazione ma quella che - forse - esprime, con maggiore forza rispetto al secolo scorso, una tendenza trasversale». Dunque, le condizioni attuali sono quelle di una crisi generazionale? «In passato - prosegue Pini - i giovani ponevano un distacco specifico nei confronti della politica che andava successivamente e progressivamente colmando attraversando le "voglie" dell'adulità (completamento del percorso di studio, inserimento lavorativo e conseguente autonomizzazione dalla famiglia di origine e costruzione di un nuovo nucleo familiare). Oggi, i giovani pongono un distacco che risulta trasversale a tali soglie (anch'esse diventate incerte) e che risulta molto affine al disinteresse per la politica da

parte delle cosiddette generazioni adulte». Ecco allora che il dato sulla famiglia occupazionale ed economica si ricollega al rifiuto della poise quindi al ripiegamento sofferente. Perché ciò che viene sicuramente denunciato è il malessere psichico che ritiene sia una condizione diffusa. La maggioranza dei giovani (70%) ha inoltre ammesso di essersi sentito depresso o senza speranza negli ultimi 12 mesi, con un giovane su cinque che riferisce di essersi trovato in questa condizione quasi tutti i giorni, mentre uno su due lo è stato a fasi alterne, rivelando un'oscillazione che di per sé non sembra alludere a una dimensione patologica. La quota restante (30%), invece, ha affermato di essersi sentito così molto raramente (23%) o addirittura mai (7%).

La famiglia, in un certo senso, si salva: il 54% ha dichiarato di non aver perso interesse in questa sfera. La casa dunque non sembrerebbe un luogo da cui fuggire ma quello in cui rifugiarsi. La perdita di interesse, invece, è concentrata, per oltre una persona su due, nei confronti della vita sociale e di relazione (55%) e dei rapporti scolastici e lavorativi (53%) «I dati di questo sondaggio, inclusi quelli sulla partecipazione sociale, sono preoccupanti - dice Giovanni Iannantuoni, rettrice di Milano Bicocca e presidente della Conferenza dei rettori delle università italiane (Cru) -, perché mettono in evidenza come i giovani non si sentano al centro dell'attenzione di noi decisori. Il nostro ruolo deve essere quello di creare spazi di aggregazione e dialogare ancora meglio con le

scuole superiori e le famiglie. Il mondo universitario - anche sfruttando i finanziamenti pubblici: nel 2024 sono stati stanziati 59 milioni per il benessere psicologico, tra fondi ordinari Mir, Pro-ben 2024 e finanziamento del Pmi Afam - sta cercando di offrire strumenti di assistenza per il benessere psicologico "tamponare" la crisi attuale: «Abbiamo aumentato, anche attingendo a fondi nostri, gli sportelli psicologici e i servizi di counseling - dice Iannantuoni - ma dobbiamo indagare dove inizia il percorso di isolamento», visto che il 49% degli intervistati ha dichiarato di sentirsi isolato "ogni giorno" e il 45% "a fasi alterne, periodi sì e periodo no".

La maggior parte degli intervistati, peraltro, non si è mai rivolta a uno psicologo e non pensa di averne bisogno (42%) o, se anche ha sentito la necessità, non l'ha fatto (40%).

La responsabilità dell'isolamento non è attribuibile alla tecnologia: il sondaggio sfata l'immagine di una generazione iperconnessa visto che solo il 17% trascorre l'isolamento sui social. Una percentuale più bassa rispetto a chi guarda la tv (25%), ascolta musica (23%) e gioca alla playstation (20%). Il 14%, poi, studia o legge. I social media sono però una fonte di informazione con il peso relativo più importante (32%). Anche se nel complesso, il 55% però sceglie la tv o i giornali online o la carta stampata. «Il primo obiettivo dell'università è la formazione del pensiero critico: i giovani sono esposti a stimoli di bassa qualità e hanno perso la curiosità che, invece, va rimessa al centro», dice Iannantuoni.

REPORTAGE REGIONALI

Bonus psicologo, valanga di domande ma poche risorse e ritardi procedurali

I nodi

L'utilizzo dei fondi 2023 è partito nel 2024; le richieste accolte sono meno dell'1%

Fra risorse insufficienti e ritardi attuali, il bonus psicologo fatica a far fronte alle esigenze dei cittadini. Nel 2023, anno di avvio del contributo,

alle sedici di psicoterapia, sono arrivate 3,997 mila domande e ne sono state accolte poco più di 4 mila, il 10,2 per cento. Ancor peggio è andata nel 2024, quando è stato finalmente possibile utilizzare, anche se in parte, i fondi 2023. L'anno scorso i cittadini hanno inviato 400.504 richieste ma solo 2.325 hanno ottenuto il contributo, lo 0,6% del totale.

In seguito dal governo Draghi nel 2022 per contrastare gli effetti psicologici determinati dalla pandemia, il bonus è passato a credito di credito

da chi ha un'età inferiore a 30 anni (è stato reso strutturale ma con importanti più ritardi. Ritardi procedurali ne hanno poi rallentando l'utilizzo, tant'è che la metà dei fondi 2023 (5 milioni) deve essere ancora assegnata, così come le risorse 2024.

ANCORA BLOCCATO IL 50% DEI FINANZIAMENTI 2023
 Il decreto ministeriale è in arrivo. Manca anche quello per il 2024.

Lo stanziamento più alto risale al 2022, quando fu di 22 milioni. Dopo di che si è passati ai dieci milioni del 2023 e ai 12 milioni del 2024. La Manovra 2025 ha lievemente incrementato gli importi del 2023, 2026 e 2027 che restano comunque sempre al di sotto di altri milioni e sono 1,5 milioni per il 2025, 8,5 per il 2026 e nove per il 2027. Dal 2021 il finanziamento sarà invece di otto milioni ogni anno.

Ma a creare ulteriori difficoltà ci sono mesi anche tempi di attuazione. Solo nel 2024, con un anno di di-

ARTICOLO NON CEDIBILE AD ALTRA AD USU ESCLUSIVO DEL CLIENTE CHE LO RICEVE - 08.8374 - L. 16.04 - T. 1.193



I fondi. Dopo il 2022 (2,6 milioni) finanziamenti in calo. Per il 2025 previsti 3,6 milioni

rando) è stato possibile presentare le domande che ardingevano ai fondi 2023, e solo per il 99 per cento.

Questo perché il decreto del ministero della Salute che detta i criteri di utilizzo ed il riparto fra le Regioni oltre a essere stato varato il 24 novembre 2023 e pubblicato sullo Gazzetto ufficiale del 30 gennaio 2024, riguardava solo la metà dell'importo disponibile (cinque milioni), ossia lo stanziamento iniziale previsto dalla legge di bilancio 2023; non tiene cioè conto dell'incremento di cinque milioni previsto dal decreto legge 145 del 18 ottobre 2023 (convertito dalla legge 15 dicembre 2023, n. 291). L'Inps ha quindi accolto solo le istanze che potevano essere finanziate con i cinque milioni iniziali. Per utilizzare i restanti cinque milioni è necessario un altro decreto del ministero della Salute che dovrebbe uscire in Gazzetta nei prossimi giorni (6 aprile).

in ulteriori anni). Non essendo però cambiate le regole, non sarà necessario spedire la domanda l'Inps, una volta ricevuti i fondi dalle Regioni, accoglierà un altro pacchetto di istanze (sempre circa 3,300) seguendo la graduatoria esistente. Una buona notizia per i beneficiari ma resta il fatto che la percentuale di richieste accolte (che salirà al 1,75) resta bassissima.

Anche per l'utilizzo delle risorse 2024, serve il decreto attuativo al ministero della Salute, assicurando che lo stanno già preparando.

«Bisogna prendere atto che è un problema che riguarda la salute del Paese», dice David Lazzari, presidente dell'ordine degli psicologi. «Non è possibile che nel 2024 gli psicologi che stanno considerando un lusso. Oltre al fatto che si tratta di un investimento. Una ricerca condotta insieme a cinque università sui risultati del

bonus 2022 dimostra che ogni euro investito ha generato 12 euro di risparmio solo in termini di riduzione delle giornate di assenza dal lavoro. È uno strumento importante: il ricorso all'intelligenza artificiale come l'abuso di farmaci rivela che c'è una domanda in eccesso e le persone si arrangiano in maniera impropria. L'evoluzione naturale del bonus è la psicoterapia convenzionata, ma servirebbero importi ben più alti, circa 100 milioni di euro. Sono moltissimi penso si possono trovare».

La Manovra 2025 stanziava anche il Fondo per il servizio di sostegno psicologico in favore degli studenti, con una dotazione di dieci milioni per il 2025 ed 8,2 milioni l'anno a partire dal 2026. Anche per questi fondi serve un decreto attuativo.

-B.J.M.

<https://www.espressonline.it>

BENESSERE PSICOLOGICO IN UNIVERSITÀ

I finanziamenti per gli atenei in milioni:

Finanziamenti progetti per le istituzioni Afam



Avviso Pro-ben 2024



MUR attraverso il fondo ordinario 2024 FFO



LA MAPPA

Ripartizione degli ammontari destinati dal FFO in milioni di euro

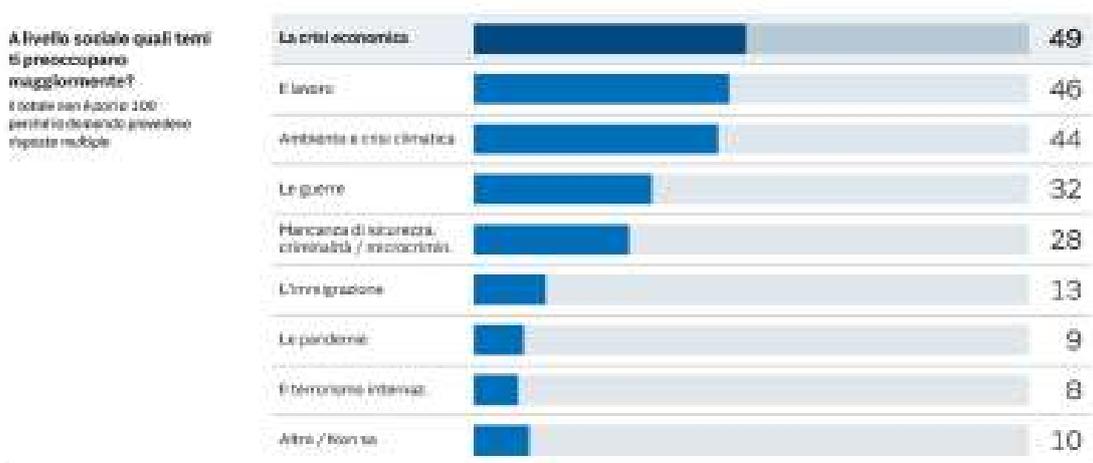
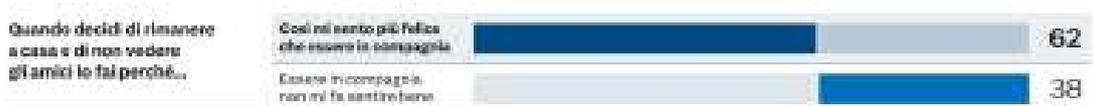
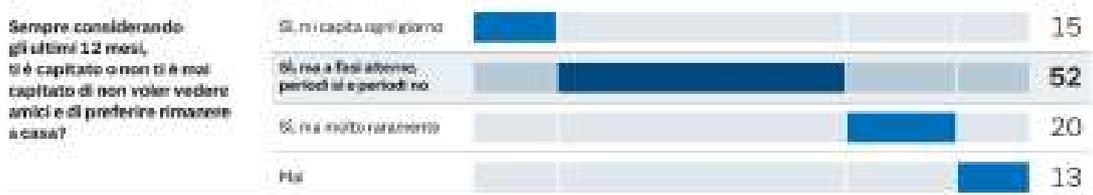
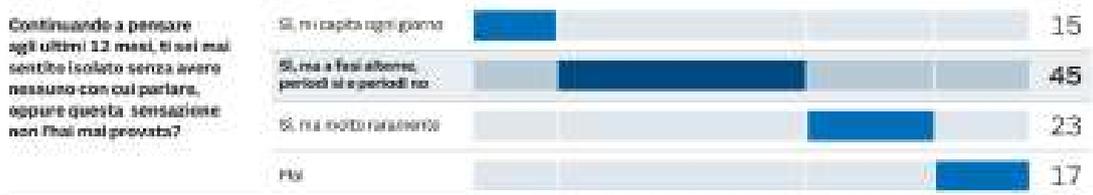
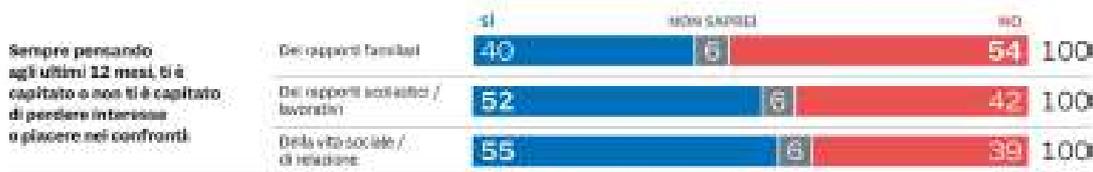
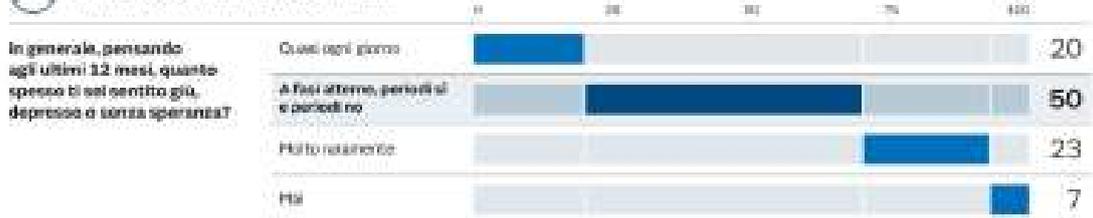


I principali risultati

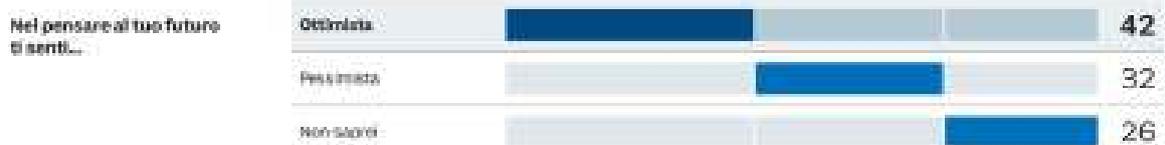
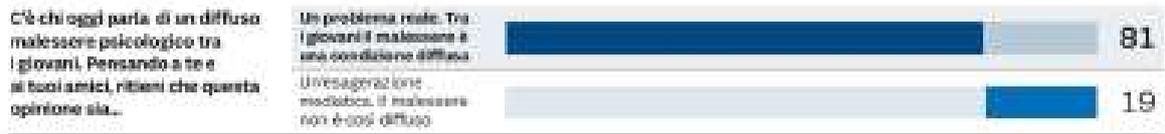
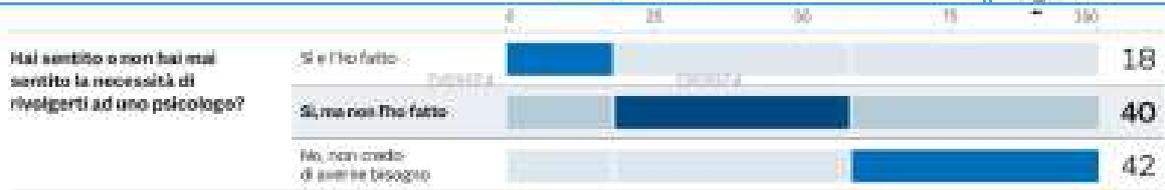
Le risposte al questionario sui risultati di loro sondaggi a mille residenti in Italia tra i 18 e i 24 anni. Ha risposto il 93% degli intervistati, 6816 %



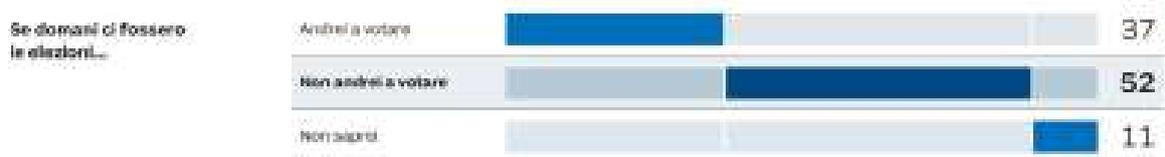
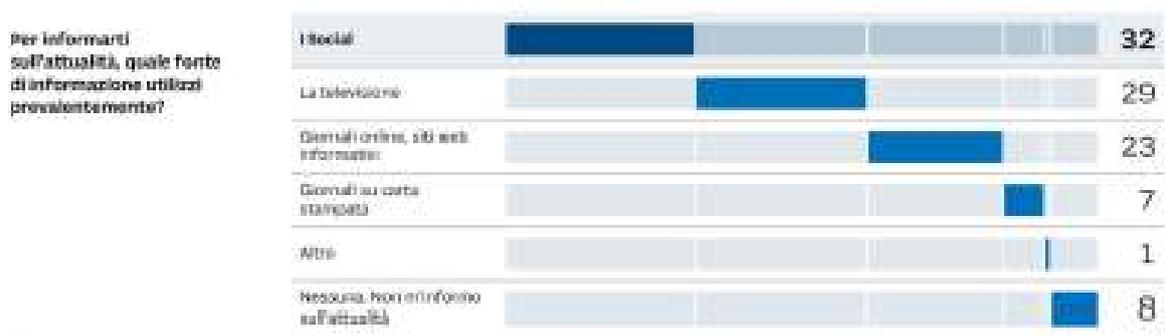
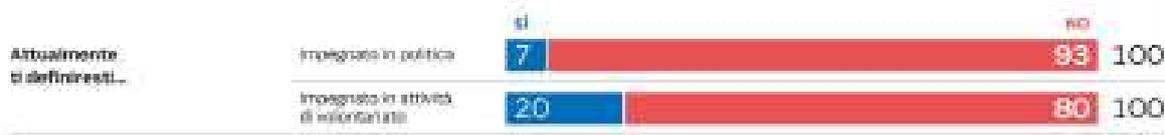
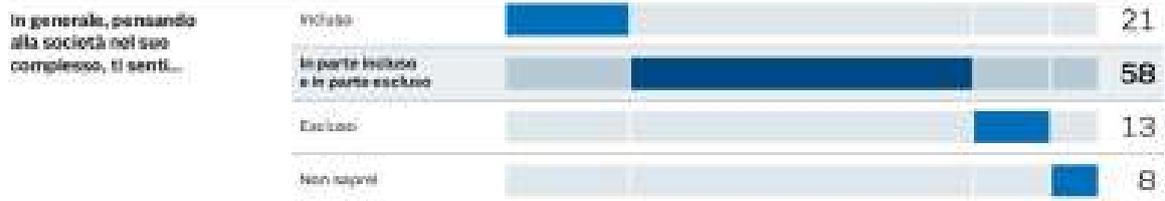
DIMENSIONE PERSONALE



ARTICOLO NON CEDIBILE AD ALTRI AD USO ESCLUSIVO DEL CLIENTE CHE LO RICEVE. OS 3974 - 82 1182 - L. 1994 - T.1625



DIMENSIONE SOCIALE



Nota informativa ai sensi dell'art. 4 del Regolamento UE 2018/2018 (GDPR): Data di realizzazione del sondaggio: 20 gennaio - 2 febbraio 2025. Connettivita: 1 sito in Italia, 10 siti in Europa, 100 siti in tutto il mondo. Campione rappresentativo su scala nazionale (popolazione tra i 18 e i 74 anni residente in Italia). Tecniche di estrazione/stratificazione delle interviste: Cost. Costanza, Università del Piemonte Orientale, IRES, ISTAT, ISTAT, ISTAT.

ARTICOLO NON CEDIBILE AD ALTRI AD USO ESCLUSIVO DEL CLIENTE CHE LO RICEVE - 08 3714 - 821192 - L. 19/04 - T. 1816



Il Consiglio nazionale FNOPI approva l'aggiornamento del Codice deontologico

Pubblicato il 21 febbraio 2025

Il Consiglio Nazionale FNOPI ha approvato all'unanimità la versione aggiornata del Codice Deontologico delle professioni infermieristiche, risalente al 2019. Nella seduta del 21 febbraio, dopo due sessioni di analisi e confronto che hanno coinvolto i presidenti dei 102 Ordini provinciali a seguito di una prima analisi svolta a gennaio, l'Assemblea ha approvato il documento. Sarà **presentato ufficialmente nel corso del Terzo Congresso Nazionale della Federazione, in programma a Rimini dal 20 al 22 marzo 2025, data dalla quale verrà reso disponibile a tutti gli iscritti.**

GLI OBIETTIVI

Non un nuovo Codice, quindi, ma un'attualizzazione dello strumento redatto nel 2019, sempre più rispondente ai cambiamenti della professione e del sistema salute, che ha come scopo la volontà di renderlo più semplice, fruibile e chiaro oltre ad innestare alcune novità legate ai cambiamenti sociali, culturali e professionali. Non un punto di arrivo, dunque, ma l'avvio di un percorso di aggiornamento continuo del documento. L'intenzione della Federazione è, infatti, quella di creare una piattaforma che possa permettere a una platea più ampia possibile di concorrere a rendere il Codice deontologico ciò che per definizione deve essere: flessibile, costantemente aggiornato e al passo con i tempi che cambiano.

LE DIRETTRICI DELLA REVISIONE

Tre sono state le direttrici sulle quali si è sviluppato il percorso di revisione al quale, oltre al Comitato Centrale e ai presidenti delle Commissioni d'Albo della Federazione hanno partecipato, in qualità di esperti: **Aurelio Filippini, Renato Balduzzi** (Professore ordinario di Diritto costituzionale), **Giuliana Masera, Simona Calza, Mario Morcellini** (Professore emerito di Comunicazione e processi culturali), **Maria Grazia De Marinis** (Professore Ordinario di Scienze Infermieristiche generali, cliniche e pediatriche), **Massimo Angelelli** (Direttore UNPS presso Conferenza Episcopale Italiana) e **Luisella Battaglia** (Professore ordinario di Filosofia Morale e di Bioetica). I lavori hanno coinvolto anche, nella fase conclusiva, il linguista **Emanuele Ventura** e si sono concentrati su:

1. **Normativa:** analisi e inserimento dei principi di pertinenza delle nuove norme intervenute negli ultimi sei anni (ad esempio: principi di sussidiarietà degli Ordini, cumulo di impieghi, pubblicità sanitaria, equo compenso, CTU).
2. **Società, education e comunicazione:** analisi e riflessione sui cambiamenti sociali intercorsi (in tema di comunicazione e approccio One Health tra cui la sostenibilità ecologica, discriminazione nelle diverse età della vita e approcci alla cura comunitaria, fragilità digitale)
3. **Professione:** analisi e riflessione sui cambiamenti in corso (come gestione delle emergenze pubbliche, tecnologia e digitalizzazione nei processi di cura, principio di supporto e solidarietà professionale)

IL CODICE 2025 IN NUMERI

Il lavoro di revisione, iniziato nel 2023, è stato caratterizzato da **36** riunioni del gruppo di lavoro. Gli articoli aggiornati sono stati complessivamente **35**. Alla revisione, gli Ordini provinciali hanno partecipato, attraverso l'invio di osservazioni specifiche, per un totale di **266** contributi pervenuti.

<https://www.fnopi.it/2025/02/21/codice-deontologico-2025/>

quotidianosanità.it

Lettere al direttore

Fast Care in Pronto Soccorso: parte la sperimentazione al Policlinico Tor Vergata

Isabella Mastrobuono - *Commissario Straordinario, Policlinico Tor Vergata, Roma*

Alessandro Sili - *Direttore Professioni Sanitarie e Sociali, Policlinico Tor Vergata, Roma*

04 FEB - *Gentile Direttore,*

al Policlinico Tor Vergata parte la sperimentazione del progetto Fast Care in PS. Il progetto, pensato per contribuire a decongestionare il Pronto Soccorso, è ispirato al "See and Treat" e consiste in un modello a gestione infermieristica, di risposta assistenziale a quella casistica che, in uno scenario ottimale, non dovrebbe giungere in Pronto Soccorso perché più propriamente gestita in setting territoriali. Il dato rilevante che ha motivato l'implementazione di questa strategia operativa deriva da uno studio osservazionale longitudinale condotto presso il PTV nel 2023, i cui dati emersi sono stati pressoché confermati nel 2024.

Durante tali periodi, il 31% degli accessi in Pronto Soccorso sono stati classificati come codici 4 e 5 secondo il modello Triage Modello Lazio. Conseguentemente l'analisi dei dati ha evidenziato che circa il 60% di questi pazienti sarebbero stati eleggibili al percorso Fast Care, poiché presentavano problemi o sintomi compatibili con i criteri identificati nel progetto. Di fatto circa il 18% degli accessi presso il nostro Pronto Soccorso, nei periodi oggetto di studio, potevano ricevere cure tempestive, personalizzate e continuative, evitando ulteriore pressione ai flussi già di per sé impegnativi della rete emergenziale.

Il modello Fast Care mira a ridisegnare il percorso di cura nei servizi di emergenza-urgenza, ponendo il paziente al centro delle decisioni assistenziali e garantendo un continuum di assistenza che si estende dal contesto ospedaliero, ai servizi territoriali, fino al domicilio. L'infermiere, in qualità di figura cardine del modello, svolge un ruolo proattivo nella gestione del paziente, pianificando interventi personalizzati basati sulle specifiche esigenze cliniche e sociali, in collaborazione con il medico tutor.

Questo approccio consente non solo un'efficace presa in carico del paziente con una patologia codificata come urgenza minore o non urgenza all'ingresso in Pronto Soccorso, ma anche l'integrazione di servizi aggiuntivi e l'erogazione di cure continuative al momento della dimissione ospedaliera. Il percorso di cura si fonda dunque su una triade di ruoli, l'infermiere Fast Care, il medico tutor e il Case Manager di Pronto Soccorso, tutti formati adeguatamente.

Un ulteriore elemento distintivo di questo modello è l'introduzione di un follow-up telefonico infermieristico, mirato al monitoraggio continuo delle condizioni cliniche del paziente, elemento assente in altri modelli di gestione di overcrowding in PS. Questo permette di rilevare tempestivamente eventuali cambiamenti nello

stato di salute, ottimizzando la gestione delle complicanze, minimizzando la discontinuità delle cure e riducendo il rischio di riammissioni ospedaliere.

Il paziente che accede in Pronto Soccorso verrà valutato secondo il Triage Modello Lazio TML dall'infermiere triagista e se codificato come urgenza minore o non urgenza, secondo un protocollo interno, sarà gestito autonomamente dall'infermiere Fast Care.

Ogni azione/prestazione sarà accuratamente annotata sul sistema GIPSE nella cartella del paziente e in qualunque momento del percorso, lo stesso potrà essere dirottato al percorso ordinario (esempio per peggioramento della sintomatologia e/o necessità di ulteriori esami specialistici) e viceversa, nonostante sia stato inizialmente identificato come urgenza minore o non urgenza.

L'infermiere Fast Care potrà confrontarsi e avvalersi del medico tutor, ove necessario, offrendo e garantendo uno standard assistenziale, terapeutico ed educativo ottimale, secondo quanto definito dalle Linee Guida Internazionali.

Il percorso sarà coordinato dal Case Manager Infermieristico di Pronto Soccorso che si occuperà di garantire la realizzazione del percorso e assicurare una gestione integrata, con l'obiettivo di migliorare l'efficacia e l'efficienza delle cure. Il Case Manager infermieristico di Pronto Soccorso si occuperà di ricontattare telefonicamente i pazienti trattati a 15 e a 30 giorni dalla dimissione (follow-up infermieristico) per valutare la soddisfazione delle cure e per comprendere se l'intervento terapeutico/educativo è stato risolutivo, intervenendo tempestivamente su eventuali necessità assistenziali del paziente. In definitiva, il modello Fast Care si basa su quattro pilastri fondamentali:

1. integrazione dei Servizi Sanitari: l'integrazione tra ospedale e territorio consente di evitare frammentazioni nel percorso di cura. Questo approccio prevede la creazione di équipe multidisciplinari che collaborano per garantire continuità assistenziale e presa in carico globale del paziente;
2. personalizzazione delle Cure: ogni paziente viene gestito secondo un piano di cura personalizzato, definito sulla base delle sue specifiche necessità cliniche e sociali. La personalizzazione migliora l'aderenza terapeutica e promuove un maggiore coinvolgimento del paziente nel processo decisionale;
3. accessibilità e Proattività: la creazione di percorsi rapidi per le urgenze minori e l'uso di tecnologie digitali, come la telemedicina, favoriscono un accesso tempestivo ai servizi, riducendo i tempi di attesa in PS e migliorando l'esperienza del paziente;
4. follow-up e monitoraggio continuo: il follow-up telefonico infermieristico garantisce un monitoraggio costante delle condizioni cliniche del paziente. Questa strategia riduce le complicanze e previene riammissioni evitabili.

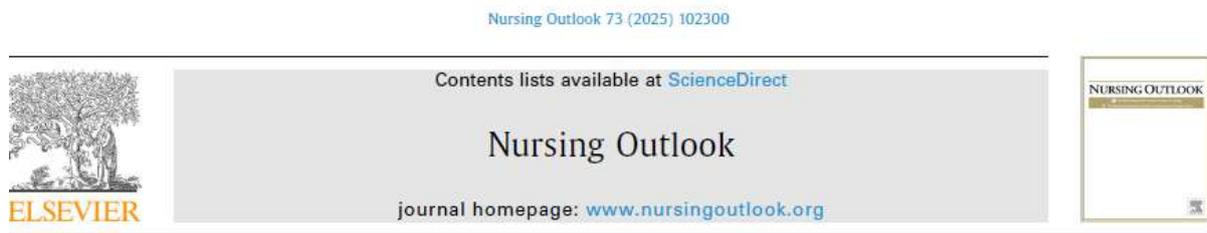
Il modello organizzativo proposto, pur trovando ispirazione dal modello S&T, presenta alcune differenze sostanziali, che si articolano nei seguenti punti:

- Professionisti coinvolti: il personale assegnato al percorso è infermieristico e coadiuvato dal medico che svolge una attività di tutoraggio, a differenza del modello S&T nel quale la figura del medico e dell'infermiere sono intercambiabili per questa specifica attività;
- Caratteristiche degli utenti: le problematiche sono chiaramente identificabili e risolvibili con prestazioni semplici; il percorso è stato progettato in modo da non sovrapporsi ad altri percorsi già attivi, come ad esempio il percorso fast-track. Tale configurazione garantisce una netta distinzione tra le finalità, i criteri di accesso e le modalità operative dei due percorsi, evitando interferenze o duplicazioni nei processi assistenziali;
- Applicazione clinica: i sintomi e le problematiche si differenziano da quelli del S&T concentrandosi su un ambito più ristretto di casistiche cliniche;
- Percorso formativo: il modello organizzativo proposto è rivolto ad infermieri già esperti di PS e Triage, configurandosi, pertanto, con un approccio didattico diverso rispetto al modello S&T, mirato all'approfondimento di una ridotta gamma di casistiche cliniche;
- Obiettivi clinici ed organizzativi: pur condividendo con il modello S&T gli obiettivi di efficienza, rapidità e ottimizzazione dei percorsi clinici per i pazienti con patologie minori, il modello Fast Care si propone di

garantire una continuità assistenziale volta a ridurre le riammissioni al PS, per tale motivo prevede che nei 30 giorni successivi alla dimissione vi siano almeno un paio di follow-up telefonici.

L'auspicio è che questo modello, insieme ad altre manovre organizzative che si stanno implementando all'interno del PTV (potenziamento dei fast track, percorsi dedicati, ospedale di comunità, etc), possa contribuire a gestire nel migliore dei modi questa tipologia di pazienti che accede nel Pronto Soccorso e nel contempo decongestionare la rete dell'emergenza, a favore dei codici ad alta priorità e maggiore complessità.

https://www.quotidianosanita.it/lettere-al-direttore/articolo.php?articolo_id=127451&fr=n



Come l'intelligenza artificiale sta modificando la forza lavoro infermieristica

Olga Yakusheva, Monique J. Bouvier, Chelsea O.P. Hagopian

DOI: 10.1016/j.outlook.2024.102300

Questo documento si concentra sulle implicazioni dell'Intelligenza Artificiale (IA) per la forza lavoro infermieristica, esaminando sia le opportunità offerte dall'IA per sollevare gli infermieri da compiti di routine e consentire una migliore assistenza ai pazienti, sia le potenziali sfide che essa pone. La discussione evidenzia la possibilità di liberare il tempo degli infermieri dalle incombenze amministrative, consentendo una maggiore interazione con i pazienti e lo sviluppo professionale, pur riconoscendo le preoccupazioni legate alla delocalizzazione del lavoro.

L'integrazione etica dell'IA nell'assistenza ai pazienti e la necessità di un impegno proattivo degli infermieri nei confronti dell'IA, compreso il coinvolgimento nel suo sviluppo e l'integrazione nella formazione infermieristica, vengono sottolineati. Infine, il documento afferma la necessità che gli infermieri diventino parte attiva nell'evoluzione dell'IA all'interno dell'assistenza sanitaria per garantire il miglioramento dell'assistenza ai pazienti e l'avanzamento dei ruoli infermieristici.

Uso degli smartphone e salute mentale: andare oltre le restrizioni scolastiche

[Elena A. Weiss](#), [Chris Bonell](#)

L'uso di smartphone e social media è plausibilmente associato a peggiori risultati in termini di salute mentale tra gli adolescenti, con probabili meccanismi tra cui: maggiore accesso al cyberbullismo e opinioni a sostegno di disturbi alimentari, suicidio e autolesionismo [1](#); funzioni cognitive compromesse [2](#); confronti sociali malsani [3](#); e spostamento di comportamenti sani (sonno, esercizio fisico, interazioni sociali di persona). [4](#) Tuttavia, le prove epidemiologiche di un'associazione causale sono deboli, [5](#) [6](#) poiché la maggior parte degli studi sono ecologici e/o trasversali, mostrano correlazione piuttosto che causalità e non correggono i potenziali fattori confondenti. [6](#) Le associazioni tra l'uso dei social media e la salute mentale sono probabilmente complesse e bidirezionali, [7](#) e ci sono poche prove causali fino ad oggi che ridurre il tempo trascorso sui social media migliorerà la salute mentale e il benessere. [6](#)

Nonostante la lacuna di prove sui benefici della riduzione del tempo sui social media, i governi stanno implementando o prendendo in considerazione divieti sugli smartphone nelle scuole per migliorare il benessere degli adolescenti, la salute mentale e i risultati scolastici. A febbraio 2024, il governo del Regno Unito ha emanato una guida non statutaria che proibisce alle scuole di usare i telefoni cellulari durante tutta la giornata scolastica (incluse le pause). [8](#) In questo numero di Lancet Regional Health - Europe, Goodyear e colleghi riportano i risultati del primo studio ("SMART Schools") per valutare rigorosamente l'impatto delle politiche restrittive del Regno Unito sui telefoni scolastici sui principali risultati sanitari ed educativi. [9](#) In questo studio multi-metodo, gli autori hanno utilizzato uno studio osservazionale per confrontare il benessere mentale, il sonno e i risultati scolastici tra 1227 adolescenti di età compresa tra 12 e 15 anni in 30 scuole nel Regno Unito. Di queste, 20 scuole avevano adottato misure restrittive (non era consentito l'uso del telefono a scopo ricreativo, solitamente richiedendo di tenere il telefono spento negli zaini) e 10 scuole avevano adottato misure permissive (l'uso del telefono a scopo ricreativo era consentito in qualsiasi momento o in determinati orari e/o luoghi).

Lo studio non ha trovato prove che le politiche telefoniche scolastiche fossero associate a un miglioramento del benessere mentale, ansia, depressione, uso problematico dei social media, salute del sonno (durata, efficienza, tempistica), attività fisica o risultati scolastici. Come previsto, i partecipanti alle scuole con politiche restrittive hanno segnalato un minor utilizzo del telefono durante la giornata scolastica (di circa 30 minuti), ma hanno compensato questo quando erano fuori dalla scuola, quindi nel complesso non c'erano prove di una differenza nel tempo trascorso davanti allo schermo o sui social media nei giorni feriali o nei fine settimana. Lo studio aveva una progettazione e una strategia di campionamento rigorose, ma era limitato da un basso tasso di risposta della scuola (10%) e dal disegno trasversale non randomizzato, che limita le conclusioni sugli effetti causali della politica restrittiva. Lo studio ha confermato i risultati di altri studi trasversali, secondo cui gli studenti con una durata maggiore di utilizzo dello smartphone o tempo sui social media avevano un benessere, punteggi di salute mentale, sonno e risultati scolastici peggiori. [3](#)

La mancanza di impatto della politica restrittiva sui telefoni sul benessere mentale potrebbe essere in parte dovuta al fatto che non c'è stata alcuna riduzione del tempo trascorso davanti allo schermo o dell'uso dei social media in generale, solo durante l'orario scolastico. Nonostante questa mancanza di effetti, i divieti sui telefoni a scuola potrebbero essere un intervento appropriato per favorire il funzionamento della scuola e l'impegno educativo. Studi futuri potrebbero esaminare risultati quali il clima scolastico, il bullismo e la connettività sociale, e sul miglioramento della memoria, della concentrazione e dell'apprendimento.

Più in generale, un focus sul tempo totale trascorso davanti allo schermo e sull'uso dei social media rischia di non riuscire ad affrontare i meccanismi diversi e complessi attraverso i quali l'uso dei social media potrebbe avere un impatto sulla salute mentale. Gli studi suggeriscono che il confronto sociale, l'uso passivo rispetto a quello attivo dei social media e vari motivi per l'uso dei social media potrebbero avere più influenza sulla depressione, l'ansia e il disagio psicologico rispetto alla semplice durata dell'uso. [6' 10](#)

Una lezione da questa ricerca è che per ridurre l'uso dei social media tra gli adolescenti, sono necessarie misure complete per affrontare l'uso a casa e a scuola. È improbabile che le linee guida del governo del Regno Unito sull'uso del telefono nelle scuole siano sufficienti per avere un impatto sulla cattiva salute mentale, sul benessere e sull'istruzione. Tuttavia, migliorare le abitudini degli smartphone a casa è difficile, soprattutto data la predisposizione cognitiva degli adolescenti verso le interazioni e l'influenza dei coetanei. Abbiamo bisogno di una migliore istruzione dei genitori e di una guida su come ridurre e migliorare l'uso del telefono da parte dei loro figli, incluso l'uso di meccanismi di controllo parentale, una guida sulla sicurezza online e la comprensione dell'importanza del sonno e dell'attività fisica e della socializzazione di persona. Sfortunatamente, è probabile che tali interventi siano meno efficaci per coloro che sono più bisognosi o socialmente svantaggiati. Abbiamo anche bisogno di un approccio normativo al settore della tecnologia che sia flessibile e basato sulle prove, focalizzato sulla prevenzione delle forme di utilizzo dei social media più dannose, piuttosto che semplicemente incentrato sui limiti del tempo trascorso davanti allo schermo. Ciò è essenziale per ottimizzare l'uso dei social media tra gli adolescenti in questo periodo di rapido cambiamento tecnologico.

[https://www.thelancet.com/journals/lanpe/article/PIIS2666-7762\(25\)00029-8/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lanpe/article/PIIS2666-7762(25)00029-8/fulltext)



L'era della disinformazione

Benedetto Saraceno

La disinformazione è divenuta uno strumento di deliberato attacco e discredito degli scienziati e degli esperti della salute, per soli fini politici. Gli effetti della disinformazione sono distruttivi e danneggiano la salute pubblica. La percezione che questa minaccia non è presa a sufficienza con serietà è ben esemplificata dalla decisione di Meta di abolire ogni “*fact checking*” dei contenuti di Facebook.

Progressisti verso Conservatori è oramai una antitesi dei tempi antichi. Chi definirebbe oggi Donald Trump, Alice Weidel, leader di *Alternative für Deutschland*, Benjamin Netanyahu o Matteo Salvini come rappresentanti di un pensiero conservatore? **Di conservatori ne sono rimasti pochissimi:** conservatori veri e decenti come certi vecchi esponenti del partito repubblicano degli Stati Uniti o del *conservative party* britannico o, ancora, della generazione Pompidou e Chirac in Francia o, infine, dei nostri Democristiani degli anni Settanta.

L'antitesi oggi, purtroppo, sembra piuttosto quella fra Progressisti e Populisti della Destra Estrema. Chissà se molti antichi conservatori ora stanno fra le file dei progressisti? C'è da chiedersi se nella presente confusione quella vecchia e rassicurante antitesi, conservatori versus progressisti, abbia ancora senso? O, piuttosto, non sia una illusoria descrizione di una realtà abitata da estremisti, populistici che non sono conservatori ma eversori della democrazia. Siamo oggi a rimpiangere Angela Merkel o Oscar Luigi Scalfaro come fossero illuminati progressisti semplicemente perché non furono beceri populistici di estrema destra.

Mentre si dipana questa confusa modificazione semantica, conservatori in via di estinzione e progressisti spesso solo by default, si afferma invece prepotentemente una antitesi più chiara e netta nelle sue caratteristiche: quelli che dicono la verità verso quelli che mentono.

Ci si deve chiedere se oggi una forma attuale del progressismo, anche se non certo l'unica, non sarebbe quella della caparbia ricerca, promozione, difesa e diffusione della verità. A partire dalle verità (e dalle menzogne) che popolano l'universo del binomio Salute/Malattia e, in generale della Sanità Pubblica. *Il vaccino anti Covid non serve a nulla oppure la vaccinazione contro il morbillo è responsabile dell'Autismo*, sono affermazioni semplicemente e dimostratamente false. Chi le sostiene e diffonde, semplicemente mente. Non si tratta di libertà di opinione perché che la terra sia piatta non è una opinione ma una falsità.

In un recentissimo editoriale (1) scrive Lancet: *“La disinformazione è divenuta uno strumento di deliberato attacco e discredito degli scienziati e degli esperti della salute, per soli fini politici. Gli effetti della disinformazione sono distruttivi e danneggiano la salute pubblica. La percezione che questa minaccia non è presa a sufficienza con serietà è ben esemplificata dalla decisione di Meta di abolire ogni “fact checking” dei contenuti di Facebook”.*

Dunque, anche i dati sul progressivo e pilotato disastro del sistema sanitario italiano, immolato sull'altare della promozione della sanità privata, sono verità da promuovere e diffondere malgrado le manipolazioni falsificatorie di molte amministrazioni regionali (e la Lombardia è il capofila di questa sistematica negazione della verità e di promozione della sanità privata). Dunque, si tratta di mostrare e talvolta di dimostrare.

- Mostrare e dimostrare che *“la legge in favore degli anziani non autosufficienti (L. 33/2023) è stata avviata dal Governo Draghi e messa su un binario morto dal Governo Meloni (DL 29/2024). La riforma incompiuta suscita critiche del pubblico e degli esperti. Ora occorre salvare la riforma, renderla “compiuta”, anche con l'impegno di noi operatori per garantire diritti di cura a milioni di persone che non possono più attendere”* ([Da Col P. & Trimarchi A., Salute Internazionale, Dicembre 2024](#)).
- Mostrare che 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.
- Mostrare e dimostrare che *“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”* ([Dirindin N, & Caruso E., Salute Internazionale, Novembre 2024](#)).
- Mostrare che: *“In Italia, nel 2023, la spesa sanitaria pubblica pro-capite è stata di 3.574 \$, collocandoci all'ultimo posto tra i Paesi del G7, mentre quella media dei Paesi OCSE si è attestata sui 4.174 \$ e quella delle nazioni europee presenti nell'OCSE raggiunge i 4.470 \$ circa 900 euro sopra quella italiana”* ([Agnolotto V., Salute Internazionale, Ottobre 2024](#)).
- Si potrebbe continuare per pagine e pagine questo esercizio che qui si limita a ripercorrere gli ultimi mesi di *Salute Internazionale*.

Qui l'intento è tuttavia soltanto quello di mostrare come una pratica continua e rigorosa di diffusione della verità possa essere il modo più coraggioso e efficace di contrastare la menzogna che alimenta il discorso sulla salute e sulla sanità.

Il ministro della Salute Orazio Schillaci, in occasione dell'evento ufficiale “Salute Mentale: Agenda 2025”, ha inaugurato un Tavolo tecnico sulla salute mentale, incaricato di aggiornare il Piano di Azioni Nazionale sulla salute mentale. In quell'evento è parlato di depressione, di salute mentale dei giovani e anche di sicurezza degli operatori, ma non di sicurezza dei pazienti che continuano a morire legati al letto nei servizi di diagnosi e cura. Iniziativa, quella del ministro, forse lodevole ma va ricordato che all'evento hanno preso parte anche i rappresentanti dell'industria: *“Johnson and Johnson Innovative Medicine ha una lunga storia nel trattamento e nell'individuazione di soluzioni terapeutiche che possono essere accanto ai pazienti che*

soffrono di disturbi mentali “– spiega Monica Gibellini, *Government Affairs Policy & Patient Engagement Director Johnson & Johnson Innovative Medicine Italia*. La presenza della industria farmaceutica in un evento del ministero della salute che dovrebbe promuovere l’interesse pubblico è quantomeno un segnale di inaccettabile conflitto di interessi. E va detto e va fatto sapere.

Dunque, si tratta, con caparbia, di: dire, fare sapere, mostrare e dimostrare. Dire la verità è divenuto uno dei modi e forse il più efficace di essere progressisti nell’universo delle scienze della salute.

Ancora, scrive l’editoriale di Lancet: “*Combattere la disinformazione non è semplicemente correggere dei fatti ma anche colpire delle consapevoli manipolazioni e i modi attraverso cui gli algoritmi orientano le persone lasciandole navigare in solitudine in un complesso mix di scienza e fiction*”.

Ma dobbiamo anche dire la verità sul mondo violento che ci circonda. Anche nella pagina internazionale che ogni giorno leggiamo per cercare di essere informati e consapevoli a proposito delle guerre in atto o dei sommovimenti politici che spostano l’asse del governo del mondo sempre più a destra, dobbiamo cercare di distinguere la verità e la menzogna.

Dire, ad esempio, la verità su Gaza, ossia, fornire dati, diffondere dati: fare sapere talvolta serve più che andare in piazza. Le recenti e drammatiche statistiche sulla mortalità dovuta alla invasione israeliana di Gaza, pubblicate da Lancet e riprese da molta stampa internazionale, sono un esempio di quel servizio militante che, come medici e operatori della sanità, dovremmo quotidianamente praticare (vedi [Maciocco G & Saraceno B., Salute Internazionale, Dicembre 2024](#)).

In conclusione, sarebbe utile rileggere la versione moderna del giuramento di Ippocrate che recita, fra l’altro, nei paragrafi uno, tre e otto:

- “...giuro:
 - di esercitare la medicina in autonomia di giudizio e responsabilità di comportamento contrastando ogni indebito condizionamento che limiti la libertà e l’indipendenza della professione;
 - di curare ogni paziente con scrupolo e impegno, senza discriminazione alcuna, promuovendo l’eliminazione di ogni forma di diseguaglianza nella tutela della salute;
 - di mettere le mie conoscenze a disposizione del progresso della medicina, fondato sul rigore etico e scientifico della ricerca, i cui fini sono la tutela della salute e della vita;”

Ma, autonomia di giudizio, contrasto di ogni indebito condizionamento, eliminazione delle diseguaglianze, rigore etico e scientifico, non sono forse componenti essenziali dell’esercizio della verità? La consapevole manipolazione della informazione e la disinformazione non possono essere visti come semplici danni alla verità accademica ma rappresentano una minaccia alla società nel suo insieme. Oggi come operatori della salute abbiamo anche il compito di essere operatori della verità.

<https://www.saluteinternazionale.info/2025/02/lera-della-disinformazione/>

L'apprendimento automatico può aiutarci a capire la connessione sociale e il suo impatto sulla salute?

Thomas K. M. Cudjoe, MD, MPH, MA1; Ashwin A. Kotwal, MD, MS2,3

» [Affiliazioni dell'autore](#) | [Informazioni sull'articolo](#)

JAMA Netw Open. 2024;7(12):e2451545. doi:10.1001/jamanetworkopen.2024.51545

Il ruolo della connessione sociale nell'influenzare i risultati sanitari è diventato un argomento sempre più discusso a livello globale per le persone nel corso della vita. Un rapporto preveggente delle Accademie Nazionali di Scienze, Ingegneria e Medicina (NASEM) pubblicato nel febbraio 2020 ha delineato la necessità di sistemi sanitari per affrontare la solitudine e l'isolamento sociale tra gli anziani.¹

E molto presto dopo, è seguita una pandemia globale, rendendo comuni le esperienze di isolamento sociale e solitudine.² Mentre emergiamo dalla pandemia, l'attenzione su questo argomento continua, con il Surgeon General Advisory del 2023 e la Commissione dell'Organizzazione Mondiale della Sanità sulla Connessione Sociale che chiede la collaborazione e gli interventi intersettoriali per migliorare la connessione sociale. Sono necessarie strategie personalizzate che rendano conto delle differenze sfumate nella vita sociale delle persone e rispondano alle loro particolari esigenze.

Altrove in *JAMA Network Open*, Bu e Fancourt³ migliorano la nostra comprensione di come la connessione sociale può essere ulteriormente caratterizzata utilizzando l'apprendimento automatico e come questi cluster influiscono sui risultati sanitari. Hanno utilizzato i dati di un campione rappresentativo a livello nazionale di 7706 individui (di età ≥ 50 anni) in Inghilterra dal 2008 al 2009 al 2010 al 2011.³

Il sondaggio conteneva domande dettagliate su diverse dimensioni della connessione sociale, tra cui (1) struttura (dimensione e diversità della rete), (2) funzione (come le relazioni sociali soddisfano i bisogni emotivi e pratici) e (3) qualità (percezioni positive e negative delle relazioni).

Queste 3 dimensioni informate dal quadro Holt-Lundstad et al⁴ sono state evidenziate nel rapporto NASEM 2020, sono un passo strumentale verso una comprensione globale della connessione sociale. La loro analisi ha rivelato la presenza di 5 cluster, che vanno da altamente connessi (33% del campione), dove ciascuna delle 3 dimensioni era forte, a disconnessi (13% del campione), dove ogni dimensione era scarsa.

I cluster rimanenti erano tra questi 2 estremi; 2 cluster avevano una struttura gap (riferendosi a legami sociali limitati ma presenti) con funzione alta (21% del campione) o funzione bassa (14% del campione), e 1 cluster aveva una struttura forte ma scarsa funzione e qualità mista (20% del campione).

Forse non sorprende che la loro analisi riveli che le persone nel cluster altamente connesso tendevano a sperimentare risultati migliori rispetto a quelle nei cluster disconnessi.

Meno previsto era che tutti i cluster tra questi estremi avessero una salute peggiore rispetto al cluster altamente connesso attraverso il benessere mentale, la salute fisica e la soddisfazione della vita.

Gli autori richiamano particolare attenzione sul cluster che ha mantenuto gli aspetti strutturali della connessione sociale ma aveva una scarsa funzionalità e una qualità mista, che aveva una salute notevolmente peggiore per ciascuno dei 5 risultati di salute. In altre parole, avere semplicemente una vasta rete non è sufficiente per promuovere una buona salute se le relazioni all'interno di quella rete mancano di soddisfazione emotiva o comportano interazioni negative (scarsa qualità).

In mezzo a tutto ciò, sono necessari studi di inferenza causale per espandere la nostra comprensione di queste relazioni.

Un'asse centrale dello studio di Bu e Fancourt³ è il ruolo di integrazione di indicatori sia soggettivi che oggettivi di connessione sociale attraverso le 3 diverse dimensioni.

Mentre alcuni studi precedenti si concentrano esclusivamente sull'isolamento sociale o sulla solitudine, essenziali per distinguere, questo lavoro lo porta oltre.

La visione multidimensionale degli autori della connessione sociale riconosce che la quantità e la qualità dei legami sociali e i loro aspetti funzionali contribuiscono ai risultati di salute.

Questo lavoro chiarisce alcuni profili o cluster che possono essere appropriati per interventi specifici ma non per altri. Ad esempio, gli interventi volti a migliorare la funzione e la qualità delle relazioni esistenti potrebbero essere più adatti per gli individui nel gruppo di strutture scoperte/carse funzioni (ad esempio, psicoterapia). Al contrario, quelli nel gruppo disconnesso possono beneficiare maggiormente delle strategie che affrontano tutte e 3 le dimensioni (ad esempio, interventi di gruppo o tra pari che alimentano ponti tra le persone e le supportano mentre navigano nella cognizione sociale disadattiva).

La ricerca futura dovrebbe indagare se questi cluster rimangono stabili nel tempo o se gli individui si spostano tra i cluster con circostanze mutevoli. Tale lavoro potrebbe ampliare le intuizioni sulle dinamiche e l'intensità della connessione sociale e su come questi modelli si evolvono, guidando potenzialmente strategie di intervento più personalizzate.⁵

Questo lavoro può anche aiutare a perfezionare gli sforzi di intervento, poiché alcuni cluster potrebbero rispondere in modo diverso a interventi specifici. Inoltre, misure sociali complete in diverse indagini nazionali consentono di replicare questo approccio all'apprendimento automatico e all'esame di questi cluster.⁶

Una seconda considerazione è la rilevanza di questi cluster per l'assistenza clinica, i sistemi sanitari o le organizzazioni comunitarie. I medici sono sempre più incaricati di più screening.⁷

Pertanto, le quasi 50 domande di questo studio sulla vita sociale possono essere impraticabili in determinati contesti. Come si possono catturare queste differenze nella vita sociale? Sono necessarie ulteriori ricerche sul miglior ambiente (sistemi sanitari, comunità o entrambi) per amministrare tali indagini.

Come catturiamo in modo efficiente le informazioni corrette e assicuriamo che gli interventi di connessione sociale siano valutati con la misura ottimale dei risultati?

I professionisti clinici e di comunità hanno bisogno di strumenti che li aiutino a identificare in modo efficiente ed efficace la presenza di isolamento sociale o solitudine in modo che possano agire. La ricerca futura potrebbe determinare il giusto equilibrio tra misure dettagliate di connessione sociale rispetto a brevi strumenti per identificare questi cluster in contesti clinici o di altro tipo. Ciò potrebbe facilitare l'intervento precoce e ridurre l'onere associato.

Una terza considerazione è la generalizzabilità dei risultati dello studio a gruppi sottorappresentati.

Ciò è preoccupante perché molte persone non hanno completato misure specifiche dell'indagine e quindi non sono incluse nell'analisi. Questo è vero anche con molti studi di indagine nazionale; alcuni fattori di popolazione che vanno dalla razza, etnia e stato socioeconomico alla funzione fisica o cognitiva o a qualche altro stato rilevante possono essere esclusi dall'analisi o non reclutati per lo studio e, in questo caso, questi cluster. La connessione sociale può anche essere influenzata da dove vive un individuo e dalla sua storia personale o dalla vicinanza all'uso di sostanze, alla malattia mentale o al deterioramento cognitivo.

Capire come le loro esperienze differiscono da quelle identificate in questo studio attuale può espandere la nostra conoscenza su ciascuno di questi cluster.

In conclusione, il crescente corpo di ricerca sulla connessione sociale sottolinea la sua importanza critica per la salute pubblica, in particolare mentre continuiamo ad emergere da una pandemia globale che ha aumentato la nostra attenzione all'isolamento sociale e alla solitudine.

Andando avanti, lo studio di Bu e Fancourt³ dimostra che è essenziale adottare un approccio multidimensionale alla connessione sociale, sia in termini di misurazione che di progettazione dell'intervento, per garantire che affrontiamo le diverse esigenze delle popolazioni a rischio.

Comprendendo le differenze nel modo e nel perché le persone si connettono con gli altri, possiamo indirizzare meglio gli interventi a coloro che sono più a rischio, promuovendo in ultima analisi popolazioni più sane e connesse.

Publicato: 23 dicembre 2024. doi:10.1001/jamanetworkopen.2024.51545

IT-supported integrated care pathways for diabetes: A compilation and review of good practices

International Journal of Care
Coordination
2017, Vol. 20(1-2) 26-40
© The Author(s) 2017
Reprints and permissions:
sagepub.co.uk/journalsPermissions.nav
DOI: 10.1177/2053434517714427
journals.sagepub.com/home/ijc


Hubertus JM Vrijhoef^{1,2,3}, Antonio Giulio de Belvis⁴,
Matias de la Calle⁵, Maria Stella de Sabata⁶, Bastian Hauck⁷,
Sabrina Montante⁴, Annette Moritz⁸, Dario Pelizzola⁵,
Markku Saraheimo⁹ and Nick A Guldemond¹⁰

Abstract

Introduction: Integrated Care Pathways (ICPs) are a method for the mutual decision-making and organization of care for a well-defined group of patients during a well-defined period. The aim of a care pathway is to enhance the quality of care by improving patient outcomes, promoting patient safety, increasing patient satisfaction, and optimizing the use of resources. To describe this concept, different names are used, e.g. care pathways and integrated care pathways. Modern information technologies (IT) can support ICPs by enabling patient empowerment, better management, and the monitoring of care provided by multidisciplinary teams. This study analyses ICPs across Europe, identifying commonalities and success factors to establish good practices for IT-supported ICPs in diabetes care.

Methods: A mixed-method approach was applied, combining desk research on 24 projects from the European Innovation Partnership on Active and Healthy Ageing (EIP on AHA) with follow-up interviews of project participants, and a non-systematic literature review. We applied a Delphi technique to select process and outcome indicators, derived from different literature sources which were compiled and applied for the identification of successful good practices.

Results: Desk research identified sixteen projects featuring IT-supported ICPs, mostly derived from the EIP on AHA, as good practices based on our criteria. Follow-up interviews were then conducted with representatives from 9 of the 16 projects to gather information not publicly available and understand how these projects were meeting the identified criteria. In parallel, the non-systematic literature review of 434 PubMed search results revealed a total of eight relevant projects. On the basis of the selected EIP on AHA project data and non-systematic literature review, no commonalities with regard to defined process or outcome indicators could be identified through our approach. Conversely, the research produced a heterogeneous picture in all aspects of the projects' indicators. Data from desk research and follow-up interviews partly lacked information on outcome and performance, which limited the comparison between practices.

Conclusion: Applying a comprehensive set of indicators in a multi-method approach to assess the projects included in this research study did not reveal any obvious commonalities which might serve as a blueprint for future IT-supported ICP projects. Instead, an unexpected high degree of heterogeneity was observed, that may reflect diverse local implementation requirements e.g. specificities of the local healthcare system, local regulations, or preexisting structures used for the project setup. Improving the definition of and reporting on project outcomes could help advance research on and implementation of effective integrated care solutions for chronic disease management across Europe.

¹Department of Patient & Care, Maastricht University Medical Center, The Netherlands

²Vrije Universiteit Brussels, Belgium

³Paraxea b.v., Amsterdam, The Netherlands

⁴Fondazione Policlinico A. Gemelli - Università Cattolica S. Cuore, Italy

⁵Az. USL Ferrara (Local Health Authority), Italy

⁶International Diabetes Federation European Region

⁷dedoc[®] Diabetes Online Community

⁸Roche Diabetes Care Deutschland

⁹University of Helsinki, Finland

¹⁰Institute of Health Policy & Management, Department of Health Services Management & Organisation, Erasmus University Rotterdam, The Netherlands

Corresponding author:

Hubertus JM Vrijhoef, Department of Patient & Care, Maastricht UMC, The Netherlands.

Email: b.vrijhoef@mumc.nl



“Record recupero di evasione” 26,3 miliardi nel 2024, ma i conti non tornano

[Luciano Cerasa](#)

L’Agenzia delle Entrate ha annunciato che nel 2024 il “recupero di evasione fiscale” realizzato è stato pari a 26,3 miliardi, “il risultato più alto di sempre” sottolinea il Mef.

Se si fa riferimento alla tabella di sintesi contenuta nel documento che riporta i risultati degli ultimi sei anni la somma dei presunti “recuperi” nel periodo risulta di 117,6 miliardi. Cioè una cifra superiore alla stima ufficiale del “tax gap” (calcolato come divario tra [gettito](#) teorico e [gettito](#) effettivo) pubblicata annualmente dal governo, e che negli ultimi anni risulta di 85 miliardi, in costante crescita.

I dati apparentemente contraddittori tra loro si riferiscono a due aggregati diversi. Quel che viene definito “recupero di evasione” in realtà riguarda i risultati dell’attività ordinaria dell’amministrazione, e in gran parte derivano da procedure automatizzate di controllo e quadratura delle dichiarazioni (36 bis) e da altre procedure di rettifica e di ricalcolo. Inoltre, essi comprendono dei risultati, in verità modesti, dell’Agenzia della riscossione e anche gli incassi della rottamazione delle cartelle, per cui i risultati di un condono vengono classificati come proventi del contrasto all’evasione.

I proventi da vera attività di [accertamento](#) non vengono evidenziati, e sono presumibilmente molto ridotti. Il problema di questi annunci che lasciano purtroppo il tempo che trovano, è sempre lo stesso. Si mettono insieme gli introiti che derivano dalla liquidazione automatizzata delle imposte emergenti dalle dichiarazioni con gli introiti che derivano dall’[accertamento](#).

Va peraltro tenuto presente che gli introiti da liquidazione sono influenzati dai tempi di lavorazione e di notifica delle comunicazioni di irregolarità. Analoghe considerazioni valgono per gli introiti da ruoli, che in parte derivano da liquidazioni non definite a seguito di comunicazione di irregolarità e in parte da accertamenti. Naturalmente per gli introiti da ruoli la distanza tra il momento in cui è stata svolta l’attività da parte dell’Amministrazione e quello dell’incasso aumenta considerevolmente (ciò che ho incassato nel 2024 deriva da atti risalenti anche a molti anni prima). Probabilmente, anche nel 2024 la maggior parte dell’introito annunciato non deriva da accertamenti sostanziali.

La cifra che lascia più ben sperare gli osservatori per le aspettative di [gettito](#) futuro sembrerebbe invece la crescita degli incassi da versamenti spontanei, cioè le somme che tutti i contribuenti italiani versano al [Fisco](#) senza solleciti o accertamenti. Si tratta di 587 miliardi nel 2024 con una crescita di quasi l’8% rispetto al 2023. In sostanza sono 43 miliardi strutturali in più incassati dall’Erario. Guardando poi la serie storica dal 2019, a parte l’eccezione dell’anno del Covid, la crescita dei pagamenti spontanei è costante. Tuttavia dalle tabelle dell’Agenzia delle Entrate non si riesce immediatamente a stabilire in che misura questo incremento possa essere attribuibile a un adattamento della congruità delle dichiarazioni all’andamento dell’inflazione e al fiscal drag (Irpef e Iva), che sfociano in definitiva nell’aumento, registrato in quest’ultimo anno, della pressione fiscale.

Per quanto riguarda il solo lavoro dipendente Lavoce.info ha stimato l’Irpef netta del 2024 sulla base dei dati del 2022. Considerati due scenari, uno precauzionale in cui non vi sia aumento dei redditi sottoposti a Irpef e uno in cui si considera un aumento (uniformemente distribuito su tutte le classi di [reddito](#)) del 15 per cento, pari alla crescita del Pil nominale tra il 2022 e il 2024, i ricercatori hanno calcolato il fiscal drag nel 2024 considerando l’inflazione cumulata nel 2022, 2023 e 2024, che risulta pari al 17 per cento.

Senza aumento, il fiscal drag per i soli lavoratori dipendenti risulta essere di 16,5 miliardi; nel caso in cui si consideri l’aumento, raggiunge i 17,9 miliardi.

<https://www.fiscoequo.it/record-recupero-di-evasione-nel-2024-263-miliardi-ma-i-conti-non-tornano/>

Pensioni, per la UILP in 10 anni persi fino a 9.600 euro con i tagli alle rivalutazioni

Da un'analisi della Uil pensionati emerge che tra il 2014 e il 2024 gli assegni pensionistici a causa dei blocchi, anche parziali, della perequazione hanno subito un'erosione che oscilla da 2mila a quasi 10mila euro. Il sindacato chiede al governo l'immediata riapertura del tavolo sulla previdenza

Fino a oltre 9.600 euro in dieci anni. È la perdita patita dalle pensioni in via «permanente» per effetto del blocco (anche parziale) della rivalutazione, con conseguente erosione del loro potere d'acquisto. Almeno secondo uno studio della Uil pensionati. Che evidenzia che nel 2024 un assegno che due lustri prima (nel 2014) era compreso tra le 4 e 5 volte il minimo, ovvero circa 2.256 euro lordi mensili, avrebbe dovuto raggiungere i 2.684 euro lordi se fosse stato "indicizzato" al 100% dell'inflazione, mentre con il blocco ci si è fermati a 2.615,40 euro lordi.

Con una differenza, sulla base dei calcoli della UILP, di 888,61 euro su base annuale (2024) e una perdita complessiva di 2.067,48 euro in dieci anni. E nel caso di una pensione iniziale di 3.500 euro lordi sempre nel 2014 il "prezzo" sarebbe stato molto più elevato, con un "alleggerimento" di 4.136,86 euro su base annua (2024) e una perdita totale di 9.619,74 euro nel decennio. L'erosione maggiore si è registrata nel biennio 2023-24 in cui sono scattati i tagli progressivi, introdotti dal governo Meloni, per i trattamenti d'importo più elevato, che in ogni caso sono stati dichiarati "legittimi" da una recente pronuncia della Corte costituzionale.

La perdita di potere d'acquisto in 10 anni

Anni	Inflazione	% rivalutazione tra 5 e 6 volte il minimo	Indice di perequazione	Pensione rivalutata lorda (euro)	Pensione rivalutata al 100% (euro)	*Perdita mensile (euro)
2014	-	-	-	3.500	3.500	-
2015	0,2%	50%	0,1%	3.503,5	3.507	3,50
2016	0	0	0	3.503,5	3.507	3,50
2017	0	0	0	3.503,5	3.507	3,50
2018	1,1%	50%	0,55%	3.540,98	3.545,58	4,60
2019	1,1%	47%	0,517%	3.540,98	3.545,58	43,60
2020	0,50%	47%	0,235%	3.549,30	3.602,50	53,20
2021	0	0	0	3.549,30	3.602,50	53,20
2022	1,7%	100% - 90% - 75%	1,7% - 1,53% - 1,27%	3.607,11	3.663,74	56,63
2023	7,3%	47%	3,49%	3.730,87	3.931,20	200,33
2024	5,4%	47%	2,538%	3.825,56	4.143,48	317,92

* La perdita di ogni anno va moltiplicata per 13 mensilità

** La rivalutazione nel 2022 è per scaglioni e non per importi

Quanto è diminuito il potere di acquisto delle pensioni: 262 caffè in meno in 10 anni

La UILP sottolinea che la diminuzione del potere d'acquisto delle pensioni si riflette concretamente nella vita quotidiana. Dallo studio emerge che nel 2014 con un assegno netto di 1.738,29 euro era possibile acquistare circa 1.931 caffè al bar, mentre dieci anni più tardi (nel 2024) con un trattamento rivalutato a 2.002 euro netti ne erano acquistabili 1.668: 262 caffè in meno. Un "danno" che sarebbe quantificabile anche in una riduzione della carne (23 chilogrammi) potenzialmente acquistabile rispetto al 2014.

La perdita maggiore per i pensionati nel biennio 2023-24

Il segretario generale della Uil pensionati, Carmelo Barbagallo, sostiene che la perdita maggiore «riguarda gli anni 2023 e 2024 in cui l'inflazione era molto alta e il metodo di rivalutazione più severo, non per fasce ma per importi complessivi. Non a caso noi - aggiunge - abbiamo fatto ricorso contro il taglio della rivalutazione del 2023. Nei giorni scorsi la Corte costituzionale si è pronunciata negativamente su un ricorso analogo ai

nostri. Ancora una volta le istanze dei pensionati non sono state ascoltate». Con questo studio, sottolinea Barbagallo, «dimostriamo ancora una volta che il taglio della rivalutazione è un danno strutturale e permanente perché si ripercuote in tutti gli anni successivi in cui si riceverà la pensione. I pensionati per anni sono stati trattati come un bancomat».

Le richieste del sindacato: subito un tavolo sulle pensioni

Sempre secondo il segretario generale della UILP, le pensioni italiane sono le più tassate d'Europa. Anche per questo motivo la UILP chiede che il governo riapra subito il tavolo sul potere d'acquisto delle pensioni. «Noi chiediamo - afferma Barbagallo - poche azioni concrete: la piena rivalutazione di tutte le pensioni, il taglio delle tasse anche per i pensionati, l'ampliamento della platea dei beneficiari della quattordicesima e l'incremento dell'importo per chi già la riceve».

<https://www.ilsole24ore.com/art/pensioni-la-UILP-10-anni-persi-fino-9600-euro-i-tagli-rivalutazioni-AGthZ6zC>